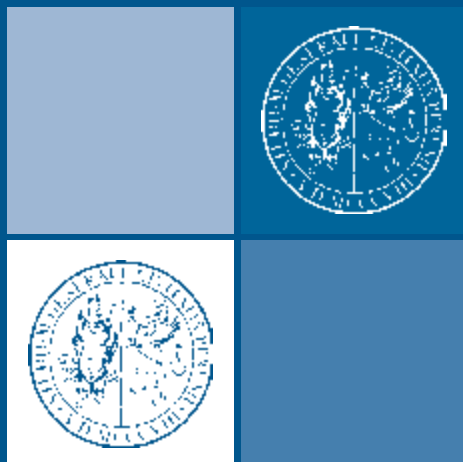


SISTEMA SALUTE

La Rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute

rivista del Centro Sperimentale per la Promozione della Salute
e l'Educazione Sanitaria dell'Università degli Studi di Perugia



ISSN 2280-0166 - Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in A.P. - D.L. 353/2003
(conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 1, C1/PG/110



CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

Modalità di abbonamento 2020

Editore: Cultura e Salute Editore Perugia
www.edizioniculturasalute.com

Iscrizione al Registro degli Operatori di Comunicazione (ROC) n. 28166

Abbonamento (4 fascicoli)

Italia

Enti, Istituti, Biblioteche: cartaceo € 100 / on-line € 90 / cartaceo+on-line € 180

Privati: cartaceo € 50 / on-line € 45 / cartaceo+on-line € 90

Un fascicolo: cartaceo € 20 / on-line € 15

Estero

cartaceo € 150 / on-line € 120 / cartaceo+on-line € 250

Un fascicolo: cartaceo € 50 / on-line € 40

PAGAMENTO TRAMITE BONIFICO BANCARIO

IBAN: IT 40 M 02008 03030 000104591258

Conto corrente bancario UniCredit Agenzia di Perugia Fontivegge

intestato a CULTURA E SALUTE EDITORE PERUGIA

codice SWIFT UNCRITM1770

UFFICIO ABBONAMENTI

rivistecespes@gmail.com

PRINT

Grafox Srl

via Pievaiola, 166 - 06132 Perugia

tel.: 075.5171532



SISTEMA SALUTE

LA RIVISTA ITALIANA DI EDUCAZIONE SANITARIA E PROMOZIONE DELLA SALUTE

già Educazione Sanitaria e Promozione della Salute

vol. 64, n.2, aprile - giugno 2020

Sistema Salute. La Rivista Italiana di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute è Organo del Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria dell'Università degli studi di Perugia. Già diretta da Alessandro Seppilli

Direzione e Redazione: Centro sperimentale per la promozione della salute e l'educazione sanitaria, Università degli Studi di Perugia, via del Giochetto 6, 06126 Perugia / tel.: 075.5857357-58 / e-mail: paola.beatini@unipg.it / <http://cespes.unipg.it>

Direttore responsabile: Filippo Antonio Bauleo

Presidente onorario: Maria Antonia Modolo

Presidente del Comitato scientifico editoriale: Giuseppe Michele Masanotti

Redattore capo: Lamberto Briziarelli

Segretario di redazione: Paola Beatini

Editing: Grafox Srl

Comitato scientifico editoriale: Carlos Alvarez-Dardet Diaz, Observatory of Public Policies and Health, University of Alicante, Spain / Margaret Barry, WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University, Galway, Ireland / Fabio Bianconi, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Anna Bonmati Tomàs, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Francesco Bottaccioli, Società Italiana di Psiconeuroimmunologia, Roma / Eric Breton, EHESP, Département Sciences humaines, sociales et des comportements de santé, Rennes, France / Enza Caruso, Dipartimento di Scienze politiche, Università degli studi di Perugia / Cordia Chu, School of Medicine, Griffith University, Queensland, Australia / Carla Collicelli, ASVIS, Roma / Paolo Contu, Dipartimento di Sanità pubblica, medicina clinica e molecolare, Università di Cagliari / Michele Conversano, Dipartimento di Prevenzione ASL Taranto / Claudio Cricelli, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Paolo Da Col, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Barbara D'Avanzo, Dipartimento di Neuroscienze, Istituto di Ricerche farmacologiche Mario Negri, Milano / Enrico Desideri, Fondazione per l'Innovazione e la Sicurezza in Sanità, Roma / Chiana de Waure, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli studi di Perugia / Paola Di Nicola, Dipartimento Spazio Immagine Società, Università di Verona / Floriana Falcinelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Giuseppe Fattori, Università Alma Mater Bologna / Carlo Favaretti, Società Italiana di Health Technology Assessment (HTA) / Luigi Ferrannini, Società Italiana di Psichiatria (SIP) / Marco Filippucci, Dipartimento di Ingegneria civile e ambientale, Università degli studi di Perugia / Elisabeth Fosse, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Fausto Francia, Azienda USL Bologna / Patrizia Garista, INDIRE, Roma / Gilberto Gentili, Confederazione Associazioni Regionali di Distretto (CARD) / Salvatore Genaci, Area sanitaria, Caritas Diocesana di Roma / Ali Ghaddar, Observatory of Public Policies & Health, Lebanese International University, Beirut, Lebanon / Mariano Giacchi, CREPS, Università di Siena / Margherita Giannoni, Dipartimento di Economia, Università degli Studi di Perugia / Guido Giarelli, Dipartimento di Scienze della salute, Università Magna Graecia, Catanzaro / Theodor Hanatau, Romtens Foundation, Bucharest, Romania / Arnd Hofmeister, German Network Universities for Health, Berlin / Marco Ingresso, Dipartimento di Studi umanistici, Università di Ferrara / Dolores Juvinyà Canal, Department of Nursing, University of Girona, Spain / Lynne Kennedy, Department of Clinical Sciences and Nutrition, University of Chester, UK / Maria Koelen, Department of Social Sciences, Wageningen University, Netherlands / Domenico Lagravinese, Dipartimento di Prevenzione, ASL Bari / Joe Leutzinger, Health Improvement Solutions, USA / Bengt Lindström, IUHPE Global Working Group on Salutogenesis, Norwegian University of Science & Technology, Trondheim, Norway / Gavino Maciocco, Osservatorio italiano sulla salute globale, Università di Firenze / Edvige Mancinelli, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Giuseppe Michele Masanotti, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Massimiliano Minelli, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli studi di Perugia / Maurice B Mittelmark, Department of Health Promotion and Development, University of Bergen, Norway / Massimo Moretti, Dipartimento di Scienze farmaceutiche, Università degli studi di Perugia / Aldo Morrone, Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma / Damiano Parretti, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG) / Rossana Pasquini, Dipartimento di Filosofia, scienze sociali, umane e della formazione, Università degli Studi di Perugia / Maristella Pitzalis, Ecologia agraria, Università degli studi di Perugia / Giancarlo Poetta, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Walter Ricciardi, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma / Carlo Romagnoli, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Roberto Romizi, Associazione Internazionale dei Medici per l'Ambiente (ISDE Italia) / Tiziano Scarponi, Società Italiana di Medicina Generale (SIMG), Sezione Umbria / Francesco Scotti, psichiatra / Maria Dolores Solé Gomez, Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo, Spain / Fabrizio Stracci, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Vincenzo Nicola Talesa, Dipartimento di Medicina sperimentale, Università degli Studi di Perugia / Maria Triassi, Dipartimento di Sanità pubblica, Università Federico II, Napoli / Lenneke Vaandrager, Department of Social Sciences, Wageningen University, The Netherlands / Maria Giovanna Vicarelli, Dipartimento di Scienze economiche e sociali, Università Politecnica delle Marche, Ancona / Milena Villarini, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Università degli Studi di Perugia / Mauro Volpi, Dipartimento di Giurisprudenza, Università degli Studi di Perugia / Richard Wynne, Work Research Centre, Dublin, Ireland / Magdalena Wrzesińska, Department of Psycho-social Rehabilitation, Medical University of Lodz, Poland

Autorizzazione del Tribunale di Perugia n. 4 del 17 febbraio 2012

Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 64, n.2, aprile-giugno 2020

	117	<i>In questo numero</i>
<i>Editoriali</i>	119	Quale Medicina Generale durante e dopo la pandemia? Non sarà mai più niente come prima? <i>General Practice during and after Pandemic: nothing as before?</i> Tiziano Scarponi
	124	A proposito di scuola, educazione e responsabilità <i>At school, Education, Responsibility</i> Lamberto Briziarelli
<i>Monografia</i>	130	IL SSN dopo la pandemia Covid - 19 <i>NHS after Covid 19 Pandemic</i>
	130	Logiche proprietarie, lavoro cognitivo e crisi della forma azienda <i>Ownership logics, cognitive work and aziendalization crisis</i> Carlo Romagnoli
	155	Eppur si muove: <i>General Escape Clause Covid-19</i> tra le incertezze della salute <i>Still moving: General Escape Clause Covid-19</i> <i>among health uncertainties</i> Enza Caruso
	180	La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19 Prima parte: La Qualità dell'Assistenza Sanitaria <i>Healthcare Quality in COVID-19 times</i> <i>Part 1. Health Care Quality</i> Andrea Gardini
	192	La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19 Seconda parte: La Qualità possibile dopo la pandemia <i>Healthcare Quality in COVID-19 times</i> <i>Part 2. The Possible Health Care Quality after the Pandemic</i> Andrea Gardini
	204	Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SARS-COV-2? <i>Equity in the delivery and the financing of healthcare in Italy: what a</i>

development in times of SARS-COV2?

Guido Citoni, Domenico De Matteis, Margherita Giannoni

- 222 Dalla gestione della cronicità alla gestione dell'acuzie: il lavoro di trasformazione della centrale della Cronicità in centrale COVID e l'attività delle USCA durante la pandemia SARS-coV-2
From chronicity management to acute management: the transformation of the central of Chronicity into a COVID plant and the USCA's activity during the SARS-coV-2 pandemic

Massimo Alessandri, Anna Beltrano, Michele Bindi, Gloria Bocci, Carla Campolmi, Anna Canaccini, Maria Giovanna D'amato, Roberto Turillazzi, Simona Dei

- 229 Il ruolo dei medici di famiglia di fronte alle emergenze globali
The role of family doctors to face global emergencies

Roberto Romizi, Giuseppe Miserotti, Paolo Bortolotti, Paolo Lauriola

- Lettere in Redazione* 239 Il fondamentale ruolo dei farmacisti umbri nella pandemia
Augusto Luciani, Silvia Pagliacci, Maurizio Bettelli

- Altri contributi* 241 *Healthy Eating Promotion for the Workplace: the European FOOD (Fighting Obesity through Offer and Demand) Programme*
Promozione di un'alimentazione sana sul posto di lavoro: il programma europeo FOOD (Combattere l'obesità attraverso l'offerta e la domanda)
Martin Caraher, Giuseppe M Masanotti, Nolwenn Bertrand, Romane Léauté, Susan Lloyd, Behrooz Tavakoly

- 254 La gestione della complessità dei servizi sanitari: le competenze necessarie di management e leadership
Managing the complexity of healthcare services: the need for competence in management and leadership

Carlo Favaretti

- Documento* 269 Una prospettiva di promozione della salute nella risposta al COVID-19: teniamo il cavallo di Troia fuori dai nostri sistemi sanitari, promuoviamo la Salute per tutti nei tempi di crisi e oltre!
A health Promotion Focus on COVID-19. Keep the Trojan horse out of our health systems: Promote health for ALL in times of crisis and beyond!
EUPHA-HEALTH PROMOTION, IUHPE and UNESCO Chair Global Health & Education

In questo numero

La vicenda Covid segna uno spartiacque ineludibile e rappresenta un'occasione storica: la potenza di un virus ci ha mostrato quanto possa essere vulnerabile il Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue diverse articolazioni regionali.

In *questo numero* la Rivista intende riflettere e sviluppare un dibattito scientifico mirato a ipotesi di ri-configurazione del servizio sanitario che valorizzino e supportino cooperazione e sapere sociale, per affermare *la salute in tutte le politiche*, bilanciando i vari settori ed interessi sociali in funzione del bene comune.

È innegabile la necessità di fare chiarezza sulla fisionomia che il SSN dovrebbe assumere nei prossimi anni, anche in considerazione del *molto* che si è perso dell'impianto originario nei cambiamenti istituzionali e socioeconomici degli ultimi decenni.

Risuona oggi il monito lanciato nel 2008 dall'OMS nel Word Health Report *Primary health care: now, more than ever* sui nodi irrisolti dei sistemi sanitari: ospedale-centrismo, frammentazione, mercato.

Intervengono nel dibattito con i loro articoli componenti e collaboratori del Comitato Scientifico della Rivista nella monografia "*Il SSN dopo la pandemia Covid-19*".

Carlo Romagnoli, dopo una puntuale analisi dei macro-cambiamenti che hanno investito il pianeta, esamina in profondità - sulla base della ricerca in sociologia delle organizzazioni - politiche sanitarie, parametri di progettazione organizzativa e criteri che hanno ispirato l'aziendalizzazione del SSN ed evidenzia come economisti critici vedano nel ruolo crescente della economia della conoscenza ragioni per il superamento delle logiche proprietarie aziendali.

Il saggio di *Enza Caruso* esamina l'impatto della pandemia da Coronavirus sul finanziamento del SSN. La discussione esplora le conseguenze dell'attuale incertezza sui mercati reali e finanziari e analizza le risposte monetarie e fiscali adottate dalla governance europea nel quadro della *General Escape Clause Covid-19*. Sono valutate le implicazioni in termini di costo-efficacia dei diversi modelli di erogazione dell'assistenza sanitaria (patient-centered or community-centered) e discusse le principali azioni che possono essere intraprese nel quadro della programmazione nazionale per ridurre le disparità tra le Regioni e vincolare l'allocazione delle risorse all'implementazione di strategie efficaci a livello nazionale.

Andrea Gardini legge la pandemia e i fenomeni correlati che si stanno verificando nelle co-

munità umane colpite dalla malattia attraverso una riflessione e un'analisi dei principi della Qualità delle cure. Il lavoro propone criteri, metodi, strumenti della Qualità delle cure quali strategia utile per affrontare l'emergenza COVID-19 verso un futuro di qualità migliore in una società migliore.

Guido Citoni et al discutono le sfide poste dalla pandemia SARS-COV 2 da una prospettiva strettamente economico-sanitaria, riportando le evidenze riguardo all'equità in base al reddito nell'uso dei servizi sanitari e nel finanziamento degli stessi. Gli Autori avvertono il rischio che la crisi economica innestata dalla pandemia accresca le disuguaglianze socioeconomiche e dunque si riduca ulteriormente l'equità del sistema sanitario pubblico.

A seguire un'azione sul territorio: *Massimo Alessandri* et al riportano un'esperienza di riorganizzazione dei servizi territoriali con la realizzazione di una Centrale Covid in una Azienda Sanitaria Toscana.

In conclusione il contributo di *Roberto Romizi* et al correla la pandemia al tema della salute dell'uomo nell'ambiente in cui vive e alla necessità di agire sui fattori ambientali modificabili. Tre concetti alla base dell'attenzione di ricercatori e decisori: Global Health, One Health, Planetary Health. Gli autori propongono l'avvio di una discussione ampia e approfondita che porti ad un nuovo profilo di medico "sul territorio", il cui ruolo professionale e civile promuova salute anche attraverso scelte di tutela ambientale, attraverso un impegno non solo in campo diagnostico terapeutico, ma anche in quello della prevenzione e della identificazione dei fattori di rischio ambientali.

Per la Sezione *Documenti* "Una prospettiva di promozione della salute nella risposta al COVID-19: teniamo il cavallo di Troia fuori dai nostri sistemi sanitari, promuoviamo la Salute per tutti nei tempi di crisi e oltre!", significativa presa di posizione di Organismi e Organizzazioni internazionali.

Nella Monografia, dunque, preziose e puntuali risposte alla nostra richiesta di approfondimento attraverso articoli pluridisciplinari assai ricchi e articolati, una prima serie di contributi, cui seguiranno nei prossimi numeri nuove riflessioni e idee sul tema.

Per la Sezione *Altri contributi* un contributo internazionale: *Martin Caraher et al*, del gruppo di lavoro sulla Promozione della salute nei luoghi di lavoro riporta la descrizione e i risultati del programma "Combattere l'obesità attraverso l'offerta e la domanda (FOOD)". Il programma FOOD è un consorzio pubblico-privato di nove paesi europei che coinvolge rappresentanti delle autorità sanitarie pubbliche, nutrizionisti e università intorno al partner principale e coordinatore, un'azienda privata.

In conclusione, l'articolo di *Carlo Favaretti* dibatte sulla gestione della complessità dei servizi sanitari e offre elementi di riflessione "operativa" per sviluppare le competenze (conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti) di manager e leader sanitari moderni.

Editoriali

Quale Medicina Generale durante e dopo la pandemia? Non sarà mai più niente come prima?

General Practice during and after Pandemic: nothing as before?

Tiziano Scarponi

Non sarà mai più niente come prima è il mantra che oramai sentiamo ripetere quotidianamente in televisione, leggiamo sui giornali e nella rete. Questo genera uno stato continuo di ansia e di tensione in tutti noi. Cosa ci riserverà il futuro? Chissà dove andremo a finire? Da quando esiste il mondo, infatti, il non certo e l'ignoto spaventano e preoccupano, così come è accaduto in occasione di questo nuovo virus sconosciuto e come siamo ancora spaventati e preoccupati nell'affrontare il presente e l'incertezza del futuro.

La mia esperienza personale, senz'altro comune alla maggior parte dei medici di Medicina Generale, è stata motivo di riflessione e descrizione in altra occasione (1), ma non posso fare a meno di ripetere come la sera del 9 marzo 2020 rimarrà sempre nella nostra memoria, allorché il Presidente del Consiglio annunciò il lockdown di tutta la nazione per l'epidemia da Covid 19. Da quel momento nel giro di una notte è cambiato quasi tutto il nostro modo di lavorare; non credo che sia qui il caso di fare la cronaca di quello che è accaduto e come abbiamo vissuto quei giorni terribili, ma credo che sia nostro dovere rappresentare, per evitare che si ripetano, soprattutto le criticità che abbiamo vissuto sulla nostra pelle.

Questa epidemia ha colto impreparati tutti noi. Se questo può essere parzialmente "perdonato" a chi per professione cura, lo è di meno a chi per professione è predisposto alla prevenzione e alla organizzazione dei sistemi sanitari. Senza far polemica, mi è bastato scaricare dalla rete il Piano Pandemico della Regione Umbria approvato con delibera n.963 l'11 giugno 2007 per trovare diverse indicazioni utili per fronteggiare tale crisi, ma di fatto, è stato messo in "soffitta" e nessuna amministrazione e direzione generale che si sono succedute, ha mai sentito l'esigenza di rinfrescare la memoria degli attori coinvolti con formazione ed aggiornamenti.

Se dovessi affermare quali siano state le cause e i problemi che hanno condizionato lo svi-

luppo dei comportamenti della Medicina Generale li riassumerei essenzialmente in:

- 1) l'assoluta mancanza di Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), denunciata più volte anche al Prefetto, che ha costretto la categoria ad operare in un clima di ansia e preoccupazione per la propria incolumità e dei propri familiari, che ha obbligatoriamente determinato una gestione "a distanza" di tutti quei pazienti che presentavano sintomi sospetti.
- 2) Lo scollamento generale che si è registrato nelle prime due o tre settimane fra le varie figure sanitarie per la "caduta della catena di comando", facendomi tornare in mente i vecchi racconti di mio padre sulla situazione in cui si trovò l'Italia alla data dell'8 settembre 1943.

Abbiamo assistito da una parte ad un bombardamento continuo di informazioni e indicazioni da parte di circolari, decreti e *decretini* che il dover leggerli interamente e comprenderli avrebbe assorbito la maggior parte della giornata: solo per la definizione di caso clinico sospetto abbiamo avuto almeno tre o quattro edizioni. Dall'altra parte risultava quasi impossibile mettersi in contatto diretto con i colleghi del Dipartimento di Prevenzione che erano in Umbria gli unici deputati a far eseguire il tampone molecolare per la ricerca dell'RNA del Coronavirus sul territorio. Tutto ciò ha generato uno stato di incertezza che ha spinto ognuno ad andare avanti per proprio conto, in modo isolato, seguendo le proprie emozioni, avendo come unica possibilità di confronto i colleghi della propria medicina di gruppo. Questo ha determinato più di una volta il "palleggiamento" delle decisioni fra noi, la Continuità Assistenziale, il servizio del 118 e l'Ospedale, quest'ultimo paragonabile in quel momento quasi a un castello medioevale arroccato in difesa e in stato d'assedio.

Nonostante queste criticità però il territorio ha resistito a questo tsunami e la Medicina Generale ha svolto un ruolo importante.

Il primo passaggio è stato quello di applicare un triage rigoroso verso tutti gli accessi nei nostri ambulatori da parte dei pazienti e verso i nostri accessi a domicilio. Abbiamo inviato per via telematica tutto quello che era possibile inviare eliminando così il formarsi di code ed assembramenti nelle nostre sale d'aspetto.

La gestione dei pazienti Covid a domicilio è stata garantita, per la maggior parte di noi, da un contatto telefonico quasi continuo, telefonando anche nei giorni festivi, mantenendo così quel rapporto medico-paziente basato sulla conoscenza e fiducia reciproca.

Abbiamo contribuito, insieme al gruppo indicato dalla Regione, a scrivere un protocollo sperimentale per il trattamento domiciliare dei pazienti Covid con idrossiclorochina, che poi non è stato attuato sia per i problemi degli effetti collaterali paventati con l'uso di questo farmaco e sia perché per fortuna non era più possibile reperire pazienti che necessitavano di essere trattati.

Sale d'aspetto dei nostri ambulatori vuoti, servizi di pronto soccorso vuoti, sembrava che esistesse solo patologia Covid19 correlata e per diverse settimane siamo andati avanti con

questo tenore: attività ambulatoriale con non più di una decina di accessi al giorno e un paio visite domiciliari motivate da richieste per problemi non differibili in pazienti con problemi di salute cronica che si erano scompensati.

Sono poi arrivati i DPI dal nostro sindacato e dall'Ordine dei Medici, sono poi arrivate, a pandemia quasi finita, anche le USCA per la gestione domiciliare dei pazienti Covid positivi e il clima di normalizzazione è iniziato in maniera timida e circospetta anche prima dell'inizio ufficiale delle fasi 2 e 3.

Credo che questa descrizione possa essere comune alla maggior parte della Medicina Generale Italiana eccezion fatta per quelle realtà regionali dove il Coronavirus ha colpito pesantemente come Lombardia, Piemonte ed Emilia. Tale opinione è supportata dalle numerose testimonianze che era e ancora è possibile leggere sui social network Facebook e Twitter. Devo dare atto all'estrema utilità che hanno svolto queste nuove modalità relazionali nel mantenere un livello di informazione ed un senso di appartenenza che in quei momenti di sconforto e isolamento hanno garantito narrazioni, condivisione di problemi, solidarietà, speranza e anche aggiornamento scientifico clinico quotidiano. Basti pensare alle prime comunicazioni fatte dagli anatomopatologi che hanno osservato come la maggior parte dei decessi avvenisse a causa di embolia polmonare nell'ambito di una coagulazione intravasale disseminata, decretando quindi l'uso dell'eparina. Alla notizia di come la terapia a base di plasma iperimmune fosse favorevole. Anche i gruppi locali di WhatsApp hanno fatto la loro parte permettendo di sapere e condividere in tempo reale tutto quello che accadeva nella nostra realtà umbra.

Ho notizie di un'interessante ipotesi di un progetto della Medicina Generale veneta per sostenere con la comunicazione telefonica le persone in condizioni di vulnerabilità Covid19. Trattasi di un questionario strutturato per rendere concreto l'approccio bio-psico-sociale della cura e della presa in cura nelle condizioni di emergenza attraverso domande specifiche inerenti gli aspetti biologici e medici classici, la sfera psicologica dando la possibilità di esprimere ai pazienti il proprio "illness" ed il rilevamento degli aspetti sociali. Tutto questo comporterà un periodo di formazione e la validazione di questo progetto che risulterà molto importante per quello che sarà il teleconsulto e la telemedicina di cui la pandemia Covid ha fatto da enzima catalizzatore. Questo aspetto è stato da me delineato nello scritto già citato (1) che riporto:

“È molto difficile che si torni a lavorare come si lavorava prima della pandemia, anche se nessuno sa, poiché al momento tutte le prestazioni non urgenti non vengono soddisfatte, come si svilupperà una volta che sarà smaltita l'onda di riflusso delle prestazioni che erano state differite. Ci troveremo di fatto una popolazione nuova di pazienti che ha imparato a venire in ambulatorio quasi solo per appuntamento. Che dovrebbe avere imparato a venire per dei problemi più strettamente sanitari. Che dovrebbe aver imparato ad usare la tecnologia in generale e quella medica in particolare. Oramai moltissimi si sono dotati di saturimetro e sfigmomanometro e

che “smanettino” su App che sono in grado di monitorare diversi problemi o parametri clinici. Il teleconsulto per la patologia cronica, che credo resterà per la maggior parte in carico a noi, dovrà diventare prassi quotidiana. Mi immagino che il medico di famiglia entrerà dentro l’ambulatorio come se entrasse dentro una cabina di regia con tanti cruscotti e monitor in grado di fare una verifica in tempo reale, ogni ventiquattro ore, dei parametri sottoposti a monitoraggio di ogni singolo paziente. Facciamo l’esempio dello scompenso cardiaco: peso corporeo, indice di dispnea, saturazione dell’ossigeno, assunzione dei farmaci saranno informazioni fruibili quasi all’istante e pertanto sarà quasi automatico il richiamo del paziente per una valutazione diretta, oppure andare a domicilio per un esame clinico approfondito. Certo! Sono scenari che si adattano meglio a colleghi e pazienti nativi digitali, e lasciano in affanno noi “vecchi” medici, ma la Medicina di Famiglia se vorrà sopravvivere dovrà fare questo salto tecnologico accompagnato sempre da una modalità empatica e narrativa che sono e saranno sempre delle peculiarità di questa professione”.

A questo punto sorge spontanea la domanda. Tutte queste considerazioni sino ad ora espresse possono essere considerate esaustive per descrivere su come sarà la figura del medico di Medicina Generale del futuro oppure dalla pandemia dovremmo aver imparato qualche lezione? Al medico di assistenza primaria basterà occuparsi solo dell’attività clinica rivolta all’individuo e alla sua famiglia, oppure dovrà estendere il proprio raggio d’azione verso un concetto di “salute globale”, intendendo con questo il sorvegliare in un’ottica sistemica e complessa tutto l’eco-sistema della comunità in cui vive? Senza dubbio abbiamo imparato diverse lezioni:

- 1) l’importanza di un Servizio Sanitario Pubblico
- 2) il defianziamento del Servizio Sanitario, a causa di una visione aziendalistica della salute, porta a criticità che minano l’efficienza e l’efficacia del Servizio Sanitario stesso ripercuotendosi soprattutto sull’assistenza territoriale e sui servizi di Prevenzione ed Igiene
- 3) le conseguenze di una deriva di un certo federalismo sanitario regionale in cui si è creata una competizione fra Governo nazionale e Governatori regionali, come ha affermato Lamberto Briziarelli in Sistema Salute n.1/2020, la necessità di “*creare un sistema di diversi rapporti che integrino virtuosamente le Regioni con un potere centrale a guida più forte senza che ritorni un centralismo passato né derive verso piccole repubbliche sovrane*”.
- 4) l’accentramento nei grossi poli ospedalieri in caso di pandemia rappresenta una criticità e non un vantaggio
- 5) la cronica mancanza di comunicazione fra ospedale e territorio peggiora nell’emergenza
- 6) senza dubbio l’inquinamento ambientale, lo sfruttamento intensivo del territorio con una visione industriale della produzione agricola e zootecnica hanno avuto una loro importanza.

Il medico di Medicina Generale, pertanto, non potrà sottrarsi al ruolo di sentinella e di sorvegliante della salute della comunità in cui opera. Ci attende una formazione, una curiosità

ed una sensibilità cui non siamo abituati, ma ce lo richiede in nostro codice deontologico, i nostri pazienti e il nostro “essere” medici.

1. La medicina di famiglia e il coronavirus. Pubblicato su "Una finestra sulla pandemia". Esperienze e riflessioni sistemiche. http://www.aiems.eu/files/aiems_-_una_finestra_sulla_pandemia.pdf

A proposito di scuola, educazione e responsabilità *At school, Education, Responsibility*

Lamberto Briziarelli

Nell'opinione generale, dopo la pandemia, c'è un accordo sulle priorità nell'azione di ripresa, sanità/salute ed economia, accanto all'intervento di sostegno alle famiglie in difficoltà; ad esse in modo altrettanto urgente deve essere sicuramente aggiunta la scuola, su cui si sta alzando un'attenzione che appare tuttavia insufficiente e soprattutto abbastanza confusa.

Le discussioni cui assistiamo, dentro e fuori del parlamento, nelle piazze ad opera di genitori e, mescolati ad essi, di agitatori professionali e mestatori, sono soprattutto e giustamente rivolte all'incerta e disordinata propositività del governo; ma sono incentrate principalmente sulla data della riapertura e sulla "didattica in presenza", all'aperto, plexiglas compreso. Il problema sembra riferito soprattutto ai propri interessi soggettivi. I genitori per sapere quando effettivamente potranno di nuovo allontanare i figli da casa e scaricarli sulle spalle degli insegnanti, tornando ai propri impegni; i sindacati preoccupati soprattutto dei posti di lavoro; gli altri per lucrare voti alle prossime elezioni; tutte cose perfettamente legittime e comprensibili, anche condivisibili in parte.

Che mostrano tuttavia assai poca attenzione al tema centrale della scuola, alla sua funzione educativa, formatrice di coscienze e di individui, colti e politicamente informati, non solo istruiti e capaci di esercitare un mestiere ed un'occupazione. Di saper affrontare coscientemente le difficoltà che le occasioni della vita ci riservano. Anche da parte di una ministra, come molti altri suoi colleghi, improvvisata e sommersa nella bufera della confrontazione partitica; pur mostrandosi anche molto impegnata.

Mancano nei ragionamenti molti aspetti fondamentali, dei quali prendo in considerazione solo alcuni strettamente connessi alla scuola ed alla sue funzioni fondamentali, lasciando da parte altri che pure sarebbero da sceverare.

1. In primo luogo un richiamo alla realtà che stiamo vivendo ora, dopo la riapertura della "chiusura in casa", ponendo una maggiore attenzione a ciò che stanno facendo i giovani

(ed anche i meno giovani). Le raccomandazioni di adottare comportamenti ragionevoli (non coercizioni violente alla libertà) per allontanare i rischi di contagio sono del tutto inascoltate: non indossano le mascherine, hanno ripreso una mezza movida, come in passato, aggruppandosi, sedendo attorno ai tavoli o in piedi, a distanza assai ravvicinata. In modo del tutto irresponsabile.

A loro modo hanno ragione, avendo appreso che i giovani, anche se colpiti dal virus, non si ammalano affatto o comunque in modo lieve; ad *adiuvandum*, professionisti poco seri, sulla base di personali osservazioni (non sull'evidenza della ricerca), vanno dicendo di stare tranquilli perchè il virus si sarebbe indebolito. Deboli anche im microbiologia, confondendo un virus con i batteri, quanto alla virulenza!

2. Quanto ai ragionamenti sul come riaprire le scuole (lasciando da parte i danni non riparabili in due mesi dallo stato di abbandono in cui è stato lasciato l'intero settore educativo, dalle infrastrutture alle innovazioni) lascerei le decisioni a coloro che se ne intendono, dirigenti scolastici e insegnanti che già in molte parti d'Italia hanno mostrato esempi di adattamento di grande interesse. Il Ministero usi queste risorse, questi sono i soggetti con i quali prendere le decisioni, facendo il suo mestiere di mediazione con le altre forze politiche, in parlamento e nelle sedi proprie.

Smettano di discettare, le firme della comunicazione di massa, grandi e piccole, tuttologi a tutto campo ed in ogni ora; smettano di agitare e intorbidire le acque nei talk show i professori, anche universitari, anime candide che, nel pubblico come nel privato, hanno riempito il mondo di corsi on line, per preparare i giovani a tutto e per ogni occasione, esami di ammissione, prova finale, concorsi ecc., ecc. *Sputacchiando* sull'insegnamento a distanza.

Facendo finta di non sapere che, dall'età delle elementari in su, i giovani vivono con gli occhi fissi ad uno schermo, palmare, lettore, tablet, computer; realizzano oggetti con stampanti in 3D anche nelle attività scolastiche, laddove i professori più in linea con il progresso fanno uso abbondante dei mezzi più avanzati della tecnologia digitale. Ne ho fatta esperienza personale, di grandissimo interesse, con gli studenti del Liceo Scientifico Gandhi di Narni, sui temi della salute e dell'ambiente. Di cui abbiamo anche dato notizia.

3. Tutto ciò detto, riconoscendo che potrebbe essere trattato ancor più dettagliatamente, vengo al punto centrale del mio ragionamento, la responsabilità dei genitori e la vita nelle famiglie, con il corollario della Scuola dei genitori e dell' Educazione sanitaria.

Se è vero, come tutti sostengono, che nei momenti di crisi vanno prese le decisioni più importanti, messi sul tappeto i temi più caldi, deve essere chiarito (sarebbe meglio dire ri-chiarito) in primis il rapporto genitori-figli, genitori-scuola-insegnanti, riportandolo

sul giusto binario, dal quale è da tempo deragliato; riassumendo ciascuno le proprie responsabilità, è un discorso che non farà piacere a molti e solleverà polemiche ma deve essere sviscerato completamente,

Cominciamo da quelli che considero i soggetti più importanti nella crescita dei giovani, i genitori e le famiglie, precisamente la vita nella famiglia. Non c'è pericolo di sbagliare affermando che, salvo una percentuale ridotta, i genitori sono tali soprattutto rispetto all'etimo della parola ma poi è assai scarsa la preoccupazione di crescere i figli come esseri pensanti, guidandoli nella formazione del carattere e della coscienza, proteggendoli ma anche responsabilizzandoli a vivere nella società, come soggetti politici, non solo produttori di utili. Abituandoli a convivere con gli altri in una comunità civile e non in una giungla.

La primissima educazione, se così si può chiamare, è affidata ad un joystick, ai video giochi, al cellulare, ai quali il prodotto del concepimento è affidato, totalmente, anche nei momenti di maggiore socializzazione, come durante i pasti; al ristorante lo vedo sempre, a casa lo immagino poiché l'ho potuto constatare spesso, prima del blocco, in molte famiglie; gli adulti parlano fra loro, i giovani mangiano distrattamente e poco, cliccano sullo schermo, in genere con entrambi le mani. Un modo in cui sono abilissimi che li impegna completamente, isolandoli dal contesto: lo strumento tenuto fra le due palme, gli occhi fissi sullo schermo, i pollici che si muovono ad una velocità impressionante. E' la prima regola di male-educazione e di desocializzazione sociale; e si inverte contro il distanziamento sociale che invece ha permesso un ri-avvicinamento forte tra i membri del microcosmo sociale, all'interno della prima istituzione della comunità, la cellula di base, se non vogliamo chiamarla famiglia per non ingenerare malintesi strumentali. Addirittura si è progressivamente levato un movimento di ribellione, di esecrazione dell'essere stati costretti, finalmente, a stare assieme. Molti fra i soloni prima richiamati hanno voluto definire il distanziamento "a-sociale", non accorgendosi - oppure in mala fede - che destituissero il ruolo formatore del focolare domestico, negandone le funzioni primordiali. Chi affida le notti dei figli alle discoteche, fino all'alba? Chi non conosce le compagnie che frequentano, che non ne comprende i sentimenti, i desideri, le voglie, le sofferenze. Chi relega i figli nelle proprie camere o negli angoli, alla solitudine, che non rompano? Il tempo dei giovani, dopo lo studio individuale, non è concesso al dialogo ma al cellulare; quanti genitori seguono di persona l'avanzamento dell'istruzione, dell'apprendimento, assistendo e guidando i figli nello studio, come nella lettura, nella fruizione degli spettacoli, nei piaceri dello svago? Molti non ne hanno i mezzi o le capacità, è vero ma allora dovranno stringere un rapporto positivo con la scuola e con gli insegnanti, considerandoli per quel grande valore di cui sono portatori e non accusandoli di essere responsabili anche di ciò che essi non sono in grado di fare; l'istituzione scolastica ed i suoi attori sono considerati, da non pochi, in genere nemici, che obbligano i loro figli (dai genitori male educati, abbandonati a se stessi, sconosciuti, viziati nei beni materiali) a studiare, a

lavorare per ottenere un titolo di studio, un diploma anche se ignoranti, come persone e come istruzione. Abbandoniamo completamente i figli nelle mani degli insegnanti ma poi li contestiamo, li prendiamo a mal parole, se non a pugni.

Maria Antonia Modolo, nostra rimpianta direttrice, assieme a me, ad Anna Ferrari, a Paola Beatini aveva aperto un grande dibattito sulla rivista da Lei creata e speso enormi energie per introdurre nel nostro Paese l'esperienza francese de *L'école des parents*; un'istituzione per costruire i futuri genitori, per dare ai giovani intenzionati a vivere coniugalmente le capacità di allevare i figli nel modo migliore, materialmente, socialmente e spiritualmente. Non è un caso che ancora oggi in Francia la famiglia è un istituzione che regge, il tasso di natalità è ancora accettabile, le provvidenze pubbliche, in termini economici e strutturali, consentono buone condizioni di vita; ne ho prova diretta con nipoti giovani che, avendo studiato con me a Perugia, vivono e lavorano in Francia, avendo costituito una buona famiglia di quattro persone.

Fin dagli inizi degli anni '60, avevamo cercato di inserire, nei Consultori familiari di nuova istituzione, funzioni di consulenza verso i giovani, sui temi della famiglia, della procreazione responsabile, dell'educazione sessuale, del genere anche con l'aiuto delle Amministrazioni provinciale e comunali. Nel tempo i Consultori sono stati progressivamente trasformati in ambulatori ostetrico-ginecologici, perdendo la parte consultoriale ed educativa. I nostri sforzi sono continuati con l'azione di testimonianza sulle riviste e nelle nostre attività di docenti. Ma poco seguiti altrove.

Ma fu l'intero Paese che non volle accettare di destinare alla famiglia l'attenzione che meritava, di considerarla come cellula di base della comunità, primo strumento per l'educazione delle future generazioni.

Accese, talora furibonde, dispute ideologiche attorno ai temi della contraccezione e dell'aborto, pur introdotti nel sistema normativo hanno impedito tutto ciò. Tutti i governi a guida democristiana e di centro sinistra, pur essendosi fatti usbergo dei valori della Chiesa cattolica, in realtà non hanno mai intrapreso la vera strada della promozione della famiglia come struttura di base della società, lasciandola al suo destino, offrendo solo supporti assistenzialistici e caritatevoli ad opera di istituzioni benevole.

In tempi più recenti, *idem con patate*, attorno al fine vita, alle famiglie unisex, alle adozioni e via dicendo. Stesso brodo, stesso abbandono a se stessi, che ha interessato non solo i nuclei meno abbienti ma praticamente tutti i ceti sociali, dove abbonda la droga, il consumo di farmaci stimolanti, l'alcool e via dicendo, compresa la delinquenza, la violenza, il sopruso e l'abuso, l'omicidio; dove i figli ugualmente sono abbandonati a se stessi, nella stessa desolazione e distanza dai genitori. Parlando di questi problemi, spesso si rischia di sentirci dare dei moralisti o dei bacchettoni!

Risultato di tutto ciò, i giovani sposi sono del tutto ignari del vero significato della parola genitore, oltre quello di procreare.

4. E veniamo alla parte finale del discorso sull'ultimo punto. In qualche posto, in qualche talk show e non da pochi, è stata pronunciata una frase per noi magica, "manca un'educazione sanitaria", "bisogna che la scuola se ne occupi". Attenti ai grandi mezzi della nuova comunicazione sociale non si erano accorti che una stazione social aveva aperto una pagina su qualcosa di simile!

Questa nostra rivista prosegue la sua opera indefessa, pur tra mille difficoltà, ad opera di volenterosi combattenti che ne consentono la sopravvivenza, con nessun supporto né centrale, né periferico, eccetto i contributi di esperti, professionisti di varia estrazione che pubblicano gratuitamente con noi, senza altri vantaggi, come il famigerato e chiacchierato "impact factor", denunciato ora anche in tema di Covi e Covid-19.

E quindi siamo pronti ad offrire le nostre pagine e la nostra esperienza. Ma soprattutto vogliamo dare le indicazioni che derivano dalla oramai quasi settantennale esperienza di lavoro.

Va riattivata con forza quell'opera di Educazione sanitaria o alla salute assegnata dalla legge 833 ai servizi sanitari, che ha trovato strutture destinate in quasi tutte le regioni ed aziende sanitarie. Ma che nel tempo è scemata considerevolmente. Alla sanità, nel suo complesso, spetta l'educazione sanitaria o alla salute per gli adulti in tutte le strutture, nei centri di salute, negli ambulatori dei medici di base, nelle farmacie, adottando le forme meglio aderenti all'attuale sviluppo della comunicazione.

Nei confronti dei giovani deve trovare spazio formale nella scuola ma non da parte di un singolo professore di una disciplina dedicata, che potrà essere il coordinatore ed il valutatore del processo; essa deve essere parte della programmazione ordinaria, affidata all'operato dell'intero corpo docente: integrata nelle singole discipline per la parte di competenza contenutistica, trovando collocazione più semplice in alcune (le cosiddette materie scientifiche, per gli aspetti biologici, naturalistici, ambientali, ecc.) ma sviluppata anche in quelle umanistiche, economiche, civiche, che hanno maggiore valenza formativa.

La salute, in positivo ed in negativo, come oramai tutti sanno o dovrebbero sapere, in positivo ed in negativo è la risultante dell'azione dei cosiddetti determinanti, una serie di fattori che sono la risultanza delle azioni condotte dalla società intera, nella varie articolazioni dell'ambiente fisico e di quello sociale, da ogni individui con i propri comportamenti. A loro volta influenza largamente dalle pressioni che la società esercita, sulla singola persona o sui gruppi, attraverso le varie forme che regolano la vita collettiva, con i vari mezzi che creano l'opinione pubblica, in particolar modo la comunicazione di massa e sui social. "Salute in tutte le politiche" come raccomanda l'OMS.

E quindi un'azione destinata a creare la base conoscitiva per gestire adeguatamente la propria salute non può essere fatta solo dal sapere bio-medico ma comprendere interamente lo sviluppo della persona, i suoi sentimenti, la costruzione della sua personalità, i rapporti umani e civili con gli altri, le relazioni intime. Alla quale deve contribuire l'intera strut-

tura formativa, in collegamento unanime con la famiglia e le altre forze che operano nel sociale; un'azione collettiva che significa ricostruire una cultura della salute come bene comune, "diritto dell'individuo e interesse della comunità". C'è voluta una pandemia con tanti morti e malati, un disastro per l'economia del Paese, per far riemergere queste parole scolpite nell'articolo 32 della nostra costituzione repubblicana oltre settant'anni fa, sepolte sotto una valanga di colpose sottrazioni di risorse al sistema sanitario e rendendone evidente l'assoluta validità.

Ancora una volta, qualcuno ha parlato di Costituente, dimostrando solo di non conoscere o far finta di conoscere i risultati di quella di allora. Si lavori per applicare la Carta che abbiamo, basta e avanza, se volessimo usarla integralmente! Come tante belle signore di quell'età avrà bisogno di qualche ritocco e così potrà ancora funzionare benissimo!

Monografia
Il SSN dopo la pandemia Covid 19
NHS after Covid 19 Pandemic

**Logiche proprietarie, lavoro cognitivo e crisi della forma
azienda**

Ownership logics, cognitive work and aziendalization crisis

Carlo Romagnoli

Medico specialista in Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica
Esperto in organizzazione, programmazione e valutazione dei servizi sanitari
Presidente ISDE Umbria

Parole chiave: aziendalizzazione, logiche proprietarie, organizzazioni professionali, economia della conoscenza, lavoro cognitivo

RIASSUNTO

Introduzione: gli impatti della interazione tra Covid 19 e popolazione suscettibile presentano variazioni spaziali inter ed intra statali molto marcate, facendo emergere il ruolo di modificatore di effetto delle politiche sanitarie nazionali e regionali.

Obiettivi: si pone così il problema di esaminare in profondità tali politiche, ricercando: a) su testi di sociologia delle organizzazioni i parametri di progettazione organizzativa in generale e in sanità ed i criteri che hanno ispirato, in base alla teoria del New Public Management, la aziendalizzazione del SSN; b) le interpretazioni di economisti critici che vedono nel ruolo crescente della economia della conoscenza ragioni per il superamento delle logiche proprietarie aziendali.

Metodi: su queste basi è stata analizzata la risposta che il SSN, così modificato e per di più regionalizzato, dà alla complessificazione della situazione epidemiologica, alle disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi, ai fenomeni corruttivi in sanità ed alla presenza nei propri servizi di lavoratori cognitivi dotati di ampia autonomia professionale.

Risultati: emerge il potente ruolo distorto delle logiche proprietarie ispirate dal New Public Management che favoriscono tagli ai servizi territoriali, privatizzazioni, chiusura dei processi partecipativi, con effetti di amplificazione della disuguaglianza tra regioni. Particolari problematiche emergono nelle interazioni con il lavoro cognitivo degli operatori sanitari, che determinano conflitti con la governamentalità proprietaria imposta con le aziende, derivante dal ruolo di bene comune della conoscenza e del suo beneficiare dei processi di condivisione propri del metodo scientifico.

Conclusioni: viene sviluppata l'ipotesi per cui la società attuale, basata sull'economia della conoscenza,

Autore per corrispondenza: Carlo Romagnoli - email:surfcasting.dakla@gmail.com

risenta positivamente del conflitto che il lavoro cognitivo ingaggia con le logiche proprietarie, sia producendo modalità di gestione comune adatte alle caratteristiche specifiche del common conoscenza e quindi utili per riprogettare la sanità, sia contrastando efficacemente le logiche neodarwiniste e negazioniste particolarmente forti tra le elites anglosassoni, sia in quanto produttive di promettenti rotture nella asfissiante sussunzione reale che ha caratterizzato gli ultimi 30 anni della economia capitalistica.

Key words: aziendalization, ownership logics, professional organizations, knowledge economy, cognitive work

SUMMARY

Introduction: the impacts of the interaction between Covid 19 and the susceptible population show very marked inter and intrastate spatial variations, highlighting the role of national and regional health policies as a modifier of effect.

Objectives: this poses the problem of examining in depth such policies, researching: a) on texts of sociology of organizations the parameters of organizational design in general and in health and the criteria that have inspired, according to the theory of New Public Management the aziendalization of the NHS; b) the interpretations of critical economists who see in the growing role of the knowledge economy reasons for the overcoming of corporate proprietary logic.

Methods: on this basis, the response that the modified and, moreover, regionalized NHS gives to the complexity of the epidemiological situation, to inequalities in health and access to services, to corruptive phenomena in health care and to the presence of cognitive workers with wide professional autonomy in their services, has been analyzed.

Results: it emerges the powerful distorting role of the proprietary logics inspired by New Public Management that favour cuts to territorial services, privatizations, closure of participatory processes, with effects of amplification of inequality between regions. Particular problems emerge in the interactions with the cognitive work of health workers, which lead to conflicts with the proprietary governmentality imposed with aziendalizations, resulting from the role of the common good of knowledge and its benefit from the sharing processes of the scientific method.

Conclusions: the hypothesis is developed that the current society, based on knowledge economy, is positively affected by the conflict that the cognitive work engages with the proprietary logic, both by producing common management modes suitable to the specific characteristics of commons knowledge and therefore useful to redesign health care, and by effectively contrasting the neo-Darwinist and negationist logic particularly strong among the Anglo-Saxon elites, both as productive of powerful breaks in the asphyxiating real subsumption that has characterized the last 30 years of capitalist economy.

Problematiche affrontate

Molta acqua è passata sotto i ponti da quando ormai 28 anni fa il Servizio Sanitario Nazionale con la legge 502/92 fu riorganizzato sulla base della forma azienda, ritenuta più adatta, in tempi segnati dall'egemonia del pensiero unico neoliberista, rispetto al modello partecipativo e sistemico cui si ispiravano le Unità Sanitarie Locali.

Nel frattempo il mondo non ha smesso di cambiare: non solo non c'è stata la fine della storia, ma:

- la disuguaglianza si è approfondita e strutturata in assetti societari e finanziari finalizzati a valorizzarla ed amplificarla (1) anche grazie a incalzanti e reiterati processi di

- privatizzazione e sfruttamento dei sistemi di welfare; nonostante sia stato definito il suo ruolo di causa delle cause e quantificati i danni che determina alla qualità della vita ed alla salute di molte e molti (2), oggi la disuguaglianza si struttura con il suprematismo¹ in proposta politica che legittima il sacrificio dei più vulnerabili dati i loro costi sociali, approfittando della crisi economica determinata dalla pandemia;
- un parametro centrale nella progettazione organizzativa dei servizi sanitari come la transizione epidemiologica² è oggi pienamente falsificato dall'insorgere di nuove e vecchie epidemie e pandemie, rendendo evidente l'inappropriatezza dei setting preventivi ed assistenziali progettati per gestire le sole malattie cronico degenerative sotto le nuove condizioni prodotte dalla globalizzazione neoliberista;
 - la crisi climatica richiede secondo numerosi rapporti dell'IPCC³ il rapido abbandono delle fonti energetiche legate al fossile ed il passaggio all'economia circolare, evoluzioni tutte in aperto contrasto con l'agenda di importanti paesi guidati da suprematisti (es. USA, UK, Australia, Brasile, Israele, ecc.) che ne negano l'esistenza, mentre fenomeni meteorologici estremi, ondate di calore, trombe d'acqua, modificazioni degli areali di diffusione dei vettori ne rappresentano impatti abituali in Italia;
 - la crisi ambientale vede un rapido declino della biodiversità, sintesi dell'impatto sistemico del degrado delle matrici ambientali inquinate da produttori di rischio tutelati da normative funzionali ai loro interessi che creano una *inettitudine organizzata* in cui le agenzie di prevenzione ambientale sono costrette a consentire l'esercizio di sistemi produttivi lineari e obsoleti: valga nel degrado generale l'esempio delle plastiche immesse sul mercato senza valutazioni tossicologiche a priori o i 6 milioni di italiani costretti a vivere nei territori inquinati dei Siti di Interesse Nazionale in cui si sorvegliamo morti e malati ma non si fa prevenzione primaria (4), un problema rilevante per Dipartimenti di Prevenzione, ARPA e Piano Nazionale della Prevenzione, che operando in base alle normative suddette, hanno difficoltà a produrre efficace prevenzione primaria sui fattori di rischio collettivi, finendo spesso per tutelare i pro-

¹ https://it.wikipedia.org/wiki/Potere_bianco

² Questa teoria è stata originariamente posposta da Abdel Omran nel 1971 (3). Questo autore ha diviso la transizione epidemiologica della mortalità in tre fasi, nell'ultima delle quali le malattie croniche sostituiscono l'infezione come causa primaria di morte. Una tale transizione assumeva che la sostituzione delle malattie infettive con malattie croniche nel corso del tempo fosse determinata dall'aumento della durata della vita in seguito al miglioramento dell'assistenza sanitaria e della prevenzione delle malattie.

³ L'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) è un organismo intergovernativo delle Nazioni Unite che si dedica a fornire al mondo informazioni scientifiche obiettive e pertinenti per comprendere le basi scientifiche del rischio del cambiamento climatico indotto dall'uomo, i suoi impatti e rischi naturali, politici ed economici e le possibili opzioni di risposta. È stato istituito nel 1988 dall'Organizzazione Meteorologica Mondiale (OMM) e dal Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP) ed è stato successivamente approvato dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.

- duttori di rischio piuttosto che gli esposti;
- conflitti di interesse di ogni tipo riempiono le cronache giudiziarie del mondo sanitario e alimentano sia complottismi ed irrazionalismo che legittime richieste di modelli gestionali capaci di arginarli e rendere trasparente l'azione amministrativa per la tutela della salute;
 - lo sviluppo e la diffusione delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione hanno enormemente arricchite le interazioni sociali e la condivisione dei saperi, creando consapevolezza sulla potenza del sapere sociale disponibile in generale e di quello utile alla soluzione dei problemi sopra richiamati. Secondo AA viviamo in una "Economia basata sulla conoscenza" (5-7) in cui sistemi di welfare (sanità, istruzione, ricerca e sviluppo...) hanno raggiunto dimensioni che soverchiano le produzioni di beni materiali e richiederebbero diversi assetti produttivi, capaci di sviluppare il bene comune conoscenza, ora sottoposto a tentativi forzosi di cattura del suo valore sociale, inibendo così le potenzialità sociali del lavoro cognitivo che lo produce grazie ad incessanti processi di condivisione e collaborazione. Del pari, disuguaglianze, precarietà, degrado ambientale e crisi climatica stanno soggettivando in tutto il mondo giovani e meno giovani che ora si battono per cercare di garantire a se stessi condizioni di vita accettabili; l'insieme delle lotte biopolitiche e delle proposte portate avanti da movimenti sociali, lavoro cognitivo e movimenti ambientalisti costituiscono le principali forze sociali che chiedono e supportano nuovi assetti societari;
 - tutto questo avviene in un contesto di grande incertezza, determinata dagli effetti economici della pandemia da Covid 19 sulle filiere produttive globalizzate, da quelli psicosociali sulle popolazioni affette e rafforzata dalla compresenza di molteplici fattori di crisi (ambientale, economico finanziaria, sociale e geopolitica) che aprono una lotta tra stati e tra classi senza esclusione di colpi per l'accaparramento delle risorse; sviluppi positivi per i sistemi di welfare in una situazione così critica ed incerta appaiono fortemente collegati con la capacità di mettere in campo sistemi di programmazione esperta, partecipata e capace di garantire risposte efficaci e appropriate ai bisogni dei cittadini sul modello degli obiettivi ONU del millennio (9-10).

Sembra giunto pertanto il momento di tornare ai fondamentali, domandarsi se i parametri di progettazione dell'organizzazione sanitaria sostengono o meno l'adozione della forma azienda in sanità e più in generale in tutto il welfare, iniziando a valutare la capacità delle aziende sanitarie di fornire risposte all'altezza dei fattori di crisi richiamati e aprire un processo di riflessione condivisa per individuare e sperimentare nuove forme organizzative più adatte ai problemi del presente ed ai complessi scenari socio economici ed epidemiologici più probabili nel breve e medio periodo.

Obiettivi

Ci si propone pertanto di:

- 1) Richiamare i principali parametri di progettazione organizzativa in sanità e le finalità esplicite delle basi teoriche che depongono per l'aziendalizzazione della sanità.
- 2) Analizzare la funzionalità della logica aziendale nel raggiungimento dei fini legittimi del SSN in relazione a definite problematiche emergenti quali: a) variazioni del quadro epidemiologico; b) presenza di disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari; c) contrasto ai fenomeni corruttivi ed associazioni riservate; d) interazione con servizi ed operatori ad alta densità di conoscenza.

Materiali e metodi

Questo testo si sviluppa a partire dalla adozione di due chiavi di lettura del fenomeno indagato. La prima, analitica, punta a definire i parametri di progettazione organizzativa facendo riferimento a testi di sociologia delle organizzazioni che compendiano i principali approcci teorici in sociologia delle organizzazioni (11-14) mentre per la progettazione organizzativa in sanità si è fatto riferimento all'opera di Henry Mintzberg (15-16). Questo ha permesso di individuare nel filone di pensiero che vede l'organizzazione come una macchina che risponde a logiche proprietarie le basi concettuali che depongono per la forma azienda come soluzione organizzativa generale e che trovano nella teorie denominate Public Choice (17-18) e "New Public Management" (19) il razionale che ne ha portato all'adozione in sanità.

Il complesso delle opere citate individua quale elemento critico per la progettazione organizzativa in sanità il ruolo da assegnare alla conoscenza ed ai suoi portatori, il che ha comportato la necessità di sviluppare una seconda chiave di lettura del fenomeno indagato operando una ricognizione delle teorie (5-7) che ne analizzano il ruolo nell'attualità attraverso le categorie di;

- "economia basata sulla conoscenza" dove si ipotizza che la conoscenza socialmente prodotta e mantenuta nei sistemi legati a istruzione, sanità e ricerca e sviluppo sia oggi divenuta centrale sul piano quali-quantitativo nello sviluppo societario;
- "capitalismo cognitivo" come insieme di dispositivi volti a catturare il valore prodotto nella economia basata sulla conoscenza;
- "lavoro cognitivo" come forza sociale che rappresenta la frazione predominante di "lavoro vivo"⁴ e produce con le sue pratiche sociali di gestione comune della conoscenza,

⁴Dal momento che il valore è la quantità del lavoro speso per la produzione (come giustamente evidenziato dalla teoria di A. Smith e D. Ricardo), le merci valgono il 'lavoro morto' (che in precedenza ha prodotto i mezzi di produzione) e il 'lavoro vivo' erogato al presente dalla forza lavoro. Questo lavoro vivo si suddivide a sua volta nel 'lavoro necessario', che è il valore dei beni acquistati con il salario, e nel 'pluslavoro' che, realizzato monetariamente sul mercato, costituisce il profitto (<http://www>.

conflitto e innovazione centrali per lo sviluppo sociale.

In questa chiave interpretativa il potere della conoscenza esercitato da medici ed operatori sanitari nelle organizzazioni professionali indagate da Mintzberg, si offre ad una lettura diversa dal professionalismo e fornisce prefigurazioni delle modalità organizzative e funzionali preferenziali in contesti produttivi ad alta densità di conoscenza, divenendo in tal senso un laboratorio per la comprensione delle dinamiche proprie della economia basata sulla conoscenza e del lavoro cognitivo.

Su queste basi sono stati indagati l'obiettivo 1 e 2d e definite le aree di problemi emergenti degli obiettivi 2a, 2b, e 2c.

Per quanto riguarda i fini legittimi del SSN si è fatto riferimento all'art 32 della Costituzione Italiana⁵, all'art1 della legge 833/78⁶ e agli articoli 1, 2 e 3 del Decreto legislativo 502/92⁷.

Risultati

Sul piano etimologico il termine Organizzazione (O.) deriva dal greco “organon” che significa strumento/mezzo. Questa matrice ne ha a lungo influenzato la semantica, a favore delle accezioni basate su approcci meccanicistico finalistici. Ovviamente anche

[treccani.it/enciclopedia/teoria-marxista_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/\)](http://treccani.it/enciclopedia/teoria-marxista_%28Dizionario-di-Economia-e-Finanza%29/)

⁵ “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività....”

⁶ “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale....Il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali e sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio...”

⁷ “1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto. 2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse. 3. L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.”

il concetto di O. è socialmente determinato e oggi disponiamo di molte definizioni al riguardo, ognuna delle quali risente dell'ambiente sociale e del momento storico in cui è stata coniata. Così, per la teoria classica (20) l'O. può essere intesa come uno strumento per raggiungere degli obiettivi in una logica *proprietaria* (sistema razionale che funziona nel modo più efficiente possibile), mentre in termini di approccio sistemico, l'O. viene definita come un sistema costituito da elementi tra di loro legati da rapporti di interdipendenza, all'interno di processi intenzionalmente orientati al raggiungimento di uno scopo (21-22). Per i costruttivisti (23) l'O. è una temporanea coalizione di persone che cercano insieme di svolgere la loro attività, per soddisfare i loro bisogni e contribuire nello stesso tempo a far funzionare l'O.. Ancora, in chiave strutturalista (13) l'O. diventa una unità sociale (o raggruppamento umano) deliberatamente costruita e ricostruita per il raggiungimento di fini specifici.

Ora, questa molteplicità di accezioni si riflette sulla esistenza di una molteplicità di approcci teorici che vengono qui richiamati per chiarire che esistono più approcci organizzativi di cui va verificata l'appropriatezza negli specifici contesti, al di là di adesioni fideistiche o ideologiche a questo o quel modello, tenendo presente che la scelta di uno specifico approccio dovrebbe tenere conto sia della conoscenza di elementi teorici generali che basarsi sulla utilizzazione delle evidenze sociologiche disponibili.

1) Principali parametri di progettazione organizzativa in sanità e finalità esplicite delle basi teoriche che giustificano l'aziendalizzazione della sanità

Ai nostri fini, di particolare interesse è l'*approccio situazionale* che si è affermato a partire dalle ricerche svolte nella seconda metà del secolo scorso da diversi autori (24-26) secondo i quali il successo delle organizzazioni dipende dal rapporto tra compito dell'O. e ambiente in cui si trova ad operare, per cui non c'è un modello organizzativo valido in ogni situazione ma la possibilità di realizzare una O. efficace dipende dalla capacità di raggiungere un qualche equilibrio e una qualche forma di armonizzazione tra la strategia, la struttura, la tecnologia, i bisogni e le aspirazioni dei dipendenti e l'ambiente esterno. La chiave di volta di questo tentativo consiste nello sforzo di declinare a ciascun livello quelle che si ritengono essere le condizioni per una progettazione organizzativa efficace ovvero la coerenza tra le variabili organizzative e fattori situazionali, in modo da fornire una base materiale al concetto di appropriatezza organizzativa. Mintzerbg ha sviluppato l'analisi situazionale (15) definendo cinque diverse tipologie di O. a partire dal complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e viene quindi realizzato il coordinamento tra tali compiti ed ha approfondito le specificità delle organizzazioni professionali (sanità, insegnamento di diverso ordine e grado, ricerca e sviluppo), che sono caratterizzate dalla presenza nel nucleo operativo di professionisti adeguatamente formati e "socializzati" per svolgere compiti in cui la stan-

standardizzazione e manutenzione di conoscenze e competenze è il principale parametro di progettazione mentre sia la standardizzazione dei processi che quella degli esiti, danno luogo a risposte disfunzionali.

L'approccio situazionale comporta quindi una visione delle variabili organizzative come insieme di elementi formali ed informali, da considerare unitariamente in qualsiasi processo di analisi organizzativa e nelle esperienze di progettazione e di riprogettazione. Su queste basi quanti operano nel settore dello sviluppo organizzativo hanno contribuito ad operationalizzare le intuizioni dell'approccio situazionale e di quello sistemico sviluppando dei modelli "diagnostici" e "prescrittivi" per identificare i malanni organizzativi e porvi rimedio, che ruotano intorno a 5 quesiti centrali concernenti i rapporti organizzazione/ambiente:

- 1) *di quale natura è l'ambiente dell'O.?* Semplice e stabile o complesso e turbolento? Vi sono cambiamenti nel settore economico, tecnologico, nel mercato, nelle relazioni sindacali e a livello socio politico?
- 2) *Quale è la strategia impiegata?* L'O. è priva di strategia e si limita a reagire ai cambiamenti che eventualmente si presentano? L'O. analizza sistematicamente l'ambiente per scoprire nuove minacce e nuove opportunità? Adotta un atteggiamento innovativo e attivo? L'atteggiamento nei confronti dell'ambiente è competitivo o collaborativo?
- 3) *Che tipo di tecnologia (meccanicistica o non meccanicistica) viene impiegata?* I processi utilizzati per trasformare gli input in output sono standardizzati e routinizzati? La tecnologia impiegata da luogo a mansioni caratterizzate da ambiti di responsabilità ed autonomia estesi o limitati?
- 4) *Quali sono le caratteristiche dei dipendenti e quale è la "cultura" e l'etica dominante nell'O.?* I dipendenti attivi nel nucleo operativo devono eseguire compiti semplici o affrontare problemi che richiedono discrezionalità ed autonomia professionale? Che atteggiamenti hanno sul lavoro? Quali sono i valori e le credenze fondamentali con cui si conformano i modelli della cultura aziendale? Sono presenti organizzazioni informali o riservate?
- 5) *Quale è la struttura dell'O. e quali sono gli stili direzionali prevalenti? L'organizzazione è burocratica?* Lo stile direzionale predominante è autoritario e basato su uno stretto controllo o incoraggia le iniziative innovative, lo spirito di intraprendenza e la collaborazione tra gruppi di lavoro?

Queste domande si basano sull'assunto che l'O. è formata da sottosistemi interrelati di natura strategica, umana, tecnologica, strutturale nonché manageriale che devono essere coerenti tra di loro e adeguati alle condizioni ambientali (11, pp 77-78).

Sulla base delle osservazioni di Mintzerbg sulle O. professionali e di altri autori che hanno indagato le basi materiali dell'autonomia professionale (27-28) emergono focalizzazioni sui parametri organizzativi appropriati per la sanità ed i suoi sottosistemi operativi, sotto forma di griglia per far esercitare gli specializzandi in Igiene nella diagnosi organizzativa (Tab. 1).

Dipartimento / Servizio			
<i>Variabile in esame</i>	<i>Scala di rilevazione e relativo valore attribuito</i>		
1) Capacità di garantire la transizione da malato a sano	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
2) Grado di libertà socialmente riconosciuto dal principio di disciplina	<input type="checkbox"/> basso	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> alto
3) Autonomia professionale derivante dalla evoluzione del quadro epidemiologico	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
4 Autonomia nella produzione di linee guida per attività professionale	<input type="checkbox"/> basso	<input type="checkbox"/> medio	<input type="checkbox"/> alto
5) Possibilità di proceduralizzazione dell'attività	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
6) Possibilità di supervisione diretta da parte del manager	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
7) Possibilità di standardizzazione da parte di analisti	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
8) Possibilità di derive funzionali (sostituzione dei fini legittimi)	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
9) Possibilità di derive organizzative (uso dell'O x interessi extraorganizzativi).	<input type="checkbox"/> bassa	<input type="checkbox"/> media	<input type="checkbox"/> alta
10) Altro?			

Tab - 1 Griglia per l'analisi della presenza, in specifici livelli organizzativi del SSN, delle variabili individuate dalla sociologia delle organizzazioni professionali come parametri per la progettazione organizzativa*
Applicazione a Dipartimento / Servizio

* Elaborazione propria su testi di Mintzberg (op cit.) per corso di Governance presso la Scuola di Specializzazione in Igiene, Sanità Pubblica ed Epidemiologia, della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Perugia.

1b) Basi teoriche dell'adozione della forma azienda in sanità

I modelli “razionali”, meglio conosciuti come Teoria classica dell'O. o O. Scientifica del Lavoro o Scientific Management rappresentano il primo modello organico di teoria organizzativa particolarmente apprezzata ed utilizzata in situazioni in cui la strategia è centrata su *bisogni e logiche proprietarie*. Sono fortemente connotati da una concezione meccanicistica del mondo e da una teoria della motivazione fondata sull'assunto per cui “l'uomo è mosso solo dalla paura della miseria e dal desiderio di maggiori guadagni” (20) per cui i lavoratori renderanno al limite delle loro capacità fisiche, se verranno retribuiti in maniera esattamente proporzionale allo sforzo effettuato. Quanto ai sottosistemi operativi: a) i sistemi tecnici specifici (quelli attraverso cui si realizza l'attività centrale dell'O.) sono basati sulla parcellizzazione del compito (quanto più un procedimento lavorativo viene scisso nelle sue componenti più semplici, tanto più il lavoratore può divenire specializzato ed esperto nel "compiarlo") (29); b) il sistema premiante è basato sul denaro, la retribuzione è determinata solo ed esclusivamente dall'attività svolta, senza tenere conto di altri fattori (anzianità quale proxy della competenza, etc); la gestione del

personale prevede retribuzioni sulla minor scala temporale possibile; d) il sistema di controllo misura la produttività individuale.

La teoria classica dell'O. è stata ed è applicata nella produzione di merci nell'industria - come nelle fabbriche di automobili Ford del primo dopoguerra negli Usa - ed ha caratterizzato la cosiddetta fase fordista, in cui la massimizzazione dei profitti grazie ad economie di scala ed un rigido controllo sui produttori avveniva all'interno degli stati nazione, mentre le politiche salariali rendevano possibile il consumo di massa delle merci così prodotte.

Quando l'espansione dei servizi pubblici nel secondo dopoguerra ha raggiunto dimensioni cospicue, sotto la spinta delle lotte dei lavoratori che esigevano risposte appropriate ai loro bisogni sociali, James Buchanan (18) e Gordon Tullock⁸ (17), due economisti appartenenti alla teoria classica, assumendo l'uniformità del comportamento umano sia nelle O. private che in quelle pubbliche, hanno iniziato a sostenere che occorre omogeneizzare teoria e pratica del funzionamento dello stato e del mercato. Secondo questi autori il problema era evitare che la "burocrazia" (cioè i funzionari e gli operatori dei vari servizi pubblici) massimizassero il proprio interesse personale, dato che il burocrate non lavorerebbe per l'interesse generale e per rispondere ai bisogni sociali, ma per accrescere il credito del suo ufficio e il numero dei suoi sottoposti o per salire nella gerarchia, dando luogo ad un rigonfiamento dell'offerta cui corrisponde un impulso all'espansione della domanda. Per questi autori si formerebbe una sorta di grande alleanza tra i funzionari burocrati ed i membri della classe media, che più di tutti si servono dei servizi pubblici, con un irrazionale rigonfiamento degli effettivi e l'espansione della spesa pubblica. (17, 30). Questo ha dato il via ad una vasta riorganizzazione delle amministrazioni volte ad "affamare la bestia". Christofer Hood nel 1991 (30) ha dato il nome di New Public Management a questo processo di trasformazione delle istituzioni pubbliche ispirato sistematicamente alle logiche di concorrenza ed ai metodi imprenditoriali in uso nelle imprese private: "la concorrenza, i ridimensionamenti, le esternalizzazioni, l'auditing, la regolazione tramite agenzie specializzate, l'individualizzazione dei compensi, la flessibilità del personale, la decentralizzazione dei centri di profitto, gli indicatori di prestazione ed il benchmarking costituiscono strumenti per adattare il settore pubblico alla realtà del mercato e della globalizzazione" (30). Le tecniche di management sono fondate su obiettivi e risorse assegnati con logica proprietaria a dirigenti e lavoratori, cosicché la valutazione della performance pesa l'allineamento alla strategia aziendale e l'assoggetta-

⁸ Buchanan e Tullock sono i teorici principali della scuola del Public Choice, il cui storico centro è la University of Virginia a Charlottesville e che ha prodotto una analisi dei servizi pubblici interessandosi non alla natura dei beni prodotti ma al modo con cui li si produce. James Buchanan nel suo "I limiti della libertà" (18) propugna la soppressione dello stato previdenziale e la sua sostituzione con un nuovo contratto sociale in cui i ricchi verserebbero ai poveri una compensazione finanziaria in cambio delle prestazioni sopresse.

mento ai suoi valori ed il sistema premiante/sanzionatorio è finalizzato alla ricompensa dei dipendenti obbedienti ed alla punizione di quelli non performanti e non assoggettati; come nelle industrie private anche nel pubblico aziendalizzato la logica proprietaria non prevede ruoli significativi per la partecipazione, mentre le retoriche aziendali enfatizzano la soddisfazione del cliente per la prestazione ricevuta. In tal modo “i burocrati” del pubblico - la bestia - sono sottoposti alle stesse condizioni del lavoratore salariato nel privato e la logica di concorrenza pervade sia le istituzioni del welfare, sia l'azione dello stesso Stato, a sua volta messo in concorrenza con altri sul piano mondiale.

2) Analizzare la funzionalità della logica aziendale nel raggiungimento dei fini legittimi del Servizio Sanitario Nazionale in relazione a definite problematiche emergenti

Sintetizzando molto possiamo affermare che l'aziendalizzazione del SSN è stata narrata come l'introduzione di logiche proprietarie nel SSN al fine di aumentarne l'efficienza, consegnando poi le aziende sanitarie a gestori pubblici - le regioni- individuati come livelli amministrativi capaci, rispetto ai comuni che avevano gestito le Unità sanitarie locali, di evitare usi incongrui e sostituzioni dei fini, mentre la programmazione economico finanziaria (DPEF e leggi finanziarie) da un lato e quella di settore (Piano sanitario nazionale e regionali) dall'altro avrebbero dovuto assicurare politiche e risorse adeguate e il loro uso in cornici appropriate e consone con le finalità istituzionali del SSN, governando gli eccessi di variabilità delle specifiche politiche regionali e garantendo uguaglianza di accesso ad un pacchetto base di prestazioni di efficacia nota (Livelli Essenziali di Assistenza).

Al di là delle narrazioni, in cui non emergono gli assunti e le finalità esplicite dei teorici della Public Choice e del New Public Management sopra richiamati, il nostro SSN è stato esposto fin dal 1978, data della sua nascita, ad una duplice linea gestionale, volta a deafferenziarlo da un lato dagli input programmatici previsti sul piano formale - il primo PSN vedrà la luce solo nel 1992 con la firma del carcerando Ministro De Lorenzo - ed a sottoporlo dall'altro ad una progressiva ed immobilizzante restrizione di risorse finanziarie e di personale⁹.

⁹ Nal 1984 iniziava la “manovra economica in sanità” con la separazione da parte del Governo Craxi delle spese sociali da quelle sanitarie per la salute mentale, manovra di cui le leggi finanziarie hanno da allora in poi approfondito e sviluppato portati e livelli applicativi estendendola fino ai nostri giorni e disarticolando attentamente le risorse finanziarie del SSN. Tra i tanti provvedimenti assumono risalto i tagli subentranti al Fondo Sanitario Nazionale, l'eliminazione della quota in conto capitale per investimenti strutturali, innovazioni e manutenzioni; l'introduzione dei ticket che hanno creato, mantenuto e ampliato nicchie di convenienza nel ricorso al privato; la esternalizzazione delle funzioni di supporto (mense e cucine, lavanderia, magazzino, ecc); la esternalizzazione di quote importanti di prevenzione (es.: salute in fabbrica che così disaffezionava i lavoratori nei confronti del Ssn alla cui affermazione avevano grandemente contribuito), di assistenza sanitaria territoriale (es: salute dentale, assistenza domiciliare, diagnostica strumentale e di laboratorio, assistenza specialistica ambulatoriale

Se si tiene conto del fatto che le scelte politiche di un definito livello amministrativo hanno, tra gli altri impatti, la funzione di “modificatore di effetto” dei determinanti di salute, potenziandone o riducendone le conseguenze sulle condizioni sanitarie della popolazione residente nell'areale in cui queste politiche hanno effettiva applicazione (2), il combinato disposto dall'introduzione di logiche proprietarie nella sanità, l'approvazione del federalismo in sanità con la riforma del titolo V della Costituzione e la pluriennale manovra economica in sanità gestita dai precursori dell'attuale Ministero Economia e Finanze hanno avuto l'effetto complessivo di disarticolare l'azione del nostro SSN creando 21 servizi sanitari regionali con un indebolimento generale delle funzioni di prevenzione ed assistenza e con una capacità di rispondere adeguatamente a problematiche sanitarie emergenti diversa nei vari contesti. Vediamo alcuni esempi concreti.

2a) Variazioni del quadro epidemiologico

Le segnalazioni di infettivologi e virologi circa la possibilità di comparsa nel breve medio periodo di nuove zoonosi (32) non ha inficiato la credenza nella sostanziale centralità di lungo periodo delle malattie cronico degenerative come parametro per la progettazione dei servizi sanitari: le esperienze della epidemia di HIV alla fine del XX secolo e l'emergere delle epidemie di SARS, MERS ed Ebola all'inizio del XXI secolo, pur rappresentando la punta dell'iceberg di circa 200 nuove malattie infettive emergenti non ha portato la nostra programmazione nazionale ad assumere la complessificazione degli scenari epidemiologici e non si è assistito alla preparazione di piani per gli imminenti nuovi scenari pandemici ed epidemici (33-34); di più, la sanità regionalizzata ha continuato in alcune importanti regioni ad accentuare l'indebolimento del territorio, riservando investimenti principalmente alla sola funzione ospedaliera o allo sviluppo del settore privato. In questo contesto la pandemia da Covid 19 ha funzionato da cartina di tornasole: i dati disponibili ci parlano soprattutto di **forti disuguaglianze spaziali nei tassi di contagio e di mortalità**: la Lombardia, dove sono presenti tutte le variabili che gli studi epidemiologici hanno finora individuato come

....), ospedaliera (per le parti relative agli interventi elettivi) e gran parte della riabilitazione. Accanto ai tagli finanziari, devastanti sono stati gli interventi sui lavoratori cognitivi in sanità con pluriennali blocchi del turn over, che hanno depotenziato soprattutto i servizi territoriali, la precarizzazione dei nuovi assunti, l'introduzione del numero chiuso a Medicina. Queste politiche hanno rappresentato il minimo comun denominatore di tutte le leggi finanziarie approvate dal 1984 ad oggi e trovano pedissequa applicazione negli altri pochi stati che si sono dotati di un SSN permettendo di affermare che vi è stata una programmazione occulta sovranazionale che ha trovato applicazione da parte di settori statali nazionali volta a disarticolare i servizi sanitari. In Italia negli ultimi anni l'indebolimento così ottenuto del SSN ha creato spazio per politiche sia di esplicita frammentazione del SSN, quali lo stralcio del piano nazionale della prevenzione e la marginalizzazione della medicina generale, sia di esplicito affidamento di quote di assistenza ai privati tramite la creazione del cosiddetto secondo pilastro, mentre il terzo pilastro con clamorosi appoggi sindacali mira a fornire prestazioni “aggiuntive” tramite fondi “integrativi” (31).

determinanti della malattia da Covid 19 (35), ha al 15 maggio 2020:

- un tasso di contagio cumulativo pari ad 8,3 per 1.000 residenti contro un valore medio italiano pari a 3,7, 12 volte più elevato rispetto alla regione italiana con meno casi, la Basilicata, dove ci sono stati fino a quella data 0,7 contagi ogni mille residenti;
- un tasso di mortalità cumulativa pari a 155/100.000, tre volte quello italiano (55 su 100.000) e 32 volte più elevato di quello della Basilicata, pari a 4,5 su 100.000.

Queste disuguaglianze confermano il ruolo di modificatori di effetto da parte di variabili quali:

- a. le politiche sanitarie concretamente portate avanti negli anni dai governi nazionali e regionali, che hanno condizionato a loro volta la risposta concreta che si è nei fatti saputo dare alla pandemia: quando confrontiamo i dati notificati sul database OMS (36) al 15 maggio 2020 per due paesi che hanno un SSN in cui sono state introdotte robuste logiche proprietarie come l'Italia e la Gran Bretagna con quelli di Repubblica Popolare Cinese e Corea del Sud osserviamo tassi di contagio cumulativo che sono da 17 a 60 volte più elevati e tassi di mortalità cumulativa che sono tra 102 e 154 volte più elevati nei primi: l'esposizione a rischio e a danno nella pandemia di Covid-19, peraltro più probabile per le persone economicamente svantaggiate (37-38) evidenzia importanti variazioni di effetto a seconda della politica adottata dal governo dello stato/regione in cui si risiede;
- b. la variabile *“risposta politica del livello amministrativo”* contiene al suo interno anche la qualità del setting *preventivo* e distintamente *assistenziale* offerto a contagiati e malati, che hanno fortemente condizionato presa in carico, gravità del decorso clinico e probabilità di morire per tutti i cittadini ed ancor più per le persone economicamente più svantaggiate, mentre i ritardi nella messa a disposizione di adeguati dispositivi di protezione personale per gli operatori sanitari hanno determinato tassi importanti di contagio e mortalità, evidenziando l'inadeguatezza del momento ospedaliero nel far fronte alla pandemia e più in generale la subordinazione delle direzioni aziendali e dei servizi di prevenzione aziendale agli input inappropriati dei governi regionali.

2b) Presenza di disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari

Numerosi rapporti di agenzie pubbliche mondiali, europee e nazionali (2, 39-40) documentano il crescere della disuguaglianza a livello globale e, dato il suo ruolo già richiamato di causa delle cause, della disuguaglianza nella esposizione a rischio, nella salute e nell'accesso ai servizi sanitari.

In Italia Istat (41-42) documenta una differenza degli anni di vita in salute tra regioni che vede un delta di oltre 17 anni tra quelle con dati peggiori (es.: Calabria) e quelle con dati migliori (es.: Bolzano) con un chiaro gradiente legato a reddito, livelli socio-culturali e collocazione geografica.

Questo dato indicherebbe il fallimento delle politiche perequative adottate a livello nazionale se non sapessimo dalla cronica mancanza del Psn, dalla lettura dei piani di prevenzione e dalle decisioni della Conferenza Stato Regioni che il problema non viene percepito come prioritario, in quanto non solo non dà luogo a politiche perequative efficaci ma si accompagna a richieste di autonomia differenziata da parte delle regioni economicamente più forti, che vogliono avere maggiore controllo sulle imposte pagate nei rispettivi territori sottraendo risorse al riequilibrio del sistema.

2c) Contrasto ai fenomeni corruttivi ed associazioni riservate

Charles Bettelheim nel 1918 metteva in guardia la neonata URSS sui problemi che, pur in un contesto di gestione socialista, potevano nascere dal fatto che il *possesso* dei beni da parte di specifici apparati e funzionari poteva dare luogo a fenomeni di appropriazione sostanziale, distraendoli dagli usi sociali e riproducendo così nuove classi e nuove forme della lotta tra classi (43). Il problema ha dato luogo ad approfondite discussioni e a dure battaglie politiche volte a mantenere attiva la catena di senso tra l'appartenenza formale dei beni ed il loro uso sostanziale per i bisogni sociali. Negli stati capitalisti è la forza effettivamente esercitata dalle classi subalterne per garantirsi reddito e risposte ai bisogni sociali che ha imposto lo sviluppo del welfare e la istituzione dei servizi sanitari nazionali e ha modulato nelle diverse fasi storiche l'uso privato del pubblico: in epoca fordista lo stato nazione ha rappresentato un contesto favorevole al controllo popolare sulle istituzioni riducendo l'ampiezza dei processi di privatizzazione, nel post-fordismo la globalizzazione neoliberista ha mutato queste condizioni a favore dei detentori di capitale e introdotto ovunque logiche proprietarie che hanno il fine esplicito di consentire la valorizzazione di quote crescenti di capitale anche nei settori pubblici legati al welfare. In particolare la sanità subisce molteplici assalti su più piani, come risulta da innumerevoli atti sia di commissioni parlamentari (44) sia della magistratura contabile¹⁰: se ci concentriamo sulla sola assistenza farmaceutica - ma potremmo fare lo stesso discorso per il settore degli appalti, gli acquisti di beni e servizi e per i processi di autorizzazione ed accreditamento e così via - l'assalto alle risorse di tutti da parte delle multinazionali farmaceutiche è ampio e articolato e va dal disease mongering alla corruzione di funzionari dei vari livelli amministrativi statali, regionali, aziendali fino a coinvolgere quote non trascurabili di medici ospedalieri, mmg, pls e farmacisti, talora massicciamente rappresentati come avviene in Sicilia e altre regioni in associazioni riservate (44). Se di fronte ai fenomeni corruttivi si

¹⁰ In base all'art 100 secondo comma della Costituzione, la Corte dei Conti è chiamata ad esercitare il controllo preventivo di legittimità sugli atti del Governo e quello successivo sulla gestione del bilancio dello stato; inoltre essa partecipa al controllo sulla gestione finanziaria degli Enti che ricevono contributi statali in via ordinaria e riferisce direttamente sul risultato del riscontro eseguito dando vita ad una ricca produzione di atti, relazioni e referti www.corteconti.it

può sempre sostenere che “il male” viene da forze esterne alla sanità che riescono in vari modi a far prevalere gli interessi extra organizzativi su quelli legittimi del SSN, notevole preoccupazione viene sollevata dai casi in cui la corruzione viene esercitata dai livelli politici ed amministrativi che hanno la funzione istituzionale di combatterla. Con frequenza crescente nella ultima decade abbiamo dovuto osservare nel SSN la crescita di processi di corruzione istituzionale in cui è il complesso “amministrazione regionale – direzioni aziendali – apparati di staff e uffici amministrativi” a produrre una gestione dei servizi pubblici coerente con gli interessi extra organizzativi: Lombardia, Calabria, Basilicata ed Umbria sono un elenco approssimato per difetto di processi corruttivi sistemici in cui i funzionari regionali ed aziendali impegnati nelle attività di direzione strategica sono stati colti con le mani nel sacco mentre collaboravano con specifiche tipologie di uso privato del pubblico promosse dai responsabili politici regionali dei vari SSR. In Umbria si è arrivati al livello da far individuare ai magistrati inquirenti il reato di “associazione a delinquere” dato il comportamento coeso di giunta regionale, direzione generale, sanitarie ed amministrativa e numerosi staff e uffici amministrativi aziendali della AOPG nell'applicare input politici extra organizzativi provenienti da Giunta regionale, massonerie, curia e sindacati. Se certamente tutti sono innocenti fino a condanna definitiva in Cassazione, qui interessa esaminare la questione sotto la specifica ipotesi assunta nell'articolo, cioè valutare il ruolo delle logiche proprietarie costitutive della azienda come condizione senza le quali l'associazione a delinquere non si sarebbe potuta costituire nè sarebbe riuscita ad imporre la propria linea di comando su una organizzazione che ha fini diversi e che addirittura approva piani aziendali in applicazione delle normative nazionali sulla trasparenza.

Questo è potuto accadere anche perché nel tempo grazie alle logiche proprietarie che regolano il funzionamento delle aziende sanitarie è stata selezionata una classe di dirigenti in base al principio di obbedienza, scelta per egemonizzarne l'operatività a scapito sia del principio di competenza che di quello etico, in modo da rendere proprietaria la gestione pubblica, piegandola ad una complice gestione di varie tipologie di interessi extra organizzativi.

Il problema è rilevante e consistente in quanto la semplice sostituzione del colore politico delle forze che amministrano la Regione potrebbe non dare garanzie sufficienti a produrre il necessario riallineamento tra azione amministrativa e fini istituzionali.

Nella sostanza le logiche proprietarie applicate impropriamente in sanità come documentato dalle evidenze sociologiche sommariamente richiamate nelle sezioni precedenti producono sostanziali sostituzioni dei fini che vengono documentate da abbondanti e significative casistiche di eventi sentinella, che potremmo definire altresì casi di corruzione evitabile e che rimandano ad una attenta riorganizzazione della forma azienda in base ai parametri di progettazione organizzativa.

2d) Interazione con servizi ed operatori ad alta densità di conoscenza

Nel SSN prevale quella parte di organizzazione, detta professionale, il cui lavoro consiste nell'applicare conoscenze e competenze cliniche in condizioni di ampia discrezionalità nell'uso delle risorse data l'indeterminatezza sostanziale che avvolge due processi centrali del lavoro cognitivo in sanità: la diagnosi e la terapia (27). L'autonomia professionale (che vuol dire: "darsi da sè le proprie leggi") è un privilegio che la società concede ai professionisti che possedendo conoscenze e competenze cliniche capaci di ri/dare salute, sanno garantire la transizione dallo stato di malato a quello di sano, il che rappresenta sia la base materiale del potere della conoscenza (28) sia ciò che manca al potere burocratico, il che crea uno squilibrio di potere sostanziale a vantaggio del lavoro cognitivo.

Potremmo periodizzare l'interazione tra lavoro cognitivo e logiche proprietarie aziendali in:

- una prima fase (primi dieci anni dalla riforma del 1992) sono stati sottoposti a verifica gli eventuali vantaggi effettivamente comportati dai sistemi di programmazione e controllo (il budget), dai sistemi di pagamento a tariffa e dalla funzione dirigenziale - tutti i laureati erano stati calati nei ruoli dirigenziali - scoprendone nel lavoro quotidiano retoriche sottese e limiti sostanziali;
- una seconda fase - da inizio 2000 fino alla crisi finanziaria globale del 2008 - in cui il lavoro cognitivo ha provato a trasformare la governamentalità proprietaria di ASL ed AO in clinical governance tesa a migliorare la qualità dell'assistenza (45) sui piani della efficacia, della appropriatezza, della sicurezza, della equità nell'accesso alle cure, dell'efficienza e del coinvolgimento dei fruitori, tutte cose difficili da raggiungere tramite l'esercizio del potere amministrativo lungo le linee gerarchiche; sono state proposti e messi in pratica strumenti operativi appropriati per il lavoro cognitivo (approccio per problemi, epidemiologia clinica e valutativa, valorizzazione metodo scientifico, sistemi di finanziamento in cui "paga la salute" - global budget, quota capitaria, ... - audit clinici, revisioni tra pari, Evidence Based Medicine, trasparenza sui conflitti di interesse, educazione continua del medico e degli altri operatori sanitari, valutazione condivisa degli esiti tra operatori e fruitori ecc..) scontrandosi con direzioni regionali e aziendali che il federalismo metteva nelle mani di funzionari, spesso espressi da clan territoriali e selezionati in base al principio di obbedienza, mentre la governance aveva bisogno per svilupparsi di capacità di coordinamento fortemente basate sul principio di competenza (46);
- una terza fase in cui i programmi di austerità imposti forzatamente per ripianare i debiti pubblici saccheggianti per sostenere banche e mercati finanziari nella crisi del 2008, hanno chiuso gli spazi per la governance e imposto una governamentalità proprietaria che ha prodotto drastici tagli alle risorse finanziarie, al personale ed alle strutture sanitarie, depauperazione dell'assistenza territoriale, enfasi sui fattori di ri-

schio comportamentali, sviluppo del settore privato, ecc. che hanno creato quelle modificazioni di effetto per cui la pandemia ha potuto fare danni da record mondiale proprio nei contesti territoriali che hanno più caldeggiato e applicato le logiche proprietarie in sanità.

La richiesta del lavoro cognitivo di modificare il government aziendale in clinical governance è stata affrontata dai sostenitori delle logiche proprietarie (governi bypartisan, scuole di direzione aziendale, tecnici obbedienti delle direzioni regionali e aziendali...):

- a) da un lato premiando la quota di professione più attenta ai comportamenti utilitaristici con la concessione di ampi spazi per l'uso privato del pubblico di cui la libera professione è chiara espressione;
- b) dall'altro lato sono state messe in atto:
 - b.1) tutta una serie di misure volte a produrre controllo sul lavoro cognitivo tentando "di utilizzare la supervisione diretta, la standardizzazione dei processi di lavoro o la standardizzazione degli output. L'inserimento di livelli intermedi di supervisione diretta deriva dall'ipotesi che l'attività professionale possa essere controllata, come ogni altra attività, in modo top-down, un'ipotesi che si è invece ripetutamente dimostrata sbagliata. Le forme di standardizzazione diverse dalla standardizzazione delle capacità, invece di consentire il controllo dell'attività professionale, spesso scoraggiano e ostacolano i professionisti: i complessi processi di lavoro non possono essere formalizzati mediante regole e norme e gli output vaghi e indeterminati non possono essere standardizzati attraverso i sistemi di programmazione e controllo se non con effetti fuorvianti.

Programmando i comportamenti sbagliati e misurando gli output sbagliati, si obbligano i professionisti a giocare il gioco della burocrazia meccanica e cioè a soddisfare gli standard invece di servire i cittadini, operando una inversione mezzi-fini. Se nella burocrazia meccanica la razionalizzazione rende disponibili ai clienti output a basso costo, nelle attività professionali la razionalizzazione comporta invece servizi inefficaci e impersonali" (15).

- b.2) tentativi di reificazione delle conoscenze e cattura del sapere professionale tramite l'intelligenza artificiale. La reificazione delle conoscenze è possibile quando:
 - i processi conoscitivi sono trasformabili in procedure, il che a sua volta può avvenire quando le capacità che la conoscenza fonda sono il frutto di funzioni cognitive elementari proprie del pensiero convergente (memoria, calcolo, deduzione...) e utili per affrontare problemi noti, ma non quando sono implicate funzioni cognitive superiori proprie del pensiero divergente (induzione, creatività, fantasia, immaginazione, ecc) utili per affrontare problemi nuovi;
 - c'è chiara corrispondenza tra una data contingenza ed una data procedura: una parte delle condizioni che portano a malattie cronico degenerative (diabete tipo 2, iper-

- tensione, iperlipidemia, ecc.) potrebbero rientrare in questa condizione, mentre la complessificazione del quadro epidemiologico cui si è fatto riferimento in premessa, la invalida;
- l'oggetto cui si applica la procedura non ha particolare valenza simbolica;
- b.3) pianificando sul lungo periodo tramite il numero chiuso a medicina lo sfoltimento dei ruoli professionali, restando altrimenti inspiegabile la inettitudine organizzata con cui si è scelto di non fare nulla a fronte dell'invecchiamento della quota prevalente di professionisti attivi nel SSN, evidente già a fine secolo quando se ne esaminavano i dati demografici: i ventennali blocchi del turn over, figli della programmazione non esplicita di tutti i governi bypartisan negli ultimi vent'anni, sono comprensibili solo in una ottica di disarticolazione del potere della conoscenza.
- b.4) aumentando la *presenza crescente di personale precario*, che trascinando di rinnovo in rinnovo la propria condizione di precarietà, è stato costretto a lavorare in condizioni di marginalità organizzativa, insicurezza esistenziale, compressione della retribuzione reale e differita; le norme succedutesi negli anni hanno fatto di tutto per consolidare nel precariato cognitivo della sanità la convinzione che la sua presenza fosse inessenziale per il SSN o comunque marginale, condizionandone negativamente gli orientamenti all'approfondimento dei back ground professionali: ha poco senso mantenere ed approfondire le proprie conoscenze e competenze cliniche se la probabilità di continuare ad esercitare la professione è bassa o comunque ammantata di incertezza.
- b.5) Università, ricerca e formazione in servizio sono state a loro volta sottoposte alle torsioni che le politiche di servizio al neoliberalismo hanno imposto a tutta la pubblica amministrazione: le nuove conoscenze vengono recintate dalla comparsa di fornitori di "servizi" (Wiley, Elsevier, etc) che si appropriano di lavori, frutto del metodo scientifico e impongono balzelli artificiali per il libero accesso a tali informazioni; la spinta a brevettare le scoperte scientifiche ha cercato di far passare l'idea che esse siano il frutto di saperi individuali, quando ognuno di noi senza l'interazione sociale non riuscirebbe nemmeno ad apprendere il linguaggio, figuriamoci aggiungere un tassello ulteriore all'enorme sapere sociale accumulato; in generale le risorse divengono sempre più scarse ed assegnate al di fuori di una cornice temporale che permetta di pianificare investimenti strategici in una qualche direzione sensata, il che contribuisce a rendere la vita dei ricercatori sempre più difficile in aggiunta a quanto già fanno precarietà ed esiguità dei redditi. Quando tutto ciò accade anche nei policlinici universitari la socializzazione dei futuri professionisti avviene in un contesto in cui sono le "non norme" dei comportamenti utilitaristici a dare senso all'agire professionale, dissipando il patrimonio cognitivo acquisito in lunghi anni di formazione e creando delle dissonanze profonde con le condizioni che in passato

hanno portato al delicato equilibrio su cui si è costruito il riconoscimento sociale dell'autonomia professionale; il tutto aggravato dai filtri di casta che regolano l'accesso all'università.

Quindi nel complesso si è avuto un disinvestimento programmato e plurilivello nel lavoro cognitivo in sanità, creando intenzionalmente condizioni disfunzionali per la manutenzione e lo sviluppo di conoscenze e capacità, ampliando la schizofrenia tra fini ufficiali del SSN, tendenze insite nella sua natura di organizzazione professionale ad alta densità di lavoro cognitivo e gestione aziendalistica.

Discussione e conclusioni

Il termine "crisi" viene dal greco *crisis* che significa separazione, scelta, giudizio, che a sua volta deriva dal verbo *crinein* che vuol dire giudicare. La pandemia data dal Covid 19 e amplificata da definite politiche governative basate su logiche proprietarie nella società e nella sanità, ha messo davanti ai nostri occhi la necessità di giudicare i portati di queste logiche.

Dall'analisi condotta emerge la legittimità di parlare di crisi della forma azienda in sanità in quanto:

- i parametri di progettazione organizzativa in sanità depongono per la necessità di ripensare l'organizzazione del nostro SSN e del nostro welfare dato che siamo in presenza di una complessificazione degli scenari operativi per gestire la pandemia e l'associato disordine ambientale globale;
- la pandemia si affronta efficacemente con politiche territoriali proattive di tracciamento e intervento non farmacologico (47), mentre le funzioni ospedaliere accentrate su cui aveva puntato il modello di policlinico universitario del DM 70 e l'ipertrofia del momento ospedaliero propria di alcune politiche regionali, vanno ripensate in profondità;
- il differenziale di salute elevato tra nord e sud evidenzia i limiti della regionalizzazione in sanità che ingessa le disuguaglianze nella salute e nell'accesso ai servizi efficaci sia per le malattie croniche degenerative che per le malattie infettive, come le sostanziose e inaccettabili differenze spaziali tra regioni indicano, e richiede da un lato una azione di perequazione forte da parte dello stato centrale e dall'altro la responsabilizzazione delle comunità locali che devono poter partecipare alla gestione dei servizi in modo da mettere in risalto i problemi reali di salute e di assistenza;
- le disuguaglianze nella esposizione involontaria a rischio richiedono un ruolo forte dei territori nelle politiche di prevenzione primaria rivolte ai fattori di rischio collettivo e modelli di prevenzione primaria capaci di tutelare le matrici aria, acqua e suolo dai produttori di rischio (4);
- la deriva etica del SSN evidenzia come le logiche proprietarie si indovano nella stra-

tegia aziendale e trasformano l'O. in una arma a disposizione di un qualche clan territoriale che la usa per far prevalere interessi extra organizzativi tanto eterogenei quanto disfunzionali per l'interesse generale: il raccomandato del politico x, l'appalto alla ditta gestita dalla moglie di y, la convenzione con clinica gestita dall'adepto della loggia massonica z....;

L'inappropriatezza dei modelli aziendali centrati su logiche proprietarie nel gestire sistemi di welfare e ricerca e sviluppo è quindi l'elefante nella stanza.

Dato che tutto questo avviene intorno ad un processo sociale chiamato "conoscenza", dato che senza società non si dà nessuna conoscenza e dato che AA hanno sostenuto che la conoscenza è un bene comune (48), va ricordato che:

- se in generale per beni comuni si intendono "Beni che sono proprietà di una comunità e dei quali la comunità può disporre liberamente" (commons della tradizione giuridica anglosassone) Hess ed Ostrom¹¹ ne forniscono una definizione più problematica in quanto intendono per bene comune: "una risorsa condivisa da un gruppo di persone e soggetta a dilemmi (ossia interrogativi, controversie, dubbi, dispute, ecc.) sociali"; per queste autrici "un bene comune è libero da valori: il suo esito può essere buono o cattivo, sostenibile oppure no e per garantire sistemi durevoli e stabili abbiamo bisogno di chiarezza, buone capacità decisionali e strategie di gestione collaborativa";
- nel caso di risorse "sottraibili", come per esempio le zone di pesca, l'uso che ne fa una persona riduce i benefici disponibili per gli altri, tanto che una elevata sottraibilità è generalmente una caratteristica basilare delle risorse comuni "naturali";
- quasi tutti i tipi di conoscenza, al contrario, sono relativamente non sottraibili. Anzi si crea tanto più valore quante più sono le persone che usano la risorsa e si uniscono alla comunità di utilizzatori: si parla pertanto di "cornucopia dei beni comuni": il valore della letteratura scientifica o di un software open source di fatto aumenta all'aumentare del numero di persone che partecipano all'impresa, un fenomeno che gli economisti definiscono "effetto di rete"; quando la conoscenza è gestita come un bene comune l'efficienza della condivisione è superiore a quella della competizione.
- Hardin (49) sostiene che "la rovina è il destino ineluttabile di tutti coloro che perseguono il proprio interesse in una società che professa il libero accesso alle risorse comuni. È una libertà foriera di disastro generale". Se questa tesi è nota come la "tragedia" dei beni comuni, Ostrom ed Hess ribattono che se è vero che molto spesso si verificano situazioni in cui è applicato il modello di Hardin è anche vero che molti gruppi, comunità locali o associazioni professionali si sono dimostrati in grado di gestire e sostenere con efficacia le risorse comuni, a condizione che si disponga di condizioni adatte: regole appropriate, meccanismi efficaci per la risoluzione dei conflitti,

¹¹ Elinor Ostrom ha ricevuto il Premio Nobel per l'economia nel 2009.

ben definiti confini di utilizzazione, garantiti da enti terzi.

A queste affermazioni qualitative si aggiungono le già richiamate analisi sviluppate da alcuni critici dell'economia politica per i quali, sintetizzando molto, l'economia basata sulla conoscenza si è decisamente sviluppata negli ultimi 50 anni con riferimento ai settori sanità, istruzione e ricerca e sviluppo (5) che, risultando legati ai sistemi di welfare, hanno un ruolo biopolitico dove il lavoro cognitivo che produce conoscenza per la vita entra in conflitto con le strutture di potere (biopotere) che cercano di trarre profitto da tali produzioni, imponendo logiche proprietarie. La centralità crescente dell'economia della conoscenza è tale da mutare il tipo di configurazione della società capitalistica portandola ad essere biocapitalismo cognitivo (7).

In epoca fordista la produzione e riproduzione sociale delle conoscenze ha dato luogo a tipologie organizzative che risentivano nel loro funzionamento della particolare natura della conoscenza in quanto bene comune non sottraibile dove la condivisione e non la competizione creano sviluppo e benessere, producendo da un lato vantaggi principalmente per i professionisti, accanto ad una serie di sistemi operativi del tutto eterogenei rispetto a quelli usati nelle imprese di produzione di beni materiali. In epoca postfordista lo sviluppo dell'economia della conoscenza ha spinto il biopotere a cercare di imporre controllo e messa a valore di tale economia tramite logiche proprietarie che non sono state capaci di assoggettare le pratiche sociali del professionalismo: nelle nuove condizioni di questa fase il professionalismo è confluito nel lavoro vivo cognitivo producendo conflitto con il biopotere che si esprime a più livelli:

- nella contestazione della governamentalità neoliberista dove il lavoro vivo cognitivo ha chiesto e praticato clinical governance a fronte della controproduttività specifica nella economia della conoscenza del government aziendale e delle sue disfunzionali logiche proprietarie;
- la ricchezza della strumentazione operativa messa in campo dal lavoro vivo cognitivo è impressionante per concretezza e superiorità nel consentire uso e sviluppo delle conoscenze nei confronti dei dispositivi proprietari: approccio per problemi, epidemiologia clinica e valutativa, valorizzazione metodo scientifico, promozione della salute, sistemi di finanziamento in cui “paga la salute” -global budget, quota capitaria - audit clinici, revisioni tra pari, evidence based medicine, trasparenza sui conflitti di interesse, educazione continua del medico e degli altri operatori sanitari, valutazione condivisa degli esiti tra operatori e fruitori ecc.. , rappresentano un elenco parziale dei potenti strumenti operativi messi in atto dal lavoro cognitivo per continuare a sviluppare l'economia della conoscenza, facendo emergere la pochezza sconcertante insita nei sistemi operativi proprietari: basti pensare che nel tanto decantato “management by objective” i problemi sono sottratti alla discussione collettiva in quanto selezionati dai proprietari, inchiodando i lavoratori alla realizzazione degli obiettivi assegnati loro

da altri, facilmente riconoscibili, una volta calato il velo delle retoriche, in proprietari che pasticciano proposte in settori in cui le logiche proprietarie producono danni enormi alla salute ed alla conoscenza come la pandemia da Covid-19 dimostra.

Le condizioni di rischio prodotte dalla pandemia hanno evidenziato gli interessi divergenti tra popolazione e lavoratori cognitivi che chiedono che sia data centralità alla salute di tutti e usano a tal fine gli strumenti per la gestione comune della conoscenza e le logiche proprietarie del biopotere, che a loro volta vorrebbero imporre continuità nei processi produttivi del biocapitalismo cognitivo, trovandosi però senza argomentazioni, schiacciati su insostenibili posizioni negazioniste, nella impossibilità di zittire e licenziare tutti i lavoratori cognitivi del mondo, una contraddizione che è ben esemplificata nello scontro tra evidenza ed ignoranza che viene mass mediaticizzato nelle figure del dr. Antony Fauci¹² e dell'OMS da un lato ed amministrazione suprematista Usa dall'altro.

In sintesi nella economia della conoscenza il lavoro vivo cognitivo, contrapponendosi al biopotere è impegnato nel rompere la disgiunzione tra potere ed esperienza (50) che ha caratterizzato il trentennio neoliberista. Se la produzione di conoscenza è un processo da tutti riconosciuto come sociale, emerge che nella economia della conoscenza la potenza del lavoro vivo cognitivo sta aprendo breccie tanto inattese quanto concrete nella sussunzione reale¹³ facendo emergere addirittura modalità gestionali superiori alle logiche proprietarie aziendali, in quanto più appropriate allo sviluppo sociale della cornucopia del commons conoscenza. Questo conflitto avviene ora, sotto i nostri occhi:

- in Italia, la rottura della sussunzione reale e/o della disgiunzione tra potere ed esperienza si è espressa nella capacità della moltitudine di far prevalere la salute sull'economia, richiesta alle cui ragioni il lavoro cognitivo ha dato e sta dando un contributo sostanziale;
- il cuore politico delle elites anglosassoni, il partito repubblicano USA è impegnato nel cercare di imporre l'inefficienza organizzata nella gestione della Pandemia Covid 19, sostenendo che il sacrificio dei più deboli è il prezzo che vale la pena pagare per mantenere in vita il sistema economico su cui basano la loro smisurata ricchezza;
- nel mondo 7 miliardi e settecento milioni di persone attendono che un vaccino e/o cure efficaci siano messe a disposizione di tutte e tutti, il che significa che vogliono beneficiare dei frutti del bene comune conoscenza.

Concludendo, possiamo affermare che, se ci troviamo oggi di fronte a scenari che fan-

¹² Anthony Stephen Fauci è un immunologo statunitense che ha fornito contributi fondamentali nel campo della ricerca sull'AIDS e altre immunodeficienze, sia come scienziato che come capo dell'istituto statunitense National Institute of Allergy and Infectious Diseases.

¹³ Marx chiama sussunzione reale del lavoro al capitale la determinazione del modo stesso di essere del lavoro da parte del rapporto sociale capitalistico che lo ingloba.

no tremare i polsi dato l'incalzare di gestione inappropriata della pandemia, crisi climatico ambientale e crisi economica da rottura delle filiere lunghe della produzione globalizzata, le energie biopolitiche che uniscono nel SSN lotte per il diritto alla salute e lavoro cognitivo sono preziose per dare carne e sangue alla possibilità di espellere finalmente le logiche proprietarie dal nostro SSN, e non solo.

Se la aziendalizzazione ha rappresentato il tentativo, sanguinosamente fallito, di imporre queste logiche al fine di rendere capitalisticamente produttive malattie e salute, il bio-capitalismo cognitivo produce con sempre maggiore difficoltà comando e cattura della conoscenza prodotta dal lavoro cognitivo. E' dunque possibile sperimentare modelli societari ed organizzativi adatti alla economia della conoscenza ed in grado di garantire sviluppo adeguato all'enorme sapere sociale di cui disponiamo. Affidando alla pace degli archivi i modelli di organizzazioni proprietaria voluti dal New Public Management.

Bibliografia

1. Piketty T. *Le capital au 21e siècle*. Paris: Editions du Seuil; 2016, pp 946.
2. Marmot M. *La salute diseguale. La sfida di un mondo ingiusto*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016, pp 233.
3. Omran A. "The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change" (PDF). *The Milbank Quarterly* 2005; 83 (4): 731–57, doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00398.x.
4. Romagnoli C, Neri F, Pala L. Dai danni alle esposizioni o dalle esposizioni ai danni? Una analisi di caso nel SIN Terni-Papigno. *Sistema Salute* 2019; 65,(1)2019: 11-40.
5. Vercellone C, Fumagalli A. *Le capitalisme cognitif. Apports et perspectives, introduction*, *European Journal of Economic and Social Systems* 2007; 20 (1) 7-14.
6. Vercellone C, Fumagalli A., Giuliani A. Lucarelli S. *Cognitive Capitalism, Welfare and Labour*. London: Routledge; 2019.
7. Fumagalli A. *Economia politica del comune. Sfruttamento e sussunzione nel capitalismo bio - cognitivo*. Roma: Derive e Approdi; 2017, pp 224.
8. Negri T, Hardt M. *Assemblea*. Firenze: Ponte alle Grazie; 2018, pp 439.
9. United Nations Development Group *A million voices: the world we want*. Published September 10, 2013. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/MDGs/UNDGAMillionVoices.pdf>. Accessed June 29, 2016.
10. Romagnoli C. (Promozione dell'equità nella salute ed irresponsabilità sociale delle elites. *Sistema salute, La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute* 2017; 61 (4): 12-38.
11. Morgan G. *Images. Le metafore dell'organizzazione*. Milano: Franco Angeli; 1995, pp 481.
12. Bonazzi G. *Storia del pensiero organizzativo*. Milano: Franco Angeli; 2002, pp 512.
13. Gross E, Etzioni A. *Organizzazioni e società*. Bologna: Il Mulino; 1996, pp 333.
14. Drucker PF. *Manuale di management. Compiti, responsabilità, metodi*. Milano: Etas Libri, 2000; pp 862.
15. Mintzberg H. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Bologna: Il Mulino; 1996.
16. Mintzberg H *Managers Not MBAs: A Hard Look at the Soft Practice of Managing and Management Development* Paperback, Oakland, CA :Berrett-Koehler Publishers; 2005, pp 314.
17. Tullock G. *The politics of bureaucracy*. Washington: Public Affair Press; 1965.
18. Buchanan J.I *I limiti della libertà. Tra anarchia e leviatano*. Sant'Arcangelo di Romagna: Rusconi; 1998, pp 250.

19. Hood C. The “New Public Management” in the 1980s: Variations on a theme. *Accounting, organizations and society*; 1995; 20 (2-3), 93-109.
20. Taylor F. *Principles of scientific management*. New York: Harper and Row; 1911.
21. Bogdanov AA *Essays in Tektology* (1912). Trad ingl. *The systems Inquiry Series*: Seaside California Intersystem Publications; 1980.
22. Kast E, Rosenzweig JE. *Contingency views of organization and management*. Chicago, Science Research Associates; 1973.
23. Goffman E. *The presentation of self in everyday life* Garden City, NY: Double-day; 1959.
24. Burns T, Stalker GM. *The management of innovation* London: Tavistock; 1961.
25. Woodward J. *Industrial Organization: theory and practice*. London: Oxford University Press; 1965.
26. Lawrence PR, Lorsch JW. Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative Science Quarterly* 1967; 12:1-47.
27. Jamous H, Pelouille B. Professions or self perpetuating system; changes in the France university hospital system. In Jackson J (ed) *Profession et professionalisation*. Cambridge: Cambridge University Press; 1970.
28. Popitz H. *Fenomenologia del potere. Autorità, dominio, violenza, tecnica*. Bologna: Il Mulino; 2015, pp 212.
29. Gulick Il Urwick L (eds) *Papers in the science of administration*. New York: Institute of Public Administration , Columbia University; 1937.
30. Dardot P, Laval C. *La nuova ragione del mondo. Critica della razionalità neoliberista*. Roma: Derive e Approdi; 2013, pp 497.
31. Donzelli A. Sanità «integrativa» distortiva di comportamenti medici e svantaggiosa anche per l'ambiente Congresso Nazionale ISDE Italia Ecologia e prevenzione: non è troppo tardi per imparare a vivere meglio! Arezzo - sabato 6 aprile 2019.
32. Madhav N et al . *Pandemics: Risks, Impacts, and Mitigation*. In: *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. 3rd edition. Washington (DC): The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2017 Nov. Chapter 17; 2017.
33. Ferguson NA et al. *Impact of non pharmaceutical interventions to reduce Covid -19 mortality and health demand*. London: Imperial College Covid -19 Response Team; 2020 DOI”<https://doi.org/10.25561/77482>
34. *Redefining vulnerability in the era of Covid 19* *Lancet*. 2020 Apr 4;395(10230):1089. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30757-1.
35. Buja et al. *Demographics and socio economics factors and resoucce indicators associated with the rapid spread of COVID 19 in Northern Italy: an ecologiocal study*. *Med Rdy preprint*; 2020 : <https://doi.org/10.1001/20202.04.25.20075369>.
36. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
37. Costa G, Schizzerotto A. *Se la pandemia accentua le disuguaglianze di salute*. *Lavoce.info* 07-04-2020.
38. Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C, Stiglitz J. “Why inequality could spread COVID-19.”, Published Online April 2, 2020 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)
39. Mackenbach JP. Persistence of social inequalities in modern welfare states: Explanation of a paradox. *J Epidemiol Community Health* 2013; May;67(5):412-8
40. *OMS Governance for health equity. Taking forward the equity values and goals of Health 2020 in the WHO European Region*. Ginevra: OMS; 2013, pp 80,
41. *Istat Rapporto BES 2017* Roma: Istat; 2017.
42. *Istat Rapporto BES 2018* Roma: Istat; 2018.
43. Bertelheim C. *Le lotte di classe in URSS 1917/1923*. Milano: Etas Libri 2 vol; 1975.
44. *Commissione Parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia e altre organizzazioni criminali*

- anche straniere. (2018) Mafia e sanità'. Relazione conclusiva del 7 febbraio 2018. <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1066861.pdf>
45. Regione Umbria) Piano Sanitario Regionale Un patto per la salute, l'innovazione e la sostenibilità'. Cap 7: Qualità e innovazione per la gestione della sanità.. Perugia: Direzione regionale sanità e servizi social; 2003.
 46. Romagnoli C, Minelli L. Metaorganizzazione e innovazione nel governo della salute. L'esperienza del Servizio sanitario regionale umbro Politiche sanitarie 2008; 9(3):133-139.
 47. ISDE FNOMCEO Covid 19 Le lezioni da imparare e gli errori da non fare; 2020. <https://www.isde.it/covid-19-le-lezioni-da-imparare-e-gli-sbagli-da-non-fare/>
 48. Ostrom E, Hess C. La conoscenza come bene comune. Dalla teoria alla pratica. Milano: Bruno Mondadori Ed; 2009.
 49. Hardin G. The Tragedy of the Commons. Science 1968; 162.
 50. Castells M. La nascita della società in rete. Blackwell Publisher Ltd, Oxford 2000; ed. it Università Milano: Bocconi editore; pp 438.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Eppur si muove: *General Escape Clause Covid-19* tra le incertezze della salute

Still moving: General Escape Clause Covid-19 among health uncertainties

Enza Caruso

*Dipartimento di Scienze Politiche, Università degli Studi di Perugia
Centro di Analisi delle Politiche Pubbliche delle Università di Modena e Bologna*

Parole chiave: Europa, Italia, finanziamento sanità, decretazione di emergenza sanitaria, Covid-19

RIASSUNTO

Il saggio esamina l'impatto della pandemia da coronavirus sul finanziamento del SSN e ripercorre la lunga lista delle priorità inserite nell'agenda politica ma rinviate per scarsità di risorse. Nel nuovo contesto di interdipendenza della salute globale, la discussione esplora le conseguenze dell'attuale incertezza (che caratterizza ordinariamente il settore della salute ed è causa dei fallimenti di mercato) sui mercati reali e finanziari e analizza le risposte monetarie e fiscali adottate dalla governance europea nel quadro della *General Escape Clause Covid-19*. Il saggio si concentra quindi sulle politiche che hanno avuto l'obiettivo di rafforzare il settore della sanità pubblica potenziando le risorse attualmente disponibili (personale, beni e servizi) e riorganizzando in percorsi più sicuri il trattamento dei pazienti negli ospedali (in particolare nelle unità di terapia intensiva) e attraverso i servizi sanitari territoriali. Sono state valutate le implicazioni in termini di costo-efficacia dei diversi modelli di erogazione dell'assistenza sanitaria (patient-centered or community-centered). Infine, sono state discusse le principali azioni che possono essere intraprese nel quadro della programmazione nazionale nel sistema di legislazione vigente per ridurre le disparità tra le regioni e vincolare l'allocazione delle risorse all'implementazione di strategie efficaci a livello nazionale.

Key words: Europe; Italy; health financing; health emergency decrees; Covid-19

SUMMARY

The paper examines the impact of coronavirus pandemic on health financing in Italy and it reviews the list of priorities that have been postponed, despite being listed in the political agenda, because of lack of resources. In the new context of global health interdependence, the discussion explores the consequences

Autore per corrispondenza: enza.caruso@unipg.it

of the current uncertainty (beyond the ordinary reasons of market failures in the health sector) into real and financial markets, and it investigates the monetary and fiscal responses adopted by the European governance in the picture of the *General Escape Clause Covid-19*. The paper focuses on policies aimed to reinforce the public health sector increasing the currently available resources (staff, goods and services) and reorganizing safe pathways to treat patients in hospitals (in particular in ICUs) and through community services. Cost-effectiveness implications of different models of healthcare delivery were assessed. Last, we discuss the major actions that may be taken within the framework of national programming in the current legislation system to decrease disparities among regions as well to constrain the allocation of resources in order to implement nation-wide effective strategies.

1. Introduzione

Fare i conti con l'incertezza e il rischio è una questione ordinaria in sanità, un settore tra i più complessi dell'economia, attraversato da tutti i fallimenti di mercato e dove la "mano visibile" dell'intervento pubblico è necessaria e auspicabile in ogni sua dimensione (1-2). La salute collettiva, o meglio la prevenzione delle malattie trasmissibili, è prima di tutto un bene pubblico¹ globale, tanto più quanto più i mercati sono interconnessi nel mondo globalizzato (3-4), e le emergenze sanitarie possono essere sempre affrontate con una corretta programmazione di sistema. Le epidemie ci sono sempre state e ci saranno sempre, non farsi trovare impreparati significa prima di tutto ridare dignità al territorio in una rete di servizi fortemente integrata. In questa prospettiva, tanto enunciata quanto tralasciata, si gioca la capacità di promuovere il benessere sociale della popolazione e di governare la transizione epidemiologica nella direzione della sostenibilità di sistema.

Il nostro SSN ha affrontato la pandemia come un soggetto fortemente debilitato, e questo saggio volutamente ripercorre la lunga lista delle priorità, sempre inserite nell'agenda politica ma troppo spesso rinviate, non solo per scarsità di risorse ma anche per un diffuso disimpegno delle regioni in una reale tutela della salute della popolazione; regioni sempre più avidi di autonomia e sempre più intolleranti ai vincoli di sistema, quando non esplicitamente rivolte a tutelare gli interessi del mercato.

Avevamo tirato un sospiro di sollievo con il cambio di governo in una manovra di finanza pubblica che confermava le promesse fatte sul finanziamento e addirittura restituiva un po' di spicci per l'abolizione del *superticket*. Tra i rinvii e le promesse siamo stati invece travolti dalla potenza di un virus che, bloccando la catena del valore globale, ha attaccato il cuore del capitalismo facendolo precipitare in un'incertezza senza precedenti. Sotto il segno di un marcato deterioramento del contesto internazionale e per rilassare prima di tutto le tensioni finanziarie, alla ricerca della stabilizzazione dei mercati, i vincoli dell'austerità sono saltati e dai bracci monetari e fiscali della governance globale e di un'Europa poco unita, scorrono adesso risorse che confluiscono fino alla nostra decretazione d'emergenza sanitaria. No-

¹ Un bene pubblico è un bene non rivale e non escludibile: una volta prodotto tutti ne beneficiano e nessuno può essere escluso.

nonostante i cordoni della borsa siano stati prontamente allentanti, abbiamo visto lavorare a mani nude i nostri professionisti della salute, e tanti ne abbiamo persi, per assenza di disponibilità di mercato nel fornirci dispositivi medici e di protezione individuale (dpi). È stata la potenza di un virus a mostrarci quanto precari siano i nostri sistemi sanitari in assenza di programmazione di politiche di prevenzione e di integrazione dei servizi, e quanto l'attuale modo di produzione neoliberista, che deprime e consuma le risorse comuni, pone enormi questioni di iniquità e disuguaglianze. Distanziati dal completo *lockdown*, la pandemia ci avrebbe dovuto rendere consapevoli di quanto la nostra salute individuale sia imprescindibile da quella collettiva, e che solo nell'economia del comune possiamo produrre rilevanti effetti esterni. In tal senso, come sostiene da sempre Nerina Dirindin, un sistema sanitario non può dirsi eccellente se anche una sola delle sue articolazioni fondamentali resta indietro, al massimo può soltanto vantare un'eccellenza parziale².

2. La sanità italiana tra problemi e rinvii sul che fare

In uno scenario internazionale profondamente segnato dalle incertezze e dalla grande onda della recessione globale, l'economia italiana raggiunge nel 2019 il traguardo dello 0,3% di crescita reale del Pil (5) (le prospettive per il 2020 indicate nella Nadef 2019 indicavano una crescita dello 0,6%). La spesa sanitaria pubblica ammonta nel 2019 a 115.448 mln, il 6,5% del Pil, contro il 7,5% nel Regno Unito, il 9,3% in Francia, il 9,5% in Germania (6). Rispetto ai valori tendenziali previsti nei precedenti Def, in 10 anni il settore ha realizzato economie di spesa pari a circa 21 mld. Dopo anni di decrescita in valori assoluti, dal 2016 una lenta ripresa caratterizza la spesa sanitaria, senza tuttavia riuscire a recuperare quote di Pil (tab. 1). Nel merito della composizione della spesa (tab. 2), la copertura è sempre più dipendente dai trasferimenti dal bilancio dello Stato a titolo di compartecipazione Iva e sempre meno dalla capacità fiscale delle regioni; le entrate da ticket per la specialistica ambulatoriale sono aumentate al centro nord e si sono ridotte a sud, dove ha prevalso l'effetto sostituzione verso i privati a causa del *superticket*. Nonostante il riavvio dei rinnovi contrattuali, la spesa per il personale è ancora inferiore a quella registrata nel 2010 con perdite significative nelle regioni in piano di rientro; l'innovazione tecnologica di farmaci e dispositivi medici è sempre più causa di forti tensioni per il controllo della spesa, malgrado gli sforzi della *spending review* per il contenimento dei prezzi dei beni e servizi acquistati sul mercato³; nondimeno, a fronte di una forte contrazione dell'offerta ospedaliera pubblica, le

² In Lombardia, la sub ottimizzazione nell'allocazione delle risorse (con l'ospedale ipertrofico a scapito del resto del Ssr) ha fatto sì che il peso dell'epidemia si riversasse inevitabilmente sull'assistenza ospedaliera, dove in assenza di cura e di preparedness si verificano gli altrettanto inevitabili eventi di super-diffusione aggravati dalla mancata protezione delle fasce anziane che genera un circolo vizioso gravando sull'ospedale con numerosi casi di malattia severa.

³ La crescita più contenuta degli acquisti di beni e servizi per il 2019 beneficia della liquidazione dei contenzioni *payback* 2013-2017 portati in detrazione dalla spesa per i farmaci (7).

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	A 10-14	A 15-19
Previsione tendenziale DEF (anno di rif)	114.962	114.836	114.497	111.108	111.474	111.289	113.376	114.138	115.818	118.061		
Risultati DEF 2020	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	110.014	110.977	112.185	113.869	115.448		
<i>Variazioni annue</i>		-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	-0,9%	0,9%	1,1%	1,5%	1,4%	-0,5%	0,8%
% Pil	7,0%	6,8%	6,8%	6,8%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,5%		
Risparmi di spesa	1.831	2.581	4.036	1.494	0.513	1.275	2.399	1.953	1.949	2.613		
Finanziamento SSN	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.405	114.474		
<i>Variazioni annue</i>		1,4%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%	0,9%	1,1%	0,8%
% Pil	6,5%	6,5%	6,6%	6,6%	6,8%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,4%		
Spesa corrente primaria al netto della sanità	554.919	557.629	564.730	577.359	583.636	587.479	599.281	602.365	619.863	633.893		
<i>Variazioni annue</i>		0,5%	1,3%	2,2%	1,1%	0,7%	2,0%	0,5%	2,9%	2,3%	1,3%	1,7%
% Pil	34,4%	33,8%	34,8%	35,8%	35,9%	35,5%	35,3%	34,7%	35,1%	35,5%		
PIL (DEF2020)	1.611.279	1.648.756	1.624.359	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.766.168	1.787.664		
<i>Variazioni annue</i>		2,3%	-1,5%	-0,7%	0,9%	1,7%	2,4%	2,4%	1,7%	1,2%	0,3%	1,9%

Tab.1 - Risultati di finanza sanitaria nei DEF 2010-2020 (mdl di euro)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RICAVI	111.234	113.795	116.674	115.547	116.926	116.271	117.917	119.912	121.727	122.692
di cui finanziamento (1)	109.135	111.548	114.547	113.233	114.484	113.909	115.628	117.524	118.964	120.210
Regioni	110.671	113.154	116.027	114.955	116.293	115.618	117.264	119.259	121.074	122.063
di cui finanziamento (1)	108.573	110.907	113.900	112.641	113.851	113.256	114.975	116.871	118.311	119.581
IRAP add IRPEF	36.874	38.134	39.902	37.466	35.575	30.190	30.649	29.322	29.462	30.438
FSN - Iva e accise	53.498	53.803	52.969	54.145	56.875	63.031	63.786	65.458	66.089	66.139
Riparto quota premiale 0,30% - quota riequilibrio				430	1.924	274	278	281	284	286
FSN - Quote vincolate	4.212	4.002	4.004	4.207	4.336	4.433	4.564	5.469	5.643	5.550
Ulteriori trasf. da pubblico e privato	10.995	10.752	12.176	11.531	10.739	10.720	11.039	11.499	11.727	12.048
Entrate proprie	2.994	3.115	3.302	3.225	3.123	3.088	3.089	3.046	3.279	3.339
Ricavi intramania	1.158	1.158	1.124	1.056	1.047	1.021	1.025	1.002	1.031	1.039
Ricavi straordinari	941	1.088	1.002	1.203	1.325	1.313	1.231	1.350	1.475	1.088
Costi capitalizzati		1.101	1.487	1.559	1.732	1.801	1.864	1.911	1.976	1.990
Rivalutazioni				1	2	2	5	6	2	1
Rettifiche e utilizzo fondi			59	130	-386	-255	-266	-82	107	144
<i>Altre rettifiche ricavi (1)</i>				53	68	27	29	31	256	354
<i>Altri enti</i>	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630
COSTI	113.428	115.057	116.091	115.214	116.701	116.940	118.193	120.066	121.837	122.754
di cui Spesa (2)	111.330	112.811	113.964	112.900	114.259	114.578	115.904	117.678	119.074	120.272
Regioni	112.866	114.416	115.444	114.622	116.069	116.287	117.540	119.413	121.184	122.125
di cui Spesa (2)	110.767	112.170	113.317	112.308	113.626	113.925	115.251	117.025	118.421	119.643
<i>Servizi a gestione diretta</i>	71.686	74.156	75.890	75.126	76.534	76.581	77.669	79.697	81.118	81.351
Personale	36.674	36.101	35.585	35.090	34.779	34.608	34.330	34.296	34.802	35.206
Beni e servizi	33.103	34.423	35.620	35.717	37.342	37.950	39.234	41.433	42.527	42.390
Costi intramania	1.100	1.080	929	847	837	801	799	781	795	788
Costi straordinari e var. rimanenze	809	999	1.053	825	928	661	777	705	523	564
Ammortamenti		1.553	2.559	2.502	2.528	2.452	2.392	2.378	2.392	2.379
Svalutazioni			145	146	121	110	138	103	80	24
<i>Assistenza in convenzione</i>	40.984	40.058	39.352	39.263	39.301	39.462	39.641	39.476	39.829	40.517
Medicina generale	6.541	6.626	6.647	6.609	6.614	6.619	6.633	6.637	6.642	6.640
Farmacutica	10.913	9.862	8.891	8.616	8.390	8.235	8.100	7.592	7.553	7.554
Ospedaliera	8.849	8.641	8.525	8.538	8.712	8.757	8.697	8.710	8.804	9.100
Specialistica	4.504	4.668	4.755	4.679	4.572	4.553	4.622	4.702	4.792	4.887
Altra assistenza (3)	10.177	10.261	10.533	10.821	11.013	11.298	11.590	11.835	12.039	12.336
<i>Rettifiche costi (2)</i>				157	140	41	42	44	344	450
<i>Mobilità vs B. Gesù</i>	161	167	166	193	195	206	192	192	192	217
<i>Mobilità vs Smom</i>	35	35	36	39	40	37	37	49	44	40
<i>Saldo Mobilità internazionale (2)</i>				105	72	14	13	14	89	97
<i>Altri enti</i>	563	641	647	592	633	653	653	653	653	630
DISAVANZO/AVANZO (presunto)	-2.194	-1.262	583	333	224	-669	-276	-154	-110	-62
PIL	1.611.279	1.648.756	1.624.359	1.612.751	1.627.406	1.655.355	1.695.787	1.736.593	1.766.168	1.787.664
<i>Inc. % finanziamento sul PIL</i>	6,77	6,77	7,05	7,02	7,03	6,88	6,82	6,77	6,74	6,72
<i>Inc. % spesa sul PIL</i>	6,91	6,84	7,02	7,00	7,02	6,92	6,83	6,78	6,74	6,73
<i>Inc. % disavanzo sul PIL</i>	0,14	0,08	-0,04	-0,02	-0,01	0,04	0,02	0,01	0,01	0,00

Tab.2 - Gestione del SSN. Anni 2010-19 (mdl di euro)

Fonte: Ns. elaborazioni su conti economici del Ministero della Salute aggiornati al 25 maggio 2020

- (1) Il Finanziamentodel SSN non ricomprende i ricavi della gestione straordinaria, dell'intramoenia, le rivalutazioni e le altre rettifiche dei ricavi;
- (2) La spesa del SSN sconta dai costi delle sole funzioni assistenziali con i saldi della gestione straordinaria, dell'intramoenia, delle rival/ svalut e delle rettifiche dei costi e aggiunge il saldo della mobilità internazionale;
- (3) Include riabilitativa e integrativa;

componenti più dinamiche della spesa sono associate alle prestazioni fornite dai privati accreditati (specialistica, riabilitativa, integrativa, lungodegenza, Rsa etc.).

D'altra parte, le politiche per riassorbire gli squilibri e contenere i deficit (con tagli alla spesa e penalizzazioni sulla leva fiscale locale) hanno fatto emergere criticità crescenti sulla qualità delle cure tra le diverse aree del Paese. Nel merito del complesso sistema di monitoraggio centrale, mentre le regioni in piano di rientro sono sottoposte ad un controllo puntuale sui vincoli alla ri-programmazione della rete dei servizi offerti, ciò non vale per regioni in equilibrio economico finanziario, libere di strutturare l'allocazione delle risorse come meglio credono sul proprio territorio di competenza (8). Si tratta di una grave carenza nelle regole concertate della leale collaborazione tra lo Stato e le regioni per un servizio sanitario che ha la pretesa di definirsi nazionale, ma che in realtà ha accentuato le differenze del regionalismo che da sempre lo caratterizzano.

La XVIII legislatura si è aperta inserendo nell'agenda politica una lunga lista di priorità (9-10), cumulate a causa della reiterata politica del rinvio sul "che fare": dalle mancate valutazioni costo-efficacia nella governance farmaceutica, all'appropriatezza dei percorsi di cura nella gestione delle liste di attesa; dalla battaglia ormai storica per l'eliminazione del *superticket* fino alle necessità di monitorare con trasparenza i fondi integrativi favoriti fiscalmente; dalla riorganizzazione dei piani di rientro regionali per la tutela dei Lea alla mancata attivazione di quelli aziendali; senza tralasciare in generale la riduzione degli investimenti per la messa in sicurezza del patrimonio edilizio e per il rinnovo del parco tecnologico.

Tra i numerosi problemi da affrontare, in cima alla classifica si colloca però la (ritardata) approvazione della metodologia per la determinazione dei fabbisogni ospedalieri e l'avvio di quella per il fabbisogno dei servizi territoriali, in un SSN dove progressivamente sono peggiorate le condizioni di lavoro in termini di orari, remunerazione, *burn-out*, contenziosi legali. Dal 2010 al 2017 il SSN, in particolare nelle regioni in piano di rientro, ha perso oltre 45 mila posti di lavoro, inclusivi di oltre 19 mila unità tra medici e infermieri⁴, mentre le nuove assunzioni stanno procedendo per sanatorie o con procedure di emergenza senza una reale programmazione dei bisogni. Al riguardo, per garantire continuità ai servizi, il nuovo Patto 2019-22 prevede di allentare i tetti per le assunzioni, ammettere l'utilizzo temporaneo delle graduatorie esistenti per i concorsi già svolti, di concedere agli specializzandi al terzo anno la partecipazione ai nuovi concorsi, estendere la permanenza volontaria in servizio della dirigenza fino ai 70 anni.

Collegata ai fabbisogni del personale sta la necessità di ridefinire l'offerta formativa, incrementare le borse per gli specializzandi e riorganizzare i percorsi per i medici di medi-

⁴ Le differenze tra l'annuario statistico del 2017 e quello del 2010 indicano 45.552 unità, di cui 42.261 dipendenti del Ssn (inclusivi di 6.348 medici e 10.373 infermieri in meno, solo parzialmente compensati da personale precario), e 2.661 tra medici di base, pediatri di libera scelta e guardie mediche.

cina generale (mancanti di una specializzazione che altrove esiste), come riaffermato nel nuovo Patto.

La drastica cura dei posti letto⁵, accelerata con il D.M. 70/15, ne ha tagliati dal 2010 al 2018 oltre 32.700 (di cui oltre 24 mila in degenza ordinaria): una riduzione del 16% dei posti letto pubblici e del 6% di quelli privati. Con una numerosità inferiore alla media OCSE⁶, il costo medio per posto letto in Italia risulta essere abbastanza elevato (11) seppure presenta un maggior mix di complessità (12).

La grande operazione di deospedalizzazione e la recente ridefinizione dei percorsi nei nuovi Lea, spostando sul *day hospital e day surgery* molte prestazioni precedentemente erogate in degenza ordinaria⁷, sono state finalizzate a risparmiare risorse da investire nel rafforzamento dell'assistenza territoriale, quale percorso più appropriato e sostenibile per la gestione integrata⁸ delle cronicità associate alla transizione epidemiologica. Il contesto si è invece caratterizzato per le politiche di austerità⁹ fatte ricadere sulla spesa sanitaria pubblica per il rispetto del vincolo esterno di bilancio. In un difficile equilibrio tra la richiesta di risparmi immediati e gli sforzi per contenere la spesa, la stessa prospettiva della riorganizzazione delle cure territoriali in senso sostenibile è stata compromessa, a fronte di un mercato che ha continuato ad occupare sempre maggior spazio tra la scarsità delle risorse disponibili (13).

L'assenza del territorio (e l'abbandono della cultura dei distretti che aveva caratterizzato la sanità italiana prima delle riforme in senso aziendalista) insieme all'intasamento dei servizi di emergenza (si direbbe ordinariamente nelle fasi invernali) hanno rappresentato il vero tallone di Achille del nostro SSN, là dove la crisi pandemica è stata affrontata prevalentemente negli ospedali divenuti luoghi di diffusione di virus. Il prezzo pagato in termini di vite umane è tra i più elevati al mondo e ancor più gravi sono i costi e le responsabilità ultradecennali nell'aver disinvestito sulla prevenzione lasciando i nostri operatori sanitari a mani nude nella lotta contro un nemico non propriamente inatteso.

3. Cambio di governo e manovra di bilancio

Tra le danze della calda estate del 2019 si è consumata definitivamente la crisi del primo governo della XVIII legislatura.

⁵ L'Italia ha 3,2 pl x 1000 ab contro 8 pl in Germania, 6 pl in Francia, 3 pl in Spagna, 2,5 pl in Uk (6).

⁶ Opendata del Ministero della Salute: <http://www.dati.salute.gov.it/dati/homeDataset.jsp>

⁷ Il nuovo nomenclatore tariffario delle prestazioni specialistiche, di cui è pronto da tempo il d.m., non è ancora stato approvato. In sua assenza i nuovi Lea non entrano a regime in tutte le regioni.

⁸ Gli indicatori dell'Adi sono migliorati ma presentano forti disomogeneità: solo Veneto, Emilia e Toscana riescono ad assistere 1 anziano su 10; d'altra parte sono cresciute a ritmi sostenuti le Rsa (+18% nel periodo 2010-2017), fortemente concentrate nel nord [Annuario statistico del Ssn - anni 2010 e 2017].

⁹ Il concorso al riequilibrio della finanza pubblica delle regioni è stato principalmente caricato sulla sanità (nelle Rsa per il 2020 vale 7 mld su 8,7 mld).

Con il cambio di maggioranza, tra i precari vincoli della nuova manovra di bilancio, il dicastero della salute conferma le risorse promesse nella precedente manovra (9): +2 mld per il 2020 e +3,5 mld per il 2021 rispetto al livello del 2019 (114,5 mld). La sottoscrizione del Patto per la salute 2019-2020 è avvenuta il 18 dicembre 2019, concedendo il via libera allo svincolo degli incrementi del FSN.

Nel nuovo Patto è stata reinserita la lunga lista delle priorità che la politica del rinvio ha lasciato indietro per scarsità di risorse. Per i LEA, oltre alla (ancora mancante) approvazione dei nuovi tariffari, l'attenzione cade sui percorsi di miglioramento della qualità delle prestazioni da monitorare attraverso il Nuovo sistema di garanzia¹⁰, rafforzando il ruolo centrale del Comitato LEA nel rilevare le criticità all'interno delle macro-aree e impegnando le regioni a correggerle entro le compatibilità economico-finanziarie e la sostenibilità del sistema. Da qui la sottoscrizione di piani di potenziamento dei LEA con percorsi simili a quelli dei piani di rientro dal deficit¹¹ e le cui inadempienze conducono fino al commissariamento. Strettamente connessa alla sostenibilità del sistema è la riorganizzazione dell'assistenza territoriale integrando attività di prevenzione e presa in carico della cronicità.

Ci sono poi tra le 17 schede del nuovo Patto: il riesame del D.M. 70/15 per la riconfigurazione degli ospedali nelle piccole regioni; la riforma delle agenzie nazionali AIFA e AGENAS e dell'ISS, per eliminare la sovrapposizione di funzioni; gli investimenti¹², inseguendo la semplificazione dell'iter amministrativo per la conclusione degli accordi di programma; i fondi sanitari integrativi, su cui è necessario potenziare la vigilanza e ricercare la trasparenza. La lista della riorganizzazione dei flussi informativi è lunga: per la correzione della mobilità sud-nord determinata da carenze organizzative (di qualità e quantità) nell'offerta delle prestazioni sanitarie regionali; per i modelli previsionali della salute della popolazione; per i dispositivi medici impiantabili; per la valutazione dell'appropriato ricorso agli erogatori privati. Addirittura, il nuovo Patto nella sezione prevenzione re-inserisce la "salute in tutte le politiche" considerando anche le tematiche ambientali (ma senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica).

Tra gli elenchi e i rinvii la manovra di bilancio 2020 si porta intanto a casa dal 1° settembre 2020 l'abolizione del superticket sulle prestazioni specialistiche (i 10 euro della l.

¹⁰ Approvato con il d.m. 12 marzo 2019 è in vigore dal 2020.

¹¹ Nel merito, il Patto per la salute introduce un meccanismo di allerta che scatta qualora il disavanzo superi il 3% del finanziamento ordinario.

¹² La ricognizione del Ministero della salute sullo stato del patrimonio sanitario pubblico fatta nel 2018 e inserita nel nuovo Patto, ha stimato il nuovo fabbisogno per interventi infrastrutturali in 32,1 mld (di cui 12,4 per la messa in sicurezza antisismica), e il fabbisogno per ammodernamento tecnologico in 1,5 mld (di cui 1,1 mld per macchinari obsoleti da sostituire)(6). La legge di bilancio 2020 ha rifinanziato per il periodo 2022-2032 gli investimenti per il patrimonio edilizio e tecnologico con ulteriori 2 mld, facendo arrivare a 30 mld le somme complessivamente finanziate ex art. 20 l. 67/88.

296/06 o equivalentemente le misure alternative adottate dalle regioni), facendo incrementare il FSN di ulteriori 185 mln nel 2020 e 554 mln a decorrere dal 2021. Giunge così a termine la lunga battaglia contro la geografia variabile della compartecipazione alla spesa e lo spiazzamento dei servizi pubblici da parte del mercato privato, in attesa della sempre rinviata revisione complessiva del sistema in base al costo della prestazione e al reddito familiare equivalente, alla ricerca di una maggiore equità¹³.

Sul piano delle risorse capitali, con l'obiettivo di internalizzare negli ambulatori dei medici base alcune prestazioni sanitarie per la gestione delle cronicità e ridurre la pressione sulle liste di attesa, sono stati finalizzati tra le risorse capitali 235,8 mln per l'acquisto da parte del Ssn di attrezzature per lo svolgimento della telemedicina.

Diverse le disposizioni previste dal nuovo Patto per la salute che impattano sulle risorse già disponibili a legislazione vigente: la formazione degli specializzandi; l'estensione della sperimentazione della farmacia dei servizi in 9 regioni¹⁴; il differimento dei termini a fine 2022 per la stabilizzazione dei precari prevista dal d.lgs. 75/17.

Infine, il d.l. fiscale 124/19 che accompagna la legge di bilancio, è intervenuto per la sanità nuovamente sullo sblocco del personale elevando, nel triennio 2019-2021, l'incremento annuo della spesa del personale dal 5%¹⁵ al 10% sempre entro il limite dell'incremento regionale del Fsn, con un'ulteriore flessibilità del 5% dietro valutazione dei bisogni da parte del Mef in caso di riduzione strutturale dei servizi esternalizzati. Ha inoltre abrogato la misura della *spending review* del 2012 che aveva obbligato ad inserire nei contratti per gli acquisti delle prestazioni specialistiche e ospedaliere da privati accreditati una riduzione del 2% rispetto alla spesa del 2011¹⁶. Misure queste che ricadono in termini di copertura sugli incrementi complessivi del Fsn a legislazione vigente.

4. L'insostenibile incertezza dell'economia e della finanza pubblica

Le aspettative razionali del mondo dell'economia e della finanza sono esplose e l'incertezza, che attraversa ordinariamente il mondo della salute, con la potenza di un virus travolge gli scenari delle previsioni macroeconomiche: il 2020 sarà l'anno della più grande

¹³ La legge di bilancio 2020 ha escluso dalla detraibilità delle spese fiscali al 19% totalmente i contribuenti con redditi superiori a 240 mila euro e parzialmente quelli con redditi compresi tra i 120 e 240 mila euro. Oltre due terzi delle spese detraibili sono riferibili alle spese sanitarie (16,7 mld su 23,5 mld di spesa intermediata per un ammontare di detrazioni di 3 mld). L'esclusione totale e parziale interessa lo 0,7% dei contribuenti e il recupero di imposta ammonterebbe a 63,8 mln (14).

¹⁴ La farmacia dei servizi di comunità è stata introdotta dalla legge di bilancio del 2018: le nuove disposizioni per il 2020 aggiungono un servizio di collaborazione tra Mmg e farmacisti per l'accesso personalizzato ai farmaci dei pazienti cronici.

¹⁵ Il decreto Calabria (d.l. 35/19) ha sbloccato il turnover introducendo il nuovo vincolo di spesa entro il 5% annuo dell'incremento regionale del Fsn.

¹⁶ La spesa del 2011 resta l'unico parametro di riferimento.

31-gen-20	Il governo dichiara lo stato di emergenza
23-feb-20	Il d.l. 6/20 chiude i primi comuni lombardi e veneti interessati dai focolai con la sospensione di tutte le attività produttive ad eccezione di quelle dichiarate di prima necessità
01-mar-20	Dal 1 marzo la zona rossa viene estesa e vengono prese le prime misure di contenimento e restrizione della mobilità su tutto il territorio nazionale.
02-mar-20	Il d.l. 9/20 attiva le prime misure di sostegno del reddito.
04-mar-20	Il 4 marzo si decreta la sospensione dell'attività didattica in scuole e università fino al 15 marzo.
08-mar-20	L'8 marzo in tutta la Lombardia e altre 14 province di Veneto, Emilia Romagna, Piemonte e Marche sono vietati gli spostamenti interregionali in entrata e uscita, annullati gli eventi pubblici, limitati orari di apertura di bar e ristoranti, viene prolungata la chiusura di scuole e università.
09-mar-20	Il 9 Marzo la chiusura è totale su tutto il territorio nazionale, vietando ogni forma di assembramento in luoghi pubblici o aperti al pubblico; lo stesso giorno il d.l. 14/20 introduce le misure di potenziamento del Ssn.
11-mar-20	L'11 marzo vengono dettagliate le attività di prima necessità non soggette al lockdown.
17-mar-20	Il 17 marzo è la volta del d.l. 18/20 cura Italia che assorbe i precedenti decreti 9 e 14 e potenzia ulteriormente il SSN.
22-mar-20	dal 22 marzo sospende l'intera catena produttiva; le restrizioni sono via via crescenti, si attivano le task force di medici e infermieri provenienti da tutta Italia per le zone critiche. A più riprese si proroga il lockdown: dapprima al 3 aprile; poi al 13 aprile; e successivamente al 3 maggio
04-mag-20	Inizio fase 2
03-giù-20	Inizio fase 3

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

Tab. 3 - Principali decreti del lockdown

recessione globale dai tempi del 1929, ad annunciarlo è il FMI¹⁷. Il nemico inatteso inaugura il nuovo anno bloccando la catena del valore globale dei flussi reali dell'economia che dalla Cina si diramano in ogni angolo del mondo. Arriva dalla provincia dell'Huabei, è veloce, viaggia in *business class*, fa scalo come prima tappa in Europa, e pian piano si diffonde nel lodigiano fino ad essere identificato a Codogno, nel cuore produttivo e urbanizzato del nostro paese.

Il 31 gennaio il governo italiano attivando lo stato di emergenza per 6 mesi¹⁸, stanziando i primi fondi urgenti per i controlli aeroportuali e istituisce presso il Ministero della salute la *task force* per le azioni di controllo e rispondenza alle raccomandazioni dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms). A febbraio la diffusione della Sars-CoV2 nel territorio italiano è già in stato avanzato. Il caos sul "che fare?" a partire dai primi argini ai focolai regna tra le autonomie regionali.

La tanto decantata eccellente sanità lombarda, tutta costruita su aziende ospedaliere pubbliche e private in competizione tra loro¹⁹, sprovvista di un sistema efficace di cure primarie e incapace di costruire tempestivamente percorsi puliti in ambiente ospedaliero,

¹⁷ Il World Economic Outlook del Fmi stima tra i 4 e gli 8 punti percentuali. Nelle previsioni di primavera La Ce stima una contrazione del 7,5% per l'Europa.

¹⁸ Il 23 gennaio il governo cinese ordina il lockdown di Wuhan.

¹⁹ Sin dalla riforma Amato-De Lorenzo la metà delle Ao italiane è concentrata in Lombardia (27 su 54). Dal 2015 la regione sta sperimentando la riforma della L.R. 23/2015 che ha riorganizzato le 15 ex Asl in 8 Ats (Agenzie di tutela della salute in seno alla regione) con funzioni di programmazione, separate dalle 27 Asst (ex Aziende ospedaliere) con funzioni gestionali. In sostanza i distretti sono stati incorporati nelle ex Ao. Il ritardo nella definizione delle Ats ha comportato la ridefinizione degli equilibri all'interno delle Asst a svantaggio dei distretti che sono divenuti enormi e hanno perso la funzione di coordinamento dei servizi (15-16).

diventa il principale canale di trasmissione dell'epidemia.

Il governo italiano, consapevole dei punti deboli del nostro Ssn (depauperato nel tempo dalle risorse, fortemente differenziato da regione a regione, invaso dagli interessi di mercato e impreparato a gestire una pandemia), si è subito allineato al modello cinese con il *lockdown* in tutto il territorio nazionale anticipando di 2 giorni l'Oms che l'11 marzo ha dichiarato ufficialmente lo stato di pandemia Covid-19 (tab.3).

La governance dell'epidemia, espressione massima dei fallimenti di mercato, viene fatta rientrare nella gestione dell'economia del comune e le esternalità positive prodotte dal distanziamento sociale rappresentano per il nostro precario Ssn, diffusamente debole nell'organizzazione di percorsi puliti territoriali e ospedalieri, l'unica arma capace di produrre sufficienti effetti esterni per massimizzare i benefici sociali cercando al contempo di minimizzare le perdite in termini di vite umane e ricoveri ospedalieri. Da qui la responsabilità di affrontare l'epidemia nell'assetto coercitivo della salute pubblica assunta come interesse collettivo superiore, travalicando i confini della corrispondenza fiscale sia all'interno del nostro paese (perdono di senso misure di governance autonoma delle regioni), sia al di fuori dei confini nazionali (dove diventa prioritario fare i conti con gli enormi costi economici causati dallo shock sulla domanda e sulla produzione).

Alla ricerca della stabilizzazione dei mercati, in linea con le azioni delle principali autorità di governo dell'economia e della finanza globale, il braccio monetario dell'Europa ripercorre il sentiero del *whatever it takes* del precedente governatore della Banca centrale europea (Bce) immettendo liquidità nel sistema per 1.300 mld²⁰. Ma la potenza del virus è tale da smuovere nella governance europea anche il braccio fiscale (da sempre mancante) per il sostegno della domanda e della produzione (18). Su proposta della Commissione Europea (Ce) il 23 marzo ECOFIN autorizza il ricorso alla *General Escape Clause Covid-19* che sospende il Patto di stabilità e crescita per i paesi membri, permettendo ai paesi di indebitarsi. Lo stato di eccezionalità apre dunque a nuovi scenari di politica fiscale comune: il cannone di fuoco della Ce per il sostegno al reddito degli individui, l'immissione di liquidità per le imprese e la protezione dei sistemi sanitari può disporre di altrettante risorse²¹.

²⁰ Al Quantitative Easing a legislazione vigente vengono aggiunti 750 mld di acquisti titoli prevalentemente pubblici per il Pandemic Emergency Purchase Programme (PEPP). Il nuovo programma introduce una certa flessibilità negli acquisti dei titoli dei paesi membri da parte della Bce derogando alla regola della partecipazione delle banche centrali al capitale della Bce. Gli acquisti dei titoli di Stato italiani da parte della Bce potrebbero arrivare a coprire oltre il 40% delle nostre emissioni (fino a 223 mld su 550 mld previsti) (17).

²¹ Il braccio fiscale poggia su tre principali programmi vigenti (Sure, Bei e Mes) e uno in prospettiva: il futuro programma di investimenti Recovery Fund all'interno del bilancio pluriennale europeo 2021-2027, di proposta francese ma fortemente supportato dall'Italia e dalla Spagna a sostegno delle aree geografiche maggiormente colpite dalla crisi. Il Sure (Support to mitigate unemployment risks in emergency) conta 100 mld a sostegno dei redditi dei lavoratori; la Bei (Banca europea degli investi-

Tra le risorse immediatamente messe sul piatto dalla Ce per la gestione dei piani di emergenza dei sistemi sanitari riportate nel Def (5) ci sono: 2,7 mld di aiuti sanitari a supporto all'emergenza; 300 mln sono riservati al meccanismo di protezione civile europea per acquisti diretti di attrezzature mediche e sostegno agli ospedali da campo. Il *Coronavirus Response Investment Initiative* (CRII e CRII+) rende subito flessibili i fondi di coesione e sviluppo e abbuona gli 8 mld non spesi per coprire tutti i costi sanitari sostenuti dal 1 febbraio 2020 per fronteggiare la pandemia²². Estendendo l'ambito di applicazione delle grandi calamità naturali alle principali emergenze in materia di salute pubblica, all'Italia vengono riservati 800 mln dal fondo di solidarietà dell'Ue e 50 mln di aiuti di Stato per la produzione e fornitura di dispositivi medici e di protezione individuale. Ci sono poi i fondi di cui l'Ue dispone per la ricerca dei vaccini e le infrastrutture di emergenza²³.

Ormai dai rubinetti scorrono risorse e per la prima volta un arido documento di programmazione economica e di finanza pubblica quale è il Def si apre ponendo al centro la tutela della salute e delle persone fragili. Il nuovo e mutante coronavirus ha radicalmente modificato il quadro delle tendenze. Nel solco dell'incertezza il Def 2020, seguendo le linee guida europee (20), limita il suo orizzonte di stima a due anni con tanto di beneficio di inventario e senza scenario di programmazione. La congiuntura negativa nell'anno del Covid-19 si aggira tra l'8 e il 10% del Pil, il rimbalzo positivo nel 2021 tra il 4,7 e il 3,7%: una varianza che si innesta su quell'economia stagnante che dalla crisi del 2009 ad oggi ha viaggiato intorno allo zero. L'apertura dei rubinetti da parte dell'Europa è stata anticipata dall'Italia, con la prima autorizzazione del Parlamento del 5 marzo a deviare dai saldi di finanza pubblica per l'emergenza sanitaria. L'impatto dei primi provvedimenti (cura Italia, liquidità e rilancio)²⁴, dopo le rassicurazioni dell'UE²⁵, porta l'indebitamento

menti) aggiunge 25 mld ai 40 mld già disponibili per attivare finanziamenti fino a 200 mld a favore delle piccole e medie imprese; Il Mes (Meccanismo Europeo di Stabilità) dispone 240 mld di risorse riservate a titolo di Pandemic Crisis Support per il sostegno dei costi diretti e indiretti dell'emergenza sanitaria senza condizioni (di cui 36 mld di capienza massima per l'Italia); infine sul Recovery Fund saranno allocati 750 mld di eurobonds per il rilancio dell'economia e degli investimenti dei paesi maggiormente colpiti dallo shock (5, 19).

²² Il programma CRII è alimentato dai fondi di coesione e sviluppo: la Ce rinuncia a 8 mld di quote non spese per integrare i 29 mld di finanziamenti strutturali su cui si applica flessibilità nell'utilizzo. Nel periodo 2020-21 il cofinanziamento della Ce può arrivare al 100% per programmi connessi alla crisi.

²³ 48,5 mln per Horizon; 90 mln per l'Iniziativa innovazione medica con l'industria farmaceutica, 80 mln per lo sviluppo di vaccini; 5 mld di fondi Bei destinati agli investimenti in sanità per le infrastrutture di emergenza e sviluppo vaccini.

²⁴ I tre provvedimenti caricano sull'indebitamento netto 75,3 mld nel 2020 e 26,1 mld per il 2021 (di cui 19,8 per la disattivazione delle clausole di salvaguardia); in arrivo è il nuovo decreto semplificazione.

²⁵ I provvedimenti adottati per rispondere all'emergenza Covid-19 rientrano nell'ambito di applicazione della clausola generale di salvaguardia (General Escape Clause Covid-19), e poiché difficilmente quantificabili ex-ante, sono pienamente flessibili (cioè è possibile deviare dai saldi strutturali di bilancio secondo esigenze).

al 10,4% del Pil nell'anno del Covid-19 e al 5,7% per il 2021; il debito pubblico è previsto crescere rispettivamente al 155,7% (21 pp di Pil) e al 152,7%²⁶.

Per il biennio le previsioni di spesa sanitaria contenute nel Def stimano rispettivamente 119,6 e 121,1 mld e scontano, oltre alla legislazione vigente, i costi sanitari associati ai decreti d'urgenza cura Italia e liquidità ma non le nuove spese allocate nel decreto rilancio. Il futuro sentiero di rientro dai debiti non troverà posto nello spazio governato dall'incertezza dove potenziali politiche restrittive fiscali sarebbero solo controproducenti: la fase a breve richiede politiche di stabilizzazione socio-economica, ma nel medio-lungo termine saranno necessari investimenti pubblici per non morire di austerità.

Nel pacchetto di primavera la Ce (20) ci raccomanda più sostegno alla resilienza del Ssn assumendo personale ed investendo in infrastrutture essenziali per affrontare la presente e le future epidemie. Possiamo spendere fino a 36 mld dal Mes: sul "che fare?" abbiamo già discusso, il Ssn ha bisogno di prevenzione prima ancora che di cure, di meno ospedale e più cure territoriali, di riformare i percorsi formativi dei medici di base, di assumere infermieri per l'assistenza domiciliare e di riorganizzare quella spesa residenziale nelle Rsa (21) che non può essere gestita in casermoni dove le fragilità diventano merce per il profitto.

5. Le risorse nella decretazione di emergenza sanitaria Covid-19

Le risorse per potenziare la capacità di risposta del sistema sanitario nell'emergenza Covid-19 sono racchiuse nei due decreti cura Italia e rilancio (tab. 4) (19).

Il d.l. 18/20, che assorbe il precedente d.l. 14/20 del 10 marzo, stanziava oltre 3 mld su due fondi: 1.650 mln sul Fondo per emergenze nazionali; 1.410 mln a rifinanziamento del Fsn²⁷.

Il Ssn ha bisogno prima di tutto di mani e 1.010 mln sono vincolati ad accrescere rapidamente le carenze di personale con nuovi incarichi di lavoro autonomo per la durata dell'emergenza o a tempo determinato fino ad un anno (660²⁸ mln già disposti sul d.l. 14/20 cui si aggiungono 100 mln con il d.l. 18/20), oltre che con le richieste di lavoro straordinario (250 mln). È un reclutamento di massa, da distribuire sul territorio o tra le corsie degli ospedali, escluso dai vincoli sulla spesa del personale, che coinvolge specializzandi, pensionati richiamati o pensionamenti rinviabili²⁹, ma anche medici appena

²⁶ Le previsioni più recenti della Commissione Europea nel biennio indicano per l'Italia -11,1% e +5,6% in termini di indebitamento; 158,9% e 153,6% per il debito pubblico.

²⁷ Il riparto delle disponibilità tra le regioni avviene per quota di accesso al Fsn 2019. Le regioni gestiscono le risorse nel centro di costo Covid-19, monitorato dal Mef e dal Ministero della salute.

²⁸ I primi 660 mln sono stati ripartiti subito con decreto del Ragioniere generale dello Stato il 10 marzo secondo esigenze.

²⁹ Il d.l. 162/19 (milleproroghe) ha previsto per i medici la permanenza in servizio anche oltre i 40 anni di anzianità e fino a 70 anni di età, in caso di carenza di medici e fino a nuove assunzioni.

	2020	2021	2022
Finanziamento FSN LB 2020(*)	116,659	118,528	
DL 18/20 cura Italia	1,850		
Incremento FSN	1,410		
ex dl 14/18 Incarichi straordinari	0,660		
di cui Ore specialstica ambulatoriale a TD	0,006		
di cui USCA	0,104		
Lavoro straordinario	0,250		
Nuovi incarichi (lavoro autonomo e cococo)	0,100		
Accordi contrattuali per acquisto prestazioni pubb e priv TI	0,240		
Avvalimento di strutture private	0,160		
Altre misure sanità Fondo emergenze et al.	0,440		
Aree e strutture temporanee	0,050		
Produzione DPI	0,050		
Ossigenoterapia	0,005		
Impianti di ventilazione assistita	0,185		
Requisizioni di beni mobili e immobili	0,150		
DL 34/20 Rilancio	3,261	0,605	1,609
Incremento FSN	1,793	0,605	1,609
Assistenza territoriale FSN	1,257	1,246	1,246
ADI (di cui 265 mln per personale)	0,734	0,734	
USCA Infermieri	0,333	0,480	
FQA MMG per indennità personale inf	0,010		
USCA medici specialisti	0,061		
USCA Assistenti sociali	0,014		
Centrali operative (di cui 23,7 Personale)	0,073	0,033	
Requisizione immobili	0,033		
Contratti di specializzazione FSN	0,105	0,105	0,109
Assistenza ospedaliera FSN	0,431	0,372	0,372
Personale	0,431	0,347	
di cui mezzi trasporto	0,052	0,083	
di cui personale TI strutturale	0,189	0,237	
di cui rifinanziamento dl 18	0,190		
Manutenzione TI		0,025	
Assistenza ospedaliera Fondo emergenze	1,468		
Terapia intensiva	0,661	0,008	
Terapia subintensiva	0,601	0,010	
Separazione dei percorsi PS	0,193	0,007	
Mezzi soccorso	0,013	0,001	
Effetti su FSN dl 18 e dl 34	3,203	0,605	1,609
Finanziamento FSN	119,862	119,133	1,609
Scoperto FSN		1,118	0,118
<i>Per memoria</i>			
Fondo emergenze nazionali	3,150		
DL 18/20 Cura Italia	1,650		
DL 34/20 Rilancio	1,500		
<i>Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica</i>			
<i>(*) FSN rideterminato nel Patto della salute e inclusivo dell'abolizione del superticket;</i>			

Tab. 4 - Le risorse per il SSN nella decretazione di emergenza sanitaria

laureati senza adeguata formazione³⁰ o medici stranieri con titoli non ancora riconosciuti, personale delle professioni sanitarie e operatori socio-sanitari. Tra queste somme, 104 mln sono indirizzati all'organizzazione delle Usca (Unità speciali di continuità assistenziale, una ogni 50mila ab.) per la gestione domiciliare dei pazienti Covid-19³¹.

Le restanti risorse vincolate del Fsn servono a remunerare con 240 mln l'acquisto di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, oltre i tetti di spesa fissati nei contratti, o anche solamente autorizzate, con l'obiettivo di potenziare del 50% la capienza dei posti letto in terapia intensiva, e del 100% di quelli in pneumologia e malattie infettive, qualora ciò non sia possibile entro gli ospedali pubblici o entro i contratti già stipulati con le strutture private accreditate. Alla requisizione in uso di strutture sanitarie private per lo svolgimento in percorsi puliti ospedalieri di prestazioni pubbliche urgenti non rinviabili sono vincolati 160 mln. Molte regioni hanno accordato al privato percentuali dei Drg chirurgici eccessivamente elevate³² che vanno dall'80% (e.g. in Umbria) all'85% (e.g. in Emilia Romagna), suscitando non pochi malumori tra il personale del Ssn che effettivamente svolge gli interventi. Per tali ragioni il d.l. 34/20 ha successivamente vincolato le erogazioni alla sanità privata ai costi effettivamente sostenuti durante l'emergenza. La decretazione d'urgenza affida al Commissario straordinario per la gestione dell'emergenza e alla Protezione civile le competenze organizzative, anche utilizzando i fondi europei, per aumentare la capienza dei posti di terapia intensiva e sub-intensiva negli ospedali o per l'acquisto, la produzione o la requisizione di dispositivi medici, strumentazioni e strutture di urgente necessità. La gestione diretta dei fondi emergenziali in contabilità speciale³³ è stata vincolata: all'acquisto urgente di circa 5.000 impianti di ventilazione assistita (185 mln già nel d.l. 14/20); alla requisizione in uso o proprietà di presidi sanitari e medico chirurgici, beni mobili di ogni genere e strutture alberghiere per le quarantene (150 mln); alla fornitura di ossigenoterapia e ricarica dei relativi presidi portatili, coinvolgendo anche la farmacia dei servizi (5 mln); alle aree sanitarie temporanee e mobili all'interno o all'esterno di strutture sanitarie o di assistenza (con 50 mln di fondi per edilizia sanitaria ex art. 20 l. 67/88 non ancora ripartiti); alla produzione di dispositivi

³⁰ Il d.l. 18/20 ha reso abilitante la laurea in medicina e chirurgia.

³¹ Nelle Usca (già previste dal d.l. 14/20) sono stati assunti inizialmente medici di continuità assistenziale o frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale o, in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine. Il decreto rilancio ha allargato le figure professionali coinvolte nelle Usca includendo infermieri, medici specialisti e assistenti sociali.

³² Regione Umbria, Deliberazione della giunta regionale n.277 del 16/04/2020, Allegato 1.

³³ Gli acquisti di beni fatti in contabilità speciale derogano alla legislazione ordinaria del codice dei contratti pubblici. Per essi non si applicano i controlli interni di regolarità amministrativa e contabile, né il controllo della Corte dei conti, se non per dolo. Le caratteristiche dei beni acquistati possono anche essere non conformi ai parametri standard del Ssn qualora i benefici della rapidità superano i rischi della qualità.

medici e di protezione individuale, comprese le mascherine chirurgiche in deroga ai requisiti normalmente richiesti per l'autorizzazione (50 mln)³⁴.

Durante l'emergenza sono state rinviate o sospese le attività ambulatoriali e di ricovero non urgenti, anche in intramoenia; sono state adattate alle necessità le normative sul trattamento dei dati personali; è stata rafforzata la sanità militare³⁵; sono state introdotte, in mancanza di protocolli, misure semplificate per la sperimentazione clinica in uso terapeutico compassionevole dei farmaci. Tema quest'ultimo su cui è intervenuto anche il successivo d.l. 23/20, che ha inoltre ammesso l'uso delle attrezzature radiologiche nelle aree temporanee o presso il domicilio dei pazienti. Il decreto liquidità ha peraltro svincolato le risorse per i rinnovi degli accordi collettivi nazionali 2016-18 firmati nel luglio 2019 della medicina e specialistica convenzionata.

È invece con il decreto rilancio³⁶ (d.l. 34/20) che il quadro dei futuri percorsi puliti per non farsi trovare impreparati viene meglio articolato. Il Fsn viene rifinanziato con ulteriori 1.793 mln nel 2020³⁷, cui si aggiungono 1.467 mln sul Fondo per emergenze nazionali per il piano di riorganizzazione ospedaliera delle terapie intensive. Alcuni interventi sono resi strutturali anche per gli anni a seguire potenziando il fabbisogno degli specializzandi e le assunzioni nelle terapie intensive e per l'assistenza territoriale.

Il nuovo incremento del Fsn interessa in buona parte l'assistenza territoriale (1.257 mln). L'intervento maggiore va ai distretti per la tutela prioritaria delle fragilità e cronicità a domicilio con 734 mln a regime (inclusivi di 260 mln per nuove assunzioni tra cui gli infermieri di comunità), ampliando le prestazioni in Adi a favore di oltre 380 mila nuovi assistiti.

Limitatamente alla gestione dell'emergenza, invece, le regioni devono predisporre i piani di potenziamento della sorveglianza attiva territoriale per il tracciamento dei casi attivi

³⁴ I Dpi sono forniti in via prioritari a medici e operatori sanitari. La spesa è finanziata con 25 mln di fonti correnti e 25 mln di finanziamento europeo a fondo perduto. Per la gestione dei fondi il Commissario straordinario si avvale di Invitalia spa interamente posseduta dal Mef.

³⁵ Il d.l. 18/20 ha allocato 35 mln alla sanità militare per misure di biocontenimento (compresi ospedali da campo, acquisto e produzione di disinfettanti, sistemi di trasporto aereo e terrestre, e potenziamento dell'ospedale Celio di Roma); i due decreti cura Italia e rilancio hanno disposto nuove assunzioni di personale nella sanità militare complessivamente per 104 mln e 16 mln nel biennio 2020-21.

³⁶ Il decreto rilancio stanziava per le regioni due fondi: il Fondo per l'esercizio delle funzioni in materia di sanità, assistenza e istruzione (1,5 mld) e il Fondo di liquidità per il pagamento dei debiti commerciali maturati alla data del 31 dicembre 2019 dagli Enti territoriali (fino a 12 mld di cui 4 mld per il Ssn). Queste nuove anticipazioni di liquidità (dopo quelle del 2013-14) da restituire in rate trentennali rendono evidente che il problema dei ritardi nei pagamenti, benché migliorati, permane. Inoltre, il d.l. 34/20 eleva per gli anni 2019 e 2020 le anticipazioni per cassa nel riparto del Fsn - quota indistinta fino al 99% ovvero al 99,5% per le regioni adempienti nell'ultimo triennio - e d'altra parte le regioni devono garantire entro la fine del 2020 il trasferimento del 100% delle risorse alle aziende sanitarie.

³⁷ Il riparto avviene per quota di accesso al Fsn del 2020, e trattandosi sempre di risorse vincolate, confluisce nel centro di costo Covid-19.

e dei loro contatti, per la presa in carico dei pazienti in isolamento non ospedalizzati e per il monitoraggio delle RSA³⁸. Le regioni devono inoltre costituire reti di laboratori di microbiologia per aumentare prontamente la capacità produttiva di fare tamponi.

Le USCA con il decreto rilancio possono avvalersi di nuovi incarichi temporanei per tutto il 2020, a partire dal reclutamento di circa 9.600 infermieri³⁹ (8 infermieri ogni 50 mila ab. cui sono riservati 333 mln nel 2020), di medici specialisti convenzionati (61 mln) e assistenti sociali (14 mln per 600 unità). Per il 2021 sono invece previste assunzioni permanenti di personale infermieristico con una disponibilità di 480 mln. Alle centrali operative regionali che si occupano di coordinare tutti gli interventi sanitari e socio-sanitari con funzioni di raccordo dei servizi di urgenza-emergenza vanno 73 mln nel 2020 e 33 mln nel 2021. Infine, oltre le requisizioni di strutture alberghiere precedentemente disciplinate è possibile ricorrere ai più semplici contratti di locazione di appartamenti per l'isolamento e la sorveglianza dei contagiati che non possono permanere presso il proprio domicilio (32 mln).

Il d.l. 34/20 incrementa il Fsn per il fabbisogno di nuovi contratti di specializzazione con 105 mln per gli anni 2020-21 e 109,2 mln per il triennio successivo. Per effetto di questo ulteriore intervento le borse di studio dovrebbero arrivare a coprire circa 13.400 specializzandi⁴⁰. Vengono peraltro accantonati 20 mln annui dal 2021 tra le risorse a legislazione vigente del Fsn per incrementare le borse dei futuri Mmg.

Sempre a carico del Fsn sono le nuove spese per le assunzioni di personale (in particolare anestesisti) nelle terapie intensive e per i mezzi di soccorso con 241 mln nel 2020 e 347 mln a regime dal 2021. Cade sul Fsn del 2020 anche il rifinanziamento mln per gli straordinari (190 mln) e sul Fsn del 2021 la manutenzione delle strumentazioni di terapia intensiva e dei mezzi di trasporto sanitari (25 mln).

Il potenziamento dell'assistenza ospedaliera cui sono riservati 1.467 mln è invece a carico dei fondi emergenziali del Commissario straordinario trasferiti alle regioni solo a seguito dell'approvazione dei piani di riordino per affrontare in maniera flessibile e con una adeguata logistica possibili risalite della curva pandemica. Tali fondi coprono: l'incremento permanente di 3.500 pl di terapia intensiva (Ti)⁴¹ per garantire a regime 0,14 pl x 1.000 ab. (661 mln⁴²); la riqualificazione di 4.225 pl di terapia semi-intensiva, precedentemente classificati in area medica, di cui la metà facilmente riconvertibili in pl di Ti secondo necessità (601

³⁸ È prevista la predisposizione di linee guida per la prevenzione, monitoraggio e gestione dell'emergenza sanitaria nelle Rsa, garantendo la sicurezza di personale e ospiti.

³⁹ Il Fondo per la qualità dell'assistenza (quota variabile della retribuzione dei Mmg) è stato incrementato di 10 mln per finanziare l'indennità di personale infermieristico.

⁴⁰ Le borse ammontavano a 6934 nel 2018; poi incrementate a 8920 nel 2019; e a 9200 per il 2020.

⁴¹ Da notare che i pl di Ti sono aumentati da 4.659 nel 2010 a 5.184 nel 2018 (+505 pl); mentre si sono ridotti quelli di altre discipline e in particolare i pl di pneumologia (-444) e di malattie infettive (-636).

⁴² Comprendono 54 mln vincolati alle strutture di Ti movimentabili per un massimo di 300 pl.

mln); gli interventi strutturali nei pronto soccorso per la separazione dei percorsi di accesso dei pazienti potenzialmente contagiosi (193 mln); l'acquisto di nuovi mezzi di soccorso specificamente attrezzati per i pazienti contagiosi (13 mln). Per il 2021 il costo complessivo di tutti questi interventi sui fondi emergenziali si riduce a 25 mln.

In conclusione, il Ssn nell'anno del coronavirus è stato finora finanziato con 5,1 mld sommando gli interventi del Cura Italia al decreto rilancio. Per buona parte i nuovi interventi a regime restano scoperti in quanto i rifinanziamenti del Fsn per il prossimo biennio ammonteranno rispettivamente a 605 mln e 1.609 mln (per il 2022 il Fsn non è stato peraltro ancora ridefinito) e risultano inferiori ai costi programmati pari a 1,7 mld. Complessivamente si tratta di interventi flessibili e/o strutturali che possono garantire un miglioramento della qualità dei servizi. Tuttavia, in mancanza di future coperture, tali spese ricadranno sulle risorse a legislazione vigente confermate nella legge di bilancio per il 2020.

6. Dentro la pandemia le contraddizioni di sistema

Il 31 dicembre 2019 la sezione cinese dell'Oms è stata informata della presenza di strane polmoniti dall'eziologia sconosciuta (22). Il 9 gennaio 2020 l'Oms rende noto l'isolamento in Cina di un nuovo ceppo di coronavirus, classificato come Sars-CoV2, associato ad un focolaio di polmoniti nella città di Whuan. Il 30 gennaio il nuovo coronavirus viene dichiarato un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale, tale da richiedere una risposta coordinata tra tutti gli Stati, come previsto dal regolamento sanitario internazionale (23). Il 1 febbraio l'Oms sottolinea nel *situation report* n.12 (24) che in via prioritaria la trasmissione del virus avviene tramite contatti con casi sintomatici (e pauci-sintomatici), seppure si è a conoscenza della possibilità (molto rara e incerta) di trasmissione da parte di persone asintomatiche. Il 13 marzo l'Oms dichiara l'Europa l'epicentro della pandemia. Verso la fine di marzo l'epicentro si è già spostato oltreoceano, a New York.

Alla data in cui scriviamo siamo arrivati al 174° *situation report* dell'OMS e la curva pandemica continua a salire con quasi 13 mln di casi e 600 mila morti positivi al Covid-19⁴³: Stati Uniti, Brasile e India sono i paesi più colpiti⁴⁴(25). L'OMS, operando in condizioni di scarsità di risorse (aggravata dal definanziamento degli Usa), nella sua funzione di condivisione di tutte le informazioni possibili ad ogni stadio del Covid-19, raccomanda di rompere con ogni mezzo la catena di trasmissione: “*find, isolate, test and treat every case*” con azioni coordinate tra i paesi (26). Le risposte sono state tuttavia molto disparate⁴⁵,

⁴³ Comprendono 54 mln vincolati alle strutture di Tt movimentabili per un massimo di 300 pl.

⁴⁴ Le comparazioni internazionali sui livelli di letalità devono essere interpretate con cautela considerando le differenze nei tamponi e nei test sierologici fatti nella popolazione; altrettanto dicasi per la mortalità e i criteri utilizzati per stabilirne la causa.

⁴⁵ La Cina, meglio di tutti, ha saputo contenere la diffusione del nuovo coronavirus entro i suoi confini

spesso disallineandosi alle corrette prassi epidemiologiche (27).

Il nuovo coronavirus viaggia nel cielo in *business class* e ad ogni atterraggio apre un vaso di Pandora (28) facendo emergere le contraddizioni di sistema nel trade-off salute-economia: le tipologie dei sistemi sanitari (i loro punti di forza o di debolezza) combinate con i modelli di governo (e al potere) stanno giocando un ruolo non marginale nella velocità e/o intensità della diffusione della grande epidemia (nelle forme lunghe o brevi del *lockdown*). Nella lotteria dell'incertezza, le pandemie, peraltro, non colpiscono mai tutti allo stesso modo, ma esacerbano le disuguaglianze di salute (e di copertura dei rischi) sui soggetti più vulnerabili (lavoratori precari, operai, poveri, migranti) rendendoli maggiormente esposti alla crisi economica, oltre che al virus (29-31).

Nel vecchio continente, per quanta comunicazione di *best practice* nell'ambito della soft governance ci sia stata tra i paesi membri, le azioni di coordinamento sono state limitate dal sistema delle competenze del TFUE che all'art. 168 impedisce di interferire nelle modalità di organizzazione dei sistemi sanitari. In questo senso, il ruolo svolto dall'*European centre for disease prevention and control* è rimasto marginale, quando piuttosto sarebbe auspicabile la costituzione di un fondo comune⁴⁶ per la condivisione dei rischi⁴⁷ (33).

In Italia, sempre alla data in cui scriviamo, i contagiati sono arrivati a circa 244 mila e i deceduti hanno superato la soglia dei 34 mila (14% di letalità); quasi 30 mila operatori sanitari sono risultati positivi al tampone Sars-CoV2 e tanti ne abbiamo persi sul campo di battaglia⁴⁸ (34). Per i mesi di marzo e aprile rispetto livelli medi 2015-2019 si contano oltre 45 mila decessi in eccesso, di cui secondo il sistema di sorveglianza integrata circa il 63% potrebbero essere considerati Covid-19; nel mese di marzo l'eccesso di mortalità in Lombardia ha superato il 190% (35). Certamente è ancora presto per dire quanta parte di questo eccesso sia dovuta direttamente al Covid-19 o indirettamente per complicità cumulate ad esso associate, e quanta parte sia invece stata causata dal collasso del sistema ospedaliero nelle regioni più colpite dal coronavirus. Solo le analisi sulle cause di morte ci aiuteranno meglio a capire (36).

Abbiamo chiamato eroi i nostri operatori sanitari, ma li abbiamo visti lavorare a mani nude sulla scia di protocolli blandi applicati come mero adempimento burocratico da

attraverso le più drastiche misure di distanziamento sociale, l'utilizzo dei tamponi e il tracciamento dei contatti. In Europa, paesi inizialmente titubanti come la Francia e l'Uk hanno adottato gradualmente misure sempre più severe per evitare il collasso dei propri sistemi sanitari (27).

⁴⁶ La Banca mondiale nel 2016 ha costituito un fondo per mitigare le conseguenze delle pandemie nei paesi poveri che necessiterebbe di essere riformato (32).

⁴⁷ I paesi potrebbero partecipare al fondo comune contribuendo in funzione della propria ricchezza e accedendo in funzione dei bisogni.

⁴⁸ La Fnomceo riporta 172 medici deceduti e la Fnopi riporta 40 infermieri deceduti.

parte delle direzioni generali⁴⁹ (37-38). Nonostante le risorse rese disponibili contro ogni austerità, la carenza dei Dpi non è stata soddisfatta dal rapace mercato. A dispetto delle regole sulla protezione prioritaria dei professionisti della salute come principale risorsa da tutelare⁵⁰ (39), l'irresponsabilità sulla disponibilità delle scorte appare grave considerando l'evidenza subito fornita dai cinesi sulla trasmissione del coronavirus da parte dei presintomatici (40). Durante l'onda grossa della grande epidemia in Italia abbiamo ricevuto l'immediata solidarietà di Cina e Cuba che ci hanno donato Dpi e supportato con personale medico, mentre Francia e Germania ne vietavano l'esportazione (41-42). A fronte di chi, ancora fiducioso nella competizione di mercato, elogiava la sinergia pubblico-privato (43), abbiamo subito la violenza dei cumuli di bare portate via dai blindati militari, mentre gli ospedali e le Rsa diventavano il principale conduttore dell'epidemia, e i medici dell'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo gridavano al mondo intero sul *New England Journal of Medicine* che il modello lombardo centrato sulle acuzie non funzionava (44).

E se da un lato, con "lacrime di rabbia" c'era chi ci chiedeva di interrogarci sulle visioni non di spesa pubblica ma dei profitti di mercato del modello *patient-centered*, considerando che la pandemia è prima di tutto una crisi culturale di salute pubblica e umanitaria nella cura delle fragilità (21), dall'altro abbiamo letto nero su bianco, con grande sconcerto, il documento della SIAARTI (45) di giustizia distributiva dei posti letto di terapia intensiva⁵¹ dalla visione fin troppo utilitaristica (*capacity to benefit*) che, scavalcando i criteri clinici, ha aperto un grande dibattito sulle (diverse) posizioni etiche di massimizzazione dei benefici collettivi (46-49), tanto da indurre il Comitato nazionale di bioetica⁵² a dichiarare il razionamento proposto eticamente inaccettabile con riferimento ai principi del Ssn (50). E anziché concentrarsi sulla corretta organizzazione dei percorsi

⁴⁹ Le indicazioni di minima dell'Oms per garantire la protezione del personale sono state recepite come mero adempimento burocratico dall'Iss, dalle regioni e dalle direzioni delle aziende sanitarie senza essere messe in discussione nonostante le evidenze sulla diffusione delle infezioni e, addirittura, negando i tamponi al personale sanitario (38).

⁵⁰ Gli operatori come previsto sin dal d.l.14/20 sono esclusi dalla sorveglianza attiva da contatti con casi infetti, prevedendo la sospensione dell'attività solo in caso di malattia respiratoria o positività ai tamponi.

⁵¹ Il documento mette nero su bianco, assumendo un contesto di medicina delle catastrofi, i comportamenti da seguire e le priorità sulle vite da salvare.

⁵² "Sulla base dei principi fondamentali della Costituzione (diritto alla tutela della salute, principio di uguaglianza, dovere di solidarietà) e del criterio universalistico ed egualitario su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale, il Comitato ritiene che nell'allocatione delle risorse si debbano rispettare i principi di giustizia, equità e solidarietà. In questo contesto, il CNB riconosce il criterio clinico come il più adeguato punto di riferimento, ritenendo ogni altro criterio di selezione, quale ad esempio l'età, il sesso, la condizione e il ruolo sociale, l'appartenenza etnica, la disabilità, la responsabilità rispetto a comportamenti che hanno indotto la patologia, i costi, eticamente inaccettabile" (50).

puliti piuttosto che sul razionamento dei posti letto, dal trade-off equità-efficienza sul valore di quali vite salvare, il dibattito si è spostato sulla pura efficienza tecnica (anziché allocativa) dei nostri posti letto ospedalieri nei confronti internazionali (11-12, 51-52), non sempre avendo contezza dei mix di complessità né dell'appropriatezza dei percorsi assistenziali.

La dura realtà, difficile da accettare per i sostenitori della competizione, è molto semplice: i modelli centrati sull'assistenza ospedaliera, per quanto questa possa essere eccellente, non riescono a reggere le emergenze (anche quelle semplicemente influenzali). E un buon sistema di urgenza-emergenza richiede una forte integrazione con il territorio. In Lombardia il 50% dei pazienti con diagnosi Covid-19 è stato ospedalizzato contro il 22% in Veneto. Il rapporto tra i pazienti trattati in terapia intensiva e quelli trattati a domicilio è stato in Lombardia il doppio rispetto al Veneto, Emilia Romagna e Piemonte; e l'occupazione giornaliera dei letti in terapia intensiva ha superato il 100%, a differenza dell'Emilia-Romagna, la seconda regione più gravemente colpita, dove l'occupazione è stata del 38% (53). Il Veneto, tra le regioni ad alta intensità di diffusione dell'epidemia, con il suo modello ancora centrato sull'assistenza territoriale, scegliendo la strategia indicata dall'Oms "*find, isolate, test and treat every case*" ha retto bene l'onda d'urto evidenziando un basso tasso di ospedalizzazione (54). Più in generale, sono le regioni dove la cultura dei distretti ancora resiste (seppure con notevoli difficoltà nella scarsità di risorse e personale) che hanno saputo meglio trattare i pazienti Covid-19 incanalandoli in percorsi puliti.

Al di là delle considerazioni di chi pensa che la regionalizzazione del nostro Ssn, con i suoi differenti modelli, abbia rappresentato un esperimento naturale per le indicazioni sui migliori percorsi (53-55), l'evidenza ha riaperto il conflitto tra i livelli di governo su quale autonomia e quanta differenziazione possiamo accettare tra le regioni.

La questione è delicata e si intreccia con le vicende della deriva del federalismo sanitario nel Titolo V della Costituzione. In condizioni ordinarie, i sistemi di risposta alle emergenze infettive⁵³ rientrano nel macro-livello della prevenzione definito nel quadro generale dei livelli essenziali e uniformi di assistenza di competenza centrale (art. 117, c. 2, lett m), ma la gestione concorrente della tutela della salute implica che spetta alle regioni non farsi trovare impreparate nelle azioni organizzative sul proprio territorio. Così non è stato. La crisi epidemica ha reso evidente la confusione nella gestione dell'emergenza sanitaria da parte delle regioni. Tra le tensioni sul "che fare?", bene ha fatto il governo centrale a prendere quanto prima le redini della governance del sistema

⁵³ I Piani nazionali di preparazione alle pandemie devono prevedere tutte le azioni di sanità pubblica per la gestione delle emergenze (di sorveglianza e trattamento, di formazione e comunicazione, di approvvigionamento e organizzazione etc.).

con la dichiarazione dello stato di emergenza⁵⁴ e ad imporre nella forma coercitiva⁵⁵ la disciplina per tutti (enti territoriali e cittadini) in coerenza con le indicazioni di sanità pubblica. Per questa via si è dimostrato meglio in grado di dare risposta agli enormi problemi insorti nella geografia differenziata in cui langue il SSN che, tra le criticità istituzionali dei problemi irrisolti con le autonomie in tema di federalismo asimmetrico, vede fortemente minacciata la sua tenuta pubblica e nazionale.

Sfide inattese fanno esplodere le carenze di sistema e mostrano ferite sanguinanti: il frazionamento delle competenze nei meandri del regionalismo e le differenze nell'erogazione dei Lea tra il nord e il sud; il continuo travaso di risorse verso il mercato; i ritardi nella definizione dei fabbisogni di personale; l'impoverimento del territorio e la mancata integrazione dei servizi. La grande epidemia ci ricorda che l'uso efficiente delle risorse richiede appropriatezza allocativa e valutazione dei rapporti costo-efficacia.

Le risorse vincolate ai percorsi appropriati stanziati in questi mesi non ci faranno trovare impreparati di fronte ai rischi di nuove ondate di epidemia, ma le questioni irrisolte su risorse e investimenti dovranno trovare una rapida risposta contro ogni rinvio nelle agende sospese.

Se è vero che i problemi vengono da lontano⁵⁶, sarebbe un errore, come qualcuno sostiene (56), intraprendere nuovamente lunghi processi di riforma costituzionale. Non abbiamo bisogno di appellarci alle ennesime grandi riforme, bensì di fare ciò che è già nella legislazione vigente sanitaria.

Nell'attuale governance delle autonomie in equilibrio di bilancio raramente sono stati identificati e valutati i punti deboli del sistema. In questo senso, sarebbero auspicabili azioni più decisive nella programmazione nazionale per porre rimedio ai disordini che si sono accumulati nei processi decisionali di allocazione delle risorse (poco trasparenti) da parte delle autonomie che di fatto, rivendicando propri modelli di organizzazione dei

⁵⁴ Con la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale le funzioni di coordinamento vengono accentrate nelle mani della Presidenza del consiglio dei ministri e della Protezione civile (suo braccio operativo) in cogestione con le regioni, adattando le risposte allo stato di organizzazione dei servizi sui territori.

⁵⁵ I Dpcm emanati per la gestione dell'emergenza sanitaria, sin dal primo d.l. n. 6 del 23 febbraio 2020, sono stati fatti rientrare nelle materie «ordinamento e organizzazione dello Stato e degli enti pubblici nazionali» e «profilassi internazionale» (art. 117, c. 2, lett. g e q) che la Costituzione riserva alla competenza esclusiva dello Stato. Le eccezioni alla libertà di circolazione sono invece giustificate ai sensi dell'art. 16, c. 1 Cost. per motivi di sanità o di sicurezza, e dell'art. 32 Cost. che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività. Per questa tutela di salute collettiva i trattamenti volti a preservare la salute di tutti possono giustificare la compressione dell'autodeterminazione di sé (sentenza della Corte costituzionale n. 307 del 1990).

⁵⁶ Nel disegno dei rapporti contrattuali della riforma Amato-De Lorenzo nel '92, la svolta manageriale, seguendo la filosofia del new public management, ha privatizzato i contratti dell'alta dirigenza (13); l'accelerazione di queste forme di contrattualizzazioni in tutto il pubblico impiego si è realizzata con le riforme amministrative di Bassanini del '97, che hanno accentuato le logiche proprietarie nella gestione della cosa pubblica.

servizi, hanno stratificato disfunzioni consolidate nel tempo.

Dopo l'austerità subita per oltre un decennio, la pandemia ci insegna invece che nessun settore deve essere lasciato indietro e che un approccio community-centered, investendo in prevenzione e territorio con una forte integrazione di sistema, appare oggi una scelta obbligata per la tenuta generale del SSN e una migliore qualità della salute di tutti.

Questo articolo rappresenta una versione rivista di un mio saggio in corso di pubblicazione, scritto per il volume *La Finanza Pubblica Italiana*, a cura di Giampaolo Arachi e Massimo Baldini, edito da il Mulino. Il lavoro è stato svolto nell'ambito del progetto "la sanità nella finanza pubblica italiana", finanziato esclusivamente con il Fondo della ricerca di base 2018, dell'Università degli Studi di Perugia. Ringrazio Carlo Romagnoli e Fabrizio Stracci per gli utili commenti e per la critica costruttiva.

Bibliografia

1. Hurley J. An Overview of the Normative Economics of the Health Sector. In: Culyer AJ, Newhouse JP (Ed.). *Handbook of Health Economics*, vol. 1/A. Amsterdam: Elsevier; 2000: 55-118.
2. Donaldson C, Gerard K. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. Basingstoke: Palgrave Macmillan; 2005
3. Chen LC, Evans TG, Cash RA. Health as a global public good. In: Kaul I, Grunberg I, Stern M (Ed.). *Global public goods. The United Nations Development Programme*. New York: Oxford University Press; 1999: 284-304.
4. Zacher MW. Global epidemiological surveillance: international cooperation to monitor infectious diseases. In: Kaul I, Grunberg I, Stern M (Ed.). *Global public goods. The United Nations Development Programme*. New York: Oxford University Press; 1999: 266-283.
5. Mef. Documento di Economia e Finanza – Programma di Stabilità dell'Italia. 2020; disponibile online: http://www.dt.mef.gov.it/modules/documenti_it/analisi_progammazione/documenti_programmatici/def_2020/DEF_2020_Sez-I-Programma_di_Stabilitx.pdf
6. Oecd. *OECD Health Statistics*. 2019; disponibile online: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
7. Corte dei conti. *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica. Sezioni riunite in sede di controllo*; 2020.
8. RGS. *Il monitoraggio della spesa sanitaria, Rapporto n.6. Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato. Ministero dell'Economia e delle Finanze*; novembre 2019.
9. Caruso E. *La Sanità nell'economia delle promesse*. In: Arachi G, Baldini M (Ed.). *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2019*. Bologna: il Mulino; 2019: 133-162.
10. Gabriele S. *Lo stato della sanità in Italia. Focus tematico n. 6/2. UPBilancio*. 2019; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/focus-tematico-n-6-2-dicembre-2019/>
11. Rizzo L, Secomandi R. *Posti letto: perché in Italia costano di più. Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/author/leonzio-rizzo/>
12. Gabriele S. *Il costo dei posti letto e i rischi dei confronti internazionali. Economia e politica, Rivista online di critica della politica economica*. 2020; disponibile online: <https://www.economiaepolitica.it/industria-e-mercati/costo-medio-giornaliero-di-degenza-ospedaliera-2020/>

13. Caruso E, Dirindin N. Salute ed Economia – Questioni di economia e politica sanitaria. Bologna: il Mulino; 2019.
14. UPBilancio. Rapporto sulla politica di bilancio 2020. Dicembre 2019; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/rapporto-sulla-politica-di-bilancio-2020/>
15. Gheti V. Il Sistema di governance della Lombardia. Welforum. 2018; disponibile online: <https://welforum.it/il-sistema-di-governance-in-lombardia/>
16. Lonati F. La nuova sanità lombarda. Salute Internazionale. 2017; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2017/02/la-nuova-sanita-lombarda/>
17. UPBilancio. Audizione informale del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio nell'ambito dell'attività conoscitiva preliminare all'esame del Documento di economia e finanza 2020. Aprile 2020; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2020/04/Audizione-UPB-DEF-2020.pdf>
18. Bordignon M. Per l'Europa il rischio del "troppo poco, troppo tardi". Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64180/per-leuropa-il-rischio-del-troppo-poco-troppo-tardi/>
19. UPBilancio. Rapporto sulla programmazione di bilancio 2020. Luglio 2020; disponibile online: <http://www.upbilancio.it/rapporto-sulla-programmazione-di-bilancio-2020/>
20. Commissione Europea. Guidelines for a streamlined format of the 2020 stability and convergence programmes in light of the Covid-19 outbreak. Note for the Alternates of the Economic and Financial Committee; 6 aprile 2020.
21. Dirindin N. Lacrime di rabbia per non dimenticare la lezione. Quotidiano Sanità. 20 aprile 2020; disponibile online: http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=84244
22. Who. Pneumonia of unknown cause – China. Disease outbreak news. 5 gennaio 2020; disponibile online: <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/>
23. Who. International Health Regulations. 2005; disponibile online: <https://www.who.int/ihr/publications/9789241580496/en/>
24. Who. Novel Coronavirus (2019-nCoV). Situation Report–12. 1 febbraio 2020; disponibile online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200201-sitrep-12-ncov.pdf?sfvrsn=273c5d35_2
25. Who. Coronavirus disease (Covid-19). Situation Report–174. 12 luglio 2020; disponibile online: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200712-covid-19-sitrep-174.pdf?sfvrsn=5d1c1b2c_2
26. Who. Who Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19. 13 March 2020; disponibile online: <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-mission-briefing-on-covid-19---13-march-2020>
27. Forman R, Atun R, McKee M, Mossialos E. 12 Lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. Health Policy. 2020; 124 (6): 577-580.
28. Morens DM, Daszak P, JK Taubenberger. Escaping Pandora's Box — Another Novel Coronavirus. N Engl J Med. 2020; 382:14 nejm.org April 2
29. Van Dorn A, Cooney R, Sabin M. COVID-19 exacerbating inequalities in the US. Lancet. 2020; 395: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(20\)30893-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(20)30893-X.pdf)
30. Costa G, Schizzerotto A. Se la pandemia accentua le disuguaglianze di salute. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/author/giuseppe-costa/>
31. Stiglitz J, Ahmed F, Ahmed N, Pissarides C. Why inequality could spread COVID-19. Lancet Public Health. 2020; 5: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30085-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30085-2)
32. Bangin B, Clare W. Pandemic Emergency Financing Facility: struggling to deliver on its innovative

- promise. *BMJ*. 2019; 367: 15719.
33. Rizzo L. Dov'è il bene pubblico al tempo del contagio. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/63947/dove-il-bene-pubblico-al-tempo-del-contagio/>
 34. Iss. Epidemia Covid -19, Aggiornamento nazionale. 7 luglio 2020; disponibile online: https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_7-luglio-2020.pdf
 35. Istat-Iss. Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020. 9 luglio 2020; disponibile online: https://www.istat.it/it/files//2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf
 36. Rettore E. Vittime dell'epidemia: tempi lunghi per un quadro definitivo. *Lavoce.info* 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/66581/vittime-dellepidemia-tempi-lunghi-per-un-quadro-definitivo/>
 37. Beltramello C. Salvare gli operatori sanitari. *Salute internazionale*. 2020; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/03/salvare-gli-operatori-sanitari/>
 38. Beltramello C. La solitudine degli eroi. *Salute internazionale*. 2020; disponibile online: <https://www.saluteinternazionale.info/2020/05/la-solitudine-degli-eroi/>
 39. Sellwood WC. *Health Emergency Preparedness and Response*. 1st Edition. CABI Editor; 2016.
 40. Chang D, Xu H, Rebaza A, Sharma L, Dela Cruz C. Protecting health-care workers from sub-clinical coronavirus infection. *Lancet Respir Med*. 2020; 8(3). [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30066-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30066-7).
 41. Sánchez NE. Coronavirus: EU ministers urge members to share supplies. 2020; disponibile online: <https://euobserver.com/social/147659>
 42. Anderson M, Mckee M, Mossialos E. Covid-19 exposes weaknesses in European response to outbreaks. *BMJ*. 2020; 368: m1075.
 43. Ricci A, Tarricone R. Il sistema pubblico-privato alla prova del Covid-19. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64035/sanita-il-sistema-pubblico-privato-alla-prova-del-coronavirus/>
 44. Nacoti M et al. At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *N Engl J Med*. 2020; disponibile online: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>
 45. Siaarti. Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili. In: Vergano M et al. (Ed.). Documento della Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva; 6 marzo 2020.
 46. Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy - Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *N Engl J Med*. 2020; 382 (20): 1873-1875. doi:10.1056/NEJMp2005492
 47. Emanuel EJ, Persad G, Upshur R et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *N Engl J Med*. 2020; 382(21): 2049-2055. doi:10.1056/NEJMs2005114
 48. Bimbi F. Microfisica del potere al tempo di Covid19, Rinuncio alla TI...ma rifiuto il metodo impositivo della SIAARTI e della regione Veneto. Studi sulla questione criminale. 2020; disponibile online: <https://studiquestionecriminale.wordpress.com/?p=2368&preview=true>
 49. Mapelli V. Scelte in corsia: i criteri per guidarle. *Lavoce.info*. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64517/scelte-in-corsia-i-criteri-per-guidarle/>
 50. Cnb. Covid-19: La decisione clinica in condizioni di carenza di risorse e il criterio del "triage in emergenza pandemica". Comitato Nazionale per la Bioetica. Presidenza del Consiglio dei ministri. 8 aprile 2020; disponibile online: <http://bioetica.governo.it/italiano/documenti/pareri-e-risposte/covid-19-la>

- decisione-clinica-in-condizioni-di-carezza-di-risorse-e-il-criterio-del-triage-in-emergenza-pandemica/
51. Angelici M, Berta P, Moscone F, Turati G. Ospedali, dove e perché si è tagliato. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/64538/ospedali-dove-e-perche-si-e-tagliato/>
 52. Mapelli V. Sugli ospedali l'Italia dà il buon esempio. Lavoce.info. 2020b; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/66322/sugli-ospedali-litalia-da-il-buon-esempio/>
 53. Boccia S, Cascini F, McKee M, Ricciardi W. How the Italian NHS Is Fighting Against the Covid-19 Emergency. *Front Public Health*. 2020; 8:167. doi:10.3389/fpubh.2020.00167
 54. Crisanti A, Cassone A. In One Italian Town, We Showed Mass Testing Could Eradicate the Coronavirus. *The Guardian*. 2020 mar 20; disponibile online: <https://www.theguardian.com/commentis-free/2020/mar/20/eradicated-coronavirus-mass-testing-covid-19-italy-vo>
 55. Bordignon M, Turati G. Adesso c'è chi vuole riportare la sanità al centro. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/65386/adesso-ce-chi-vuole-riportare-la-sanita-al-centro/>
 56. Oricchio M. Con la pandemia è scoppiata la questione istituzionale. Lavoce.info. 2020; disponibile online: <https://www.lavoce.info/archives/68362/con-la-pandemia-e-scoppiata-la-questione-istituzionale/>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19

Healthcare Quality in COVID-19 times

Prima parte: La Qualità dell'Assistenza Sanitaria

Part 1. Health Care Quality

Andrea Gardini

*Medico, co-fondatore del movimento Slow Medicine
Co-fondatore e past president della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza sanitaria-VRQ
Co.fondatore e Board Member 2004-2007 ISQua*

Parole chiave: qualità dei servizi sanitari, COVID -19

RIASSUNTO

La pandemia di SARS-COVID-19 è un evento tragico che ha messo in crisi tutti i sistemi sanitari del Pianeta e si è aggiunto alle crisi ecologica, climatica, sociale, politica, economica in atto. Eppure negli ultimi 50 anni la cultura della qualità dell'assistenza sanitaria aveva fatto dei grandi passi avanti, ma il suo cammino è stato interrotto dalla crescente ideologia dominante del mercato, che in sanità ha ridotto l'attenzione alla salute per tutti ed ha aumentato le disuguaglianze, anche quelle per la salute dell'uomo. Riprendere il filo dei ragionamenti sulla qualità dell'assistenza sanitaria è indispensabile per superare la Pandemia e rilanciare l'impegno delle istituzioni, dei cittadini e dei professionisti sanitari per garantire servizi sanitari equi, universali e di buona qualità per tutti.

Obiettivo di questo lavoro è ripensare alle acquisizioni fatte in passato in tema di qualità delle cure e proporre come una strategia utile per affrontare con strumenti e comportamenti adeguati l'emergenza COVID-19, nella direzione di un cambiamento di paradigma necessario che accompagni i sistemi sanitari verso un futuro di qualità migliore in una società migliore.

Key words: health care quality, COVID-19

SUMMARY

SARS-COVID 19 pandemic is a tragic global event, critical for the Planet health care systems, added to the other critical situations related to the already active crisis: ecology, climate change, social, political, economic. Yet during the last 50 years the culture of health care quality did many steps ahead. Its advancements have been stopped by the growing and dominant ideology of market forces that in health systems reduced the engagement for Health for All, and worsened inequalities, even in human health. It's crucial to think again of Healthcare Quality for overcoming this Pandemic and engage again the Institutions, citizens and

Autore per corrispondenza: dott.andreagardini@gmail.com

health care workers towards equitable, universal and quality health care services for all. The goal of this paper is to think again together to the past advancements in health care quality and propose them to face SARS-COVID 19 emergency with effective strategies, behaviors and tools towards a necessary paradigm change to support the health care systems towards a better quality in a better Society.

Introduzione

Da almeno 50 anni il dibattito internazionale sulla qualità delle cure si è sviluppato portando nuove idee e importanti conoscenze su strategie, modelli, strumenti, metodi, tecniche e comportamenti per progettare, valutare, migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria, delle cure mediche ed infermieristiche e dei sistemi sanitari e sociali. Nell'ultimo decennio questa spinta è sembrata indebolirsi. In un seminario tenutosi all'interno del XXVII congresso internazionale dell'ISQua del 2016 si affermava che "... *la degenerazione burocratica della qualità genera strumenti tossici ...*" (1) ... e conseguente disaffezione. Se l'impegno deontologico a far bene la propria professione si riduce ad applicare criteri scelti da altri per valutare dall'esterno la cosiddetta "performance" clinica e organizzativa, minando l'autonomia e la responsabilità dei professionisti, è normale, per questi ultimi, generare sani anticorpi nei confronti di un modello di management, e, di conseguenza, di qualità, che non si adatta alla natura delle loro professioni.

La recente pandemia di COVID 19 sembra confermare questo quadro di declino dei pensieri *su* e delle azioni *per* la qualità delle cure e delle idee correlate ad essa, e con questo contributo si desidera ragionare assieme su quanto accaduto e su che cosa far nuovamente accadere.

La qualità dell'assistenza sanitaria, delle cure mediche, infermieristiche e dei sistemi sanitari nell'era del mercato globale

L'esplorazione sistematica per rispondere alla domanda: "Che cos'è la qualità dell'assistenza sanitaria?" ha raggiunto una prima sintesi con l'opera di Avedis Donabedian (2-4) che ha contribuito a orientare in questo percorso i professionisti della salute e con essi alcune prestigiose istituzioni internazionali (5-6).

L'ingresso nei sistemi sanitari delle forze del mercato è stato oggetto di un importante congresso internazionale dell'ISQua (la Società Internazionale per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria) tenutosi a Maastricht nel 1993 (7) nel quale si intravide il quadro che si sarebbe prodotto negli anni successivi: l'incremento della spinta delle forze del mercato verso i consumi sanitari e il profitto, la riduzione dell'interesse per la salute per tutti, l'aumento delle disuguaglianze nello stato di salute. Un anno dopo la firma del trattato di Maastricht (8), si sperava che in Europa queste tendenze avrebbero potuto essere controbilanciate da un ombrello di solidarietà, di attenzione al benessere dei cittadini, dall'impegno per la ricerca, la prevenzione e l'appropriatezza e per cure sempre più effi-

caci grazie ad una tecnologia in rapida espansione. Prima la Comunità Economica Europea, poi l'Unione Europea nata a Maastricht promossero ricerche finanziate per esplorare il grado di sviluppo delle strategie e degli strumenti per la qualità negli Ospedali e nei paesi dell'Unione (9-11). Un'attenzione particolare fu poi posta, a livello internazionale, su due temi unificanti. Il primo riguardava l'accreditamento dei servizi sanitari, uno strumento che, a partire dalla scelta di standard internazionali di qualità concordati da prestigiosi gruppi professionali indipendenti, sembrava potesse garantire, monitorare e sviluppare il miglioramento continuo della qualità e l'affidabilità pubblica (accountability) delle strutture sanitarie nei confronti dei cittadini (12). Il secondo fu l'elaborazione di indicatori di qualità, che dovevano essere, e sono utilizzati dai governi centrali e dalle holding di ospedali privati e delle assicurazioni per valutare la qualità delle diverse strutture sanitarie, soprattutto quelle ospedaliere (13).

Qualità o risk management?

All'inizio degli anni 2000, prima nei sistemi sanitari avanzati, poi in tutti gli altri, la crescente pressione delle assicurazioni sanitarie per garantire ai propri iscritti cure sicure e di buona qualità contribuì a far scoppiare una bolla, quella dell'attenzione alla sicurezza dei pazienti. Questa, da sempre, è uno dei fondamenti della professione medica e di quelle infermieristiche (*primum non nocere*). Una proiezione molto ben diffusa dai media stimava in 90 mila morti all'anno il tributo che i pazienti stavano pagando per il solo fatto di essere stati presi in cura da un ospedale negli USA e in miliardi di dollari pagati dalle assicurazioni in rimborsi e dai professionisti in cause legali per supposti danni in corso di cura (14-16). A partire da questi lavori un'irrefrenabile valanga di paura, accuse e titoli urlati sui giornali, si riversò presto dagli Stati Uniti in Europa, e persiste tutt'ora. Nacque così una nuova parola di successo: "malasanità". I professionisti della salute sono, da sempre, ben consapevoli dei rischi che le professioni sanitarie corrono e fanno correre ai loro pazienti. Questa situazione fu l'occasione per riesaminare le proprie pratiche assistenziali e di cura e valutare con obiettività quali erano i rischi più seri. L'attenzione dei sistemi sanitari passò rapidamente dalla progettazione e valutazione della qualità, un'attività collettiva, partecipata e sistemica, al "Risk Management", pratica mutuata dalla cultura assicurativa, che si propone di prevenire e gestire gli eventi avversi e di ridurre i rischi per i pazienti, per lo più in ospedale, con procedure, raccolte dati e consulenze. Il suo scopo principale dichiarato è evitare ai pazienti i danni da trattamenti potenzialmente pericolosi. Il suo scopo derivato è che così facendo si affrontano meglio le possibili cause legali ed assicurative di rimborso dei danni subiti. Sono stati così individuati alcuni eventi che semplicemente non devono accadere (ad esempio la trasfusione di sangue incompatibile con il ricevente o gli interventi chirurgici sul lato sbagliato), altri che è possibile prevenire con semplici procedure organizzative, altri che si possono evitare modificando

i comportamenti individuali a rischio di errori potenzialmente dannosi. L'attenzione alla prevenzione dei principali eventi avversi si è diffusa in tutti i sistemi sanitari e, pur essendo difficile un monitoraggio dei risultati, oggi, almeno in Italia, i pazienti, grazie a queste pratiche preventive, sono più tutelati. Attorno al Risk Management si è sviluppato però anche un indotto che interessa consulenti, formatori, giuristi, intasa di contenziosi, spesso pretestuosi, i tribunali penali e civili, con esiti giudiziari quasi sempre irrilevanti e induce pratiche mediche finite sotto il nome di "medicina difensiva" (17).

Con questa modalità di affrontare i problemi clinici di un paziente si ritiene, quasi sempre senza riscontri, di ridurre, per i medici, i rischi di contenzioso penale o civile in caso di evento avverso e, in secondo luogo, quelli per la salute derivanti dalle cure. Si documentano il più possibile alcune procedure assistenziali ritenute più a rischio, e si sottopongono i pazienti ad ogni tipo di accertamento e di trattamento, anche a quelli meno appropriati alla soluzione del loro problema, che però sono utili a poter dire di "aver fatto di tutto" per il paziente comunque danneggiabile. Si alimenta così un consumismo sanitario (18) mai visto prima d'ora.

La pratica medica e quella assistenziale si fondano, per quanto possibile, su procedure e protocolli *evidence based*, ma questi si devono adattare alle condizioni dei malati, ai loro valori e desideri e, in caso di mancanza di evidenze, alla miglior esperienza dei professionisti. Era questa la definizione di EBM dei suoi promotori (19). La rigidità nell'applicazione dei protocolli può essere utile in qualche caso, ma può anche far molto male. Dal lato organizzativo, certificazione ed accreditamento hanno contribuito da un lato a meglio organizzare i servizi sanitari ma anche ad ingessarli. I sistemi sanitari per la natura dei problemi che devono affrontare, oltre che essere giustamente controllati, devono anche però essere lasciati liberi di evolvere all'interno di regole sanitarie generali dettate dai codici deontologici e dalle leggi che le loro Comunità di riferimento si sono date.

La relazione fra i malati, le loro famiglie e le equipe curanti è essenziale per poter tendere ad esiti soddisfacenti. Difficile esplorarla con i questionari di gradimento di derivazione commerciale. Solo di recente si tende ad esplorare l'esperienza reale dei pazienti (20).

La pratica corrente ha separato i cosiddetti "sistemi qualità" dal lavoro pratico delle equipe sanitarie con i malati. Si tende a mettere il lavoro medico al servizio dei "sistemi qualità", e non a mettere i sistemi qualità al servizio dei pazienti e dei professionisti, facilitandone il compito.

Quella dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti sanitari è un'attività intellettuale, cognitiva e relazionale, che ha come fine ultimo gli esiti clinici migliori, in termini di salute, per i malati.

Il loro è un lavoro sistemico in cui le conoscenze e competenze in continua evoluzione sono messe al servizio della relazione di cura. Il servizio sanitario, sistema complesso per definizione, non è sempre standardizzabile, come avviene nelle organizzazioni meccaniciste.

La medicina fatta bene ha, di regola, una sua propria “qualità”, fatta di conoscenza, competenza, relazione, comunicazione, attenzione, ascolto, empatia, coordinamento, coerenza... e il gradimento dei pazienti lo si vede dai risultati misurabili rispetto agli obiettivi fissati e dal loro sorriso alla conclusione dell’episodio di cura. Formalizzare meccanicamente le motivazioni di questo sorriso è difficile. Lo si vede esplorando la qualità delle relazioni che si creano quando ci si prende cura delle persone ed appartiene alla relazione fra i professionisti, i malati, le loro famiglie e le comunità che costituiscono il contesto del servizio sanitario. Gli staff delle direzioni generali sono indispensabili per superare i nodi critici dell’organizzazione che impediscono di lavorare bene e per favorire il monitoraggio degli esiti clinici. Non possono però valutare dall’ “alto”, quello che il lavoro intellettuale, fatto dai pensieri esperti condivisi dalle equipe sanitarie, ha tradotto nella pratica effettuata assieme ai malati. I managers possono chiedere che quest’attività sia sottoposta ad autovalutazione periodica attraverso l’audit clinico e che da questa autovalutazione si creino nuovi comportamenti individuali e collettivi. Essi, anche attraverso i loro staff, non possono dare ordini a professionisti che, partecipando e vincendo un concorso pubblico trasparente hanno fatto la scelta di lavorare nel servizio sanitario e, appunto vincendo un concorso, sono i migliori. Questo concetto si è perso nel tempo, ma va serenamente ricordato.

L’epidemia di produttivismo di prestazioni sanitarie, figlia dell’antica “organizzazione scientifica del lavoro”, è favorita dall’utilizzo di sistemi quantitativi di valutazione economica delle performance e del pagamento a prestazione. Ha portato a premiare economicamente non gli esiti in termini di salute, ma il numero delle prestazioni effettuate dagli operatori sanitari in un tempo determinato. E un’aberrazione dal punto di vista professionale e organizzativo quella di imporre, ad esempio, dei tempi, i limiti di tempo all’interno dei quali degli ergonomi hanno deciso che per fare questo o quel trattamento ci vuole un tempo predeterminato. Non funziona così.

Il pagamento a prestazione assieme alla medicina difensiva hanno così indotto una pleora di prestazioni non appropriate (*overdiagnosis e overtreatment*), e un conseguente *undertreatment* di pazienti bisognosi di cure. Interi comparti dei servizi per la salute restano fuori dal sistema economico e finanziario dominante (21-25). Il definanziamento, a favore degli ospedali, privati e pubblici, dei servizi di prevenzione primaria, di quelli di salute mentale, dei consultori famigliari, dei distretti sanitari o socio-sanitari e della medicina territoriale e di comunità avvenuto in questi anni in Italia è un esempio di “*undertreatment* di comunità” i cui effetti si sono visti proprio in occasione della pandemia di COVID 19. Senza prevenzione e medicina di territorio è normale che in corso di Pandemia gli ospedali si intasino.

Il Disease Mongering

La sindrome mondiale da corsa al profitto in sanità ha peraltro alcuni altri aspetti inquietanti. Uno di questi è il *disease mongering* (26-27), la commercializzazione delle malattie. Si narra che nel lontano 1976 un importante direttore di una casa farmaceutica, in un'intervista alla rivista Fortune, abbia pronunciato, con imprudente entusiasmo, questa frase: **“Il nostro sogno è produrre farmaci per le persone sane”**. Ormai la frase è entrata nella leggenda per essere stata citata molte volte da autori prestigiosi e affidabili, ma il numero della rivista su cui è comparsa, cercato attivamente, sembra introvabile.

Fu forse proprio con pensieri come questi, tradotti in azioni concrete, che prese forma la strategia di marketing volta a creare malattie cui dedicare esami e farmaci, appunto il *disease mongering*. Questa strategia è stata descritta così dall'economista Gianfranco Domenighetti (28): *“agisce su tre piani: quantitativo, temporale e qualitativo.*

- *Sul piano quantitativo, l'azione è sui parametri che definiscono la frontiera del “patologico” per numerose condizioni medico sanitarie, quali per esempio ipertensione, ipercolesterolemia o diabete*
- *La seconda opera sul piano temporale, e consiste nella promozione e nella diffusione di pratiche di screening la cui efficacia è incerta oppure non ancora dimostrata*
- *Una terza e ultima dinamica, che agisce sul piano qualitativo, è rappresentata dalla trasformazione in condizioni medico-sanitarie di situazioni che dovrebbero far parte della normalità della condizione umana”.*

Per chi volesse approfondire in (29) troverà una sua bella conferenza in merito.

Così una saltuaria iperglicemia, una volta abbassate le soglie di normalità, diventa quasi-diabete, una pressione arteriosa ai limiti della norma, abbassati i limiti della norma, diventa quasi-ipertensione, il livello borderline di colesterolo nel sangue diventa quasi-ipercolesterolemia, il dosaggio “di screening” del PSA, una volta trovato sopra la norma genera una cascata di esami e di controlli alla prostata spesso più dannosi che utili. Si crea così fra le persone una grave preoccupazione, e la preoccupazione crea dipendenza, e si diventa malati, o malati potenziali. L'etichetta acquisita ti cambia l'identità, e la tua identità di malato la difendi con vigore. Oltre che malato potenziale diventi non più “paziente”, ma “consumatore esigente” (30), e tornare indietro è quasi impossibile.

Se i pazienti diventano consumatori o utenti questi sono fenomeni inevitabili: i loro sintomi diventano oggetto di mercato e di profitto da parte di diversi “players”, e così la quantità obbligatoria soppianta la qualità necessaria, utile alla cura delle persone, a costi contenuti e bassi profitti. La stessa prevenzione primaria delle malattie va così in competizione con la cura, e viene sostituita dalla diagnosi precoce, dagli screening e dai check-up, questi ultimi di molto dubbia efficacia ma richiestissimi e offerti con sospetta generosità (31).

Ovretveit (32) ha calcolato che, per alcune patologie, applicare procedure appropriate di

buona qualità potrebbe ridurre i costi almeno del 30%, a seconda della patologia trattata. Inaccettabile per chi fa profitti sullo spreco, fenomeno descritto in medicina ed in altri comparti produttivi, come, secondo Andrea Segrè, quello alimentare (33). Secondo quest'Autore una società basata sul mercato fonda la sua crescita anche sulla produzione di un surplus di merci che devono essere vendute oppure vengono buttate. Per cibo e farmaci questo è particolarmente doloroso. Le previsioni di profitto dipendono dalla produzione in eccesso. I pazienti, nel gergo del mercato, diventano "utilizzatori finali" e i medici prescrittori sono l'ultimo anello della catena produttiva, quello essenziale per garantire la sopravvivenza dell'intero sistema. Bene quindi che i prescrittori da una parte siano blanditi dalla pubblicità e dagli omaggi dei produttori, sotto forma, ad esempio, di iscrizioni a congressi in luoghi da sogno, e dall'altra siano spaventati dalla continua minaccia di essere denunciati alla magistratura per non aver fatto "tutto il necessario" per i loro pazienti. Le vie del marketing sono infinite.

In questo contesto "fare qualità, e soprattutto appropriatezza" come cavalieri solitari diventa per i medici quasi impossibile. Il meglio che si può fare è restare onesti mantenendo fede, per quanto possibile, al codice deontologico, di fronte alle esigenze dei consumatori di trattamenti anche oltre i propri diritti ed ai propri bisogni reali di salute. La domanda di prestazioni ha surclassato, nell'immaginario collettivo, il bisogno di salute e domina incontrastata. Il fenomeno non è nuovo, è stato descritto, quasi un secolo fa, in una godibile pièce teatrale di Jules Romains (33-34). La grandissima maggioranza dei medici è in grave difficoltà di fronte a questa evoluzione del mercato e si comporta il meglio che può. A 40 anni dalla pubblicazione di Nemesi Medica, possiamo purtroppo dire che Ivan Illich aveva visto giusto (35).

Qualità dell'assistenza sanitaria: componenti e relazioni in rapporto dinamico e complesso

Le componenti della qualità professionale descritte negli anni '70 e '80 da Donabedian e riprese da Vuori (36) sono:

- L'**efficacia teorica** delle cure, dimostrata con la ricerca indipendente e ben fatta, è la capacità di un intervento di raggiungere l'obiettivo atteso.
- L'**efficacia nella pratica**, è il rapporto fra i risultati raggiunti e gli obiettivi prefissati.
- L'**efficienza**, il rapporto fra i miglioramenti, reali o attesi, nello stato di salute e i costi responsabili di questi miglioramenti. Oggi la sua definizione coincide con quella di "valore - value".
- L'**appropriatezza**, il grado di applicazione delle cure di provata efficacia a chi ne ha veramente bisogno.
- L'**adeguatezza** delle cure: da "ad equum", una misura di distribuzione delle cure appropriate a chi ne ha bisogno.

- L'**accessibilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di "liste d'attesa" e di libera professione intramoenia.
- L'**accettabilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di "consenso informato".
- La **sostenibilità** delle cure: in discussione quotidiana in tema di sostenibilità ecologica e, a questa inclusa, economica.
- La **tempestività** delle cure, il giusto rapporto fra comparsa del sintomo, della consapevolezza della sua gravità e dell'accesso ad una struttura sanitaria.
- La **sicurezza** dei pazienti - primum non nocere - uno dei fondamenti delle professioni sanitarie, molto di più del solo "risk management".
- La **continuità** delle cure, che attiene al progetto di percorsi assistenziali da rivedere continuamente nel corso del trattamento, in alleanza fra equipe curante, malati e le persone a loro vicine.
- La **soddisfazione** dei pazienti.
- La **comunicazione** e la **relazione**.

Nel corso degli anni soggetti diversi si sono interessati ad uno o più di questi temi: i manager hanno privilegiato l'efficienza, i medici l'efficacia e l'appropriatezza, i cittadini, a seconda dei diversi ruoli che si trovano a svolgere la tempestività, l'accessibilità, l'accettabilità, la sicurezza, la continuità, la comunicazione, la relazione, tutte componenti che contribuiscono a generare la loro soddisfazione.

Altri ancora hanno aggiunto, a seconda dei loro principali interessi, anche l'**etica** e l'**equità**. È infatti difficile che ci sia un servizio sanitario di qualità non etico e iniquo.

Etica e equità possono essere considerate dei pre-requisiti della qualità, e non delle sue componenti.

Se il regime politico che funge da contesto ai sistemi sanitari non rispetta i diritti umani e non si impegna concretamente per superare le disuguaglianze è difficile discorrere di qualità. La **democrazia**, con le sue forme di partecipazione e di inclusione sociale, è necessaria per garantire la qualità delle cure. Pure è difficile esplorare e promuovere la qualità di servizi sanitari in cui il primo interesse è il profitto personale o di casta, peggio se fatto di speculazioni e corruzione, e non la salute delle persone.

Infine un prerequisito fondamentale della qualità è la **pace**. E molto difficile garantire qualità dei servizi sanitari in tempo di guerra. In tempo di Pandemia il Segretario Generale delle Nazioni Unite ha infatti chiesto al mondo di fermare le guerre in atto (37).

Affrontare quindi il tema della qualità delle cure porta con sé molte domande, molti bisogni di cambiamento, un'intera serie di modi di pensare diversi dal consueto. Spesso in certe situazioni, "fare qualità" è proibitivo.

Appare chiaro che occuparsi di qualità in una società che privilegia la quantità è tentare l'impresa, apparentemente impossibile, di smuovere al cambiamento un intero sistema di pensieri, comportamenti e relazioni. In un sistema complesso, vivente com'è l'orga-

nizzazione della società e, al suo interno, quella sanitaria, è però ben noto che le cose cambiano di continuo anche senza “causare” un cambiamento. Accompagnare, “come fanno gli enzimi” e non “causare” linearmente questo cambiamento è spesso difficile, ma è possibile. Chi vuole muoversi all’interno di un sistema sanitario complesso come “agente di cambiamento” ha bisogno di agire usando competenze diverse, assumendo ruoli apparentemente contrapposti che cambiano nel tempo. Da una parte dev’essere un “*pusher*”, un forte leader che indica la strada e la persegue in prima persona con decisione. Dall’altra è bene che sia pure un “*artist*”, uno che, di fronte ad ostacoli apparentemente insormontabili è capace di trovare soluzioni prima impensate per superarli con eleganza e creatività (38).

L’organizzazione

Quando dei professionisti si riuniscono in gruppo, sempre con ruoli diversi (in un servizio sanitario le culture professionali che nel tempo abbiamo contato sono non meno di 50) il loro insieme diventa, anche quando sono solo due, un’organizzazione.

Negli anni ’80 e ’90 chi si è interessato al tema della qualità si è trovato, quasi d’improvviso, e senza saper nuotare, tuffato dentro il gran mare in tempesta dei modelli di organizzazione che sono stati sviluppati nel corso dei secoli. Nel corso del ‘900, due grandi “influencers”, come si direbbe oggi: Taylor (39) e Weber (40), hanno fortemente influenzato, da lati opposti, il pensiero organizzativo. Il primo ha teorizzato e applicato l’organizzazione scientifica del lavoro che portò alle fabbriche fordiste, quelle in cui tutte le interazioni fra macchina e operaio venivano analizzate in dettaglio allo scopo di adattare gli operai alle macchine al fine di aumentarne la produttività (41). Il secondo ha avuto il merito di analizzare la potenza e i danni fatti all’umanità dalla burocrazia, una immortale tortura cui il potere piramidale sottopone i suoi sudditi, invariante - apparentemente - nel tempo.

Taylorismo e burocrazia affliggono da sempre anche tutti i servizi sanitari. Negli anni ’80 la speranza era che la cultura della qualità potesse essere in grado di contrapporsi e superare la cultura della quantità sorretta da taylorismo e burocrazia, ma nel corso del tempo ci si è resi conto che è un obiettivo difficilmente raggiungibile senza un cambio completo di paradigma per l’insieme della società umana, un cambiamento del nostro modo di pensare e di agire, un cambiamento che converrebbe al pianeta, alla natura, alle comunità umane. In questi ultimi anni, non contenti delle acquisizioni fatte, in tutto il mondo ci sono dei gruppi umani che studiano e si confrontano su come fare, e, a volte, sempre di più, nel loro piccolo, hanno delle esperienze positive di cambiamento proponendo delle soluzioni sistemiche (42).

Molti infatti sono convinti che i cambiamenti climatici in atto, il depauperamento delle risorse del Pianeta, il suo utilizzo come discarica dei residui industriali e dei consumi, la per-

dita di biodiversità, l'accumularsi di disuguaglianze sociali, che insieme costituiscono una crisi ecologica, climatica, sociale, politica, economica, siano i segni di una crisi sistemica dalla quale è possibile uscire solo con un globale cambio di paradigma (42). C'è bisogno di abbandonare la tensione verso lo sviluppo quantitativo, che ora è sorretto da miti dannosi, e non più da evidenze di convenienza per le nostre società. Questi miti sono stati ben descritti, per quanto riguarda i sistemi sanitari, da Henry Mintzberg (43). E c'è chi propone un'esplorazione attiva verso uno sviluppo qualitativo in cui una nuova scienza della qualità possa finalmente emergere nella comunità umana del terzo millennio (44).

In tutto il mondo i movimenti giovanili stanno trainando questo cambiamento e possono renderlo possibile (45), specie se sostenuti da un'opinione pubblica sempre più consapevole ed attenta alle tematiche ambientali (46). L'allarme lanciato dagli scienziati trova oggi voce anche da parte di grandi leader spirituali come il Papa e il Dalai Lama (47-48). A supporto di questo cambiamento necessario sono la scienza dei sistemi complessi (49), lo studio delle relazioni fra le diverse componenti della qualità, appunto, la possibile scienza della qualità, tutta da inventare (50), l'alleanza fra le diverse componenti della società a supporto della vita sul pianeta, lo sviluppo di un'economia circolare (51), l'utilizzo di fonti rinnovabili di energia e il conseguente abbandono di quelle fossili (52), la salute in tutte le politiche (53).

Un compito immane, che spetta oggi a tutte le generazioni, insieme, per salvare la vita sul pianeta.

Bibliografia

1. Massoud R. Conclusioni Sessione A 14 – Accreditation and External evaluation Session 2: Advances in quality improvement over the last three decades 5 ottobre Doha – Qatar 32° Conferenza internazionale ISQua
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume I: The Definition of Quality and Approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1980.
3. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume II: The Criteria and Standards of Quality. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1982.
4. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring – Volume III: The Methods and Findings of Quality Assessment and Monitoring: An Illustrated Analysis. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1985.
5. Vuori H. Quality Assurance in Health Care – EURO WHO 1984. Traduzione Italiana: Verifica e Revisione della Qualità dell'assistenza sanitaria. EDIMEDICA 2, 1985.
6. WHO: Carta di Lubiana – Traduzione italiana QA 1998; 9(1).
7. ISQua. 1993 - 5-8 october 10th International Conference - Maastricht, Netherlands. Proceedings
8. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX:11992M/TXT>
9. European Community. Medical and Health research Coordination Programme 1989-1991. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals (COMAC/HSR) – Progress report – Utrecht, CBO, 1990

10. European Community. 4thth Biomedical and Research Programme- Biomed 1. 1991-1994. Concerted Action Programme on Quality Assurance in Hospitals- Multicentric Comparative study on different Quality assurance strategies and their effect on Improvement of care with respect to Keeping of patient records, Prophylactic Antibiotic use in surgery, Preoperative assessment and prevention and therapy of bedsores. Final report. CBO – Utrecht, 1995
11. Lombarts MJMH, Rupp I, Vallejo P, Sunol R, Klazinga NS. Application of quality improvement strategies in 369 European Hospitals: results of the MARQUIS (Methods of Assessing response to Quality Improvement Strategies) BMJ Quality & Safety. project (SP21-CT-2004-513712) was funded by the European Commission through its Scientific Support to Policies action under the Sixth Framework Programme for Research. Vol 18 Issue suppl. 1
12. Shaw C D. Developing Hospital Accreditation in Europe. WHO Regional office for Europe. Division of country support. Working paper. December 2004. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/240318/E88038.pdf
13. Matkce S, Epstein A M, Leatherman S. The OECD Health Care Quality Indicators Project: history and background International Journal for Quality in Health Care 2006 (18) suppl_1, September : 4, <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzl019>
14. Vincent C. Clinical Risk management. London: 1997; BMJ Publications
15. Reason J. Human error; Cambridge University Press. Edizione italiana: L'errore umano; Bologna: Il Mulino; 1990.
16. Leape LL, Berwick DM. Reducing error in medicine: it's time to take this more seriously. BMJ 1999; 319: 136-7.
17. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_notizie_1994_listaFile_itemName_0_file.pdf
18. Cislighi C. <https://www.epi-prev.it/il-diritto-alla-salute-equivale-al-diritto-ai-consumi-sanitari>
19. Sackett D L, Rosenberg W.M.C., Grey M.J.I, Haynes R.B., Richardson W S.: Evidence based medicine: what it is and what it is not. BMJ 1996; 312: 71-72. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.p>
20. <https://www.health.org.uk/sites/default/files/MeasuringPatientExperience.pdf>
21. Saini V, Brownlee S, Elshaug A. G, Glasziou P, Heath I. Addressing overuse and underuse around the world. The Lancet 2017; (8): 4-6.
22. Brownlee S, Chalkidou K, Doust J, Elshaug AG, Glasziou P, Heath I, Nagpal S, Saini V, Srivastava D, Chalmers K, Korenstein D. Right care 1. Evidence for Overuse of medical services around the world. The Lancet 2017; (8): 7-19.
23. Glasziou P, Straus S, Brownlee S, Trevena L, Dans L, Guyatt G, Elshaug AG, Jannet R, Saini V. Right care 2. Evidence for underuse of effective medical services around the world The Lancet 2017; (8): 20-28.
24. Saini V, Garcia-Armesto S, Klemperer D, Paris V, Elshaug AG, Brownlee S, Ioannidis JPA., Fisher E. Right Care 3. Drivers of poor medical care. The Lancet 2017; (8): 29-41.
25. Elshaug AG, Rosenthal MB, Lavis JN, Brownlee S, Schmidt H, Nagpal S, Littlejohns P, Srivastava D, Tunis S, Saini V. Right care 4. Levers for addressing medical underuse and overuse: achieving high value health care. The Lancet 2017; (8): 42-53.
26. Moynihan R, Henry D. The Fight against Disease Mongering: Generating Knowledge for Action. PLoS Med 2006; 3(4): e191. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191>
27. Fabbri A, Bodini C. Disease Mongering. Una malattia per ogni pillola. Salute internazionale 30 giugno 2010
28. Domenighetti G. Dall'induzione alla creazione della domanda: quali implicazioni per i servizi sanitari nazionali. Panorama della sanità 2003; 41: 12-15.
29. <https://www.youtube.com/watch?v=WBX8q8w6ZH4>
30. Cavicchi I.: Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità Pubblica. Bari:

- Edizioni Dedalo; 2007.
31. https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/medicina-e-ricerca/2019-09-24/cartabellotta-gimbe-i-check-up-generici-consumistici-e-inutili-e-xxi-secolo-e-malato-sovradiagnosi-144604.php?uuid=ACmylam&refresh_ce=1
 32. Ovreteit J. Does Improving Quality save money? The health foundation. September 2009
 33. [http://copioni.corrierespettacolo.it/wp-content/uploads/2016/12/ROMAINS%20Jules__Il%20dotto%20Knock%20ovvero%20il%20trionfo%20della%20medicina__null__U\(9\)-D\(5\)__Commedia__3a.pdf](http://copioni.corrierespettacolo.it/wp-content/uploads/2016/12/ROMAINS%20Jules__Il%20dotto%20Knock%20ovvero%20il%20trionfo%20della%20medicina__null__U(9)-D(5)__Commedia__3a.pdf) Segrè Andrea. Vivere a spreco zero. Marsilio, Venezia, maggio 2013
 34. https://www.youtube.com/watch?v=WGhG9Q5Y_PE&t=16s
 35. Illich I. Nemesi medica. L'espropriazione della salute. Milano: Red edizioni; 2013.
 36. Vuori H. Quality Assurance in Health Care – EURO WHO 1984. Traduzione Italiana: Verifica e Revisione della Qualità dell'assistenza sanitaria. A cura di Franco Perraro e Andrea Gardini. EDIMEDICA1985; 2.
 37. <https://unric.org/it/covid-19-appello-del-segretario-generale-onu-per-un-cessate-il-fuoco-globale/>
 38. Fleisher D. Lezione sul “ Change Agent”, I° workshop internazionale WHO sulla quality assurance in health care, Stockholm, 15-19 agosto 1985.
 39. Taylor FW. The Principles of scientific management. New York: Harper & Brothers Publishers; 1919.
 40. Weber M. The theory of social and economic organization. London: Oxford University press; 1947.
 41. Petri E. La classe operaia non va in paradiso. 1971 <https://www.youtube.com/watch?v=fNcxBjEOgw>
 42. Capra F, Luisi PL. Vita e Natura, una visione sistemica. Sansepolcro(AR): Aboca edizioni; 2014.
 43. Mintzberg H. Managing the myths of healthcare e Health Care as a system beyond its parts. Salerno, Università degli Studi , 15 ottobre 2010: La sanità intorno all'uomo: dai miti ai valori.
 44. Capra F, Henderson H. Crescita qualitativa. Un quadro concettuale per individuare soluzioni all'attuale crisi, che siano economicamente valide, ecologicamente sostenibili e socialmente eque. Sansepolcro(AR): Aboca edizioni, 2013.
 45. <https://fridaysforfuture.org>
 46. <https://www.slowfood.com>
 47. http://www.vatican.va/content/francesco/it/encyclicals/documents/papa-francesco_20150524_enciclica-laudato-si.html
 48. https://www.youtube.com/watch?time_continue=29&v=iYBMLsc64HM&feature=emb_logo
 49. <https://www.complexityinstitute.it/?p=12470>
 50. <https://www.capracourse.net> e conseguenti comunicazioni personali con F. Capra
 51. <https://www.europarl.europa.eu/news/it/headlines/economy/20151201STO05603/economia-circolare-definizione-importanza-e-vantaggi>
 52. Rifkin J. La Terza Rivoluzione Industriale: Come il "potere laterale" sta trasformando l'energia, l'economia e il mondo, traduzione di Paolo Canton, Milano:Arnoldo Mondadori Editore;2011.
 53. <https://www.who.int/healthpromotion/frameworkforcountryaction/en/>

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

La Qualità dei servizi sanitari ai tempi del Covid-19 *Healthcare Quality in COVID-19 times*

Seconda parte: La Qualità possibile dopo la pandemia *Part 2. The Possible Health Care Quality after the Pandemic*

Andrea Gardini

Medico, co-fondatore del movimento Slow Medicine

Co-fondatore e past president della Società Italiana per la Qualità dell'Assistenza sanitaria-VRQ

Co.fondatore e Board Member 2004-2007 ISQua

Parole chiave: qualità dei servizi sanitari, COVID 19

RIASSUNTO

La pandemia di SARS-COVID-19 e i fenomeni correlati che si stanno verificando nelle Comunità Umane colpite dalla malattia impongono una riflessione sull'insieme del fenomeno pandemico, guidata dai principi della qualità delle cure e della salute pubblica elaborati ed esposti dalle Istituzioni pubbliche e dalle Associazioni professionali che, nel corso degli ultimi 50 anni, hanno proposto ed applicato, su questo tema, un quadro concettuale coerente. Obiettivo di questo lavoro è ripensare alle acquisizioni fatte in passato in tema di qualità delle cure e proporle come una strategia utile per affrontare con strumenti e comportamenti adeguati l'emergenza COVID-19, nella direzione di un cambiamento di paradigma necessario che accompagni i sistemi sanitari verso un futuro di qualità migliore in una società migliore.

Keywords: health care quality, COVID-19

SUMMARY

SARS-COVID 19 pandemic and related phenomena that are happening in every affected human community impose a global reflection on the whole phenomenon, driven by the principles of health care quality in a context of Public Health as have been elaborated and exposed international Public health Institutions and by healthcare Quality Associations of experts that during the last 50 years elaborated propose and apply a coherent conceptual framework on this item

The goal of this paper is to think again together to the past advancements in health care quality and propose them to face SARS-COVID 19 emergency with effective strategies, behaviors and tools towards a necessary paradigm change to support the health care systems towards a better quality in a better Society.

Autore per corrispondenza: dott.andreagardini@gmail.com

Introduzione

Essere testimoni di una nuova malattia epidemica e dei suoi effetti sulla nostra società per certi versi è un privilegio. Un privilegio spaventoso. Chi come me è abituato, per scelte di vita, a ricercare le soluzioni a situazioni difficili, anche con questa prova ad applicare le sue conoscenze pregresse per dare una mano a chi oggi è sul campo, e a fare delle proposte. Viste le componenti della qualità e le loro relazioni, proviamo insieme?

Efficacia teorica

La ricerca scientifica è “un’attività di studio, con intendimenti e metodi scientifici, svolta in modo sistematico e non casuale per l’acquisizione di nuove conoscenze”(1).

Senza addentrarsi, volutamente, nell’eterno e benvenuto dibattito filosofico sul metodo scientifico, che ha impegnato, nel corso del secolo precedente, dentro e fuori la medicina, fior di Maestri prestigiosi ed amati, ha visto posizioni contrapposte e fioriture evolutive di idee e pensieri che ci stanno nutrendo anche adesso (2-4) si comprende, che la ricerca, in particolare quella medica, deve seguire un metodo che ha una sequenza di azioni, che devono essere fatte in un modo ordinato e visibile. Una ricerca medica deve partire da ipotesi serie, come problemi non risolti di salute, non deve essere guidata da motivazioni futili o strumentali o di carriera, deve avere degli obiettivi chiari di miglioramento dello stato di salute delle persone affette da certe malattie, dev’essere il più possibile indipendente, libera da condizionamenti di qualsiasi tipo, deve seguire un metodo rigoroso, trasparente e verificabile da tutti, dev’essere progettata bene, secondo logiche condivisibili dagli scienziati di tutto il mondo. I suoi risultati devono essere riproducibili da altri ricercatori che siano in grado di ripeterli, confermandoli e devono essere riportati su riviste scientifiche che abbiano un comitato scientifico formato da referee indipendenti, che siano in grado di valutarne la veridicità e l’affidabilità prima della pubblicazione. Dopo aver fatto tutto ciò gli scienziati devono essere consapevoli che i loro risultati sono provvisori, non devono diventare dei dogmi, delle verità rivelate, non devono cioè cadere nello scientismo, la negazione della conoscenza che per sua natura è in continua evoluzione. La vita è, anche, cognizione (5).

Negli ultimi mesi sono stati pubblicati in tutto il mondo migliaia di lavori a proposito di COVID 19 (6). Uno sforzo gigantesco, straordinario, della comunità scientifica mondiale. Una corsa alla conoscenza senza pari, che è anche competizione per gli investimenti che sovvenzionano i ricercatori.

Le domande poste sono essenzialmente queste: che cos’è questo virus, come si trasmette, quali sono le sue interazioni con il suo ospite, come interagisce il suo ospite con il virus, come si può prevenire l’infezione con provvedimenti di salute pubblica collettivi, con azioni individuali e con la vaccinazione, ci sono dei farmaci che possono aiutare l’ospite a superare l’infezione?

Non si può tralasciare il fatto non trascurabile che, per quanto riguarda la natura dei virus, Coronavirus 19 compreso, c'è da tempo in corso un dibattito sulla loro natura. Sono esseri viventi o no? Si sa che sono parassiti obbligati, che per riprodursi hanno bisogno delle cellule degli ospiti in cui si annidano, ma sulla questione del vivente ancora nessuno si sbilancia. La definizione stessa di "vivente" sembra in crisi di fronte a un virus (7). Questi pezzi di codice genetico avvolti da una membrana che girano il mondo tuffati dentro goccioline di saliva sono ancora un mistero, sembrano antichissimi, presenti sul pianeta ancor prima dei batteri, molto prima di noi.

Nel caso del Coronavirus 19, che ha fatto il salto di specie, atteso dai virologi più consapevoli da molti anni (8), si trasmette da un ospite all'altro come un raffreddore, nelle goccioline di saliva che vengono emesse con un colpo di tosse dal loro ospite. Quelli che ne sono ospitati non possono saperlo se non hanno sintomi, e sono la grande maggioranza. È meglio, per riguardo verso i propri simili, evitare che i propri virus si espandano nell'aria. Quindi, mascherine, più per proteggere gli altri che per proteggere sé stessi. Un concetto controintuitivo in una società che ha esaltato l'individualismo... difficile da far passare nei comportamenti di molti. Le goccioline con il virus dentro ad uno starnuto vanno in giro per mediamente 1-2 metri. Quindi è bene, in corso di epidemia, star lontani gli uni dagli altri. Lo hanno chiamato distanziamento sociale, ma è meglio chiamarlo distanziamento fisico. Il primo evoca solitudini insanabili e diffidenza, tende a distruggere le comunità basate sulla fiducia. Il secondo necessita di complicità solidale e collaborazione, incentiva la solidarietà. Le parole sono importanti.

A volte le goccioline infette finiscono sulle mani e con esse si trasmettono. Perciò vanno lavate spesso e con cura. Mascherine, distanziamento fisico e il lavaggio frequente delle mani sono i mezzi e i comportamenti di efficacia dimostrata per ridurre il rischio di trasmettere o ricevere una infezione (9).

Per quanto riguarda i farmaci, nelle varie fasi della malattia, ancora poco si sa. Il cortisone sembra utile nelle fasi avanzate della malattia polmonare, quando si scatena la reazione infiammatoria alveolare e interstiziale (10). Anche l'eparina sembra utile, data per ridurre le micro trombosi che intasano i microvasi degli alveoli a malattia conclamata (11-12). Forse anche la cloroquina, che pare però funzioni nelle fasi più precoci, riducendo la frequenza della replicazione del virus, ma la sua efficacia, che sembra dipendere dalla precocità del trattamento, è in via di dimostrazione (13).

Gli altri farmaci sembra ancora che non siano utili, ma bisogna attendere le conferme (14). Sembra di intravedere una ressa, fra i produttori, per far passare le proprie posizioni. Impazziscono le agenzie di marketing. Buffo - se non fosse una situazione tragica - immaginarli rossi in viso ad applicare di più e ancor di più le regole immutabili della pubblicità spinta all'eccesso, così ben descritte qualche anno fa da Partecipasalute con il suo "generatore automatico di comunicati stampa" (15) o da David Healy in un suo libro

ormai famoso e ben documentato (16).

Quest'epidemia è stata un'occasione mancata di intervenire mettendo a punto trattamenti sperimentali con rigore e metodo. In pochi ci hanno pensato e lo stanno facendo, come, ad esempio, le equipe pubbliche di cura dell'Emilia-Romagna, ispirate dal prof. Viale, che i pazienti li trattano a domicilio, entro le 48 ore dai primi sintomi, con la idrossiclorochina (13). Aspettiamo le prove. Nel campo della prevenzione la preparazione di un vaccino, ed il suo auspicabile utilizzo generalizzato, al di là delle sparate pubblicitarie quasi quotidiane, è tutta da scoprire. Non c'è dubbio che un vaccino efficace sarebbe il trattamento migliore.

Efficacia pratica

E' troppo presto per fare una valutazione dell'efficacia di tutti i trattamenti che sono stati proposti ai pazienti prima e dopo il ricovero per COVID 19. Pratica comune vuole che, se non ci sono evidenze di efficacia, per questa malattia nuova, si provino tutti trattamenti più ragionevoli, in base all'esperienza migliore dei medici, alla probabile patogenesi della malattia, alle condizioni della persona malata. Meglio sarebbe, come si diceva, che ci fosse una maggiore attitudine a fare delle sperimentazioni formali per acquisire prove migliori. Quello che però si sa è che le vecchie regole del TTT in corso di epidemia, Track, Test, Treat sono obbligatorie. Assieme a mascherine, distanziamento fisico e lavaggio delle mani. Assieme all'isolamento degli infetti e dei contatti. Sono tutte misure di public health con le quali si prova ad evitare il ricorso a trattamenti farmacologici, che sono di ancora non evidente efficacia. Queste misure richiedono un'organizzazione territoriale, una rete coerente di azioni utili fatte da persone competenti, una chiara volontà politica. Non sempre ciò si è potuto fare. I distretti sono stati smantellati da una politica miope, i medici di medicina generale confinati in ambulatori a soddisfare, contro la loro volontà più volte espressa, le esigenze della burocrazia ed a svolgere il ruolo a loro affidato di "prescrittori finali" e dove gli infermieri di territorio proprio non esistono. Il virus si è diffuso senza ostacoli e molti medici e infermieri, lasciati a mani nude, sono morti, assieme ai loro pazienti.

Efficienza

In assenza di prove di efficacia discorrere di efficienza sembra futile, poco importante, quasi grottesco. Esiste però l'efficienza amministrativa previdente, quella che potrebbe fare prima le gare per i dispositivi di protezione individuale, conservarli in magazzini protetti, in caso di una nuova emergenza pandemica, quella stessa che di fronte alle richieste ripetute, agli allarmi per la mancanza di dispositivi, farmaci, ventilatori non ti risponde che, no, non si può fare per i limiti del budget. Quella che adatta le esigenze della buona amministrazione ai bisogni delle persone.

Appropriatezza

In assenza di prove di efficacia anche l'appropriatezza sembra un termine poco interessante, per quanto una cura appropriata di un malato di COVID 19 debba prevedere che sia visitato a domicilio da una equipe attrezzata per quanto possibile subito, appena chiama per essere aiutato, sia trattato all'interno di un progetto sperimentale con dei farmaci che possano ridurre la velocità di replicazione del virus, ridurre la probabilità di fare delle tromboembolie e ridurre l'infiammazione, sia monitorato nei suoi parametri vitali e possa accedere in maniera controllata e rapida alle strutture deputate al ricovero, dove ricevere le cure migliori possibili. Tutto ciò agli inizi della pandemia è successo poco. Eravamo tutti impreparati, colti di sorpresa. Nel corso della pandemia, sorretti dall'esperienza, abbiamo compreso abbastanza presto che cos'è che succede ai pazienti, lo abbiamo trasmesso ad altri colleghi per lo più con un tam tam sotterraneo e tutti all'interno degli ospedali e sul territorio hanno fatto anche più del necessario e conosciuto pur di salvare la vita alle persone ammalate. Piuttosto, abbiamo potuto notare la grave inapproprietezza di gran parte dei comportamenti degli uomini politici responsabili delle strategie regionali per la salute, dei loro staff e dei loro sponsors. Medici, infermieri e tutti gli altri professionisti hanno fatto, come sempre, quasi da soli, anche zigzagando fra gli impicci messi sulla loro strada da una politica locale quasi sempre "non appropriata". E' aperto il dibattito sull'appropriatezza del personale politico che chiede, durante le elezioni, il potere, e poi non è in grado di esercitarlo per il bene di tutti per carenze culturali, motivazionali, etiche, già descritte con maestria in un film famoso (17). Solo il governo centrale, e in questa circostanza specifica, si è dimostrato, assieme a pochi altri, in grado di anteporre le ragioni della salute a quelle della produzione e del mercato, applicando la Carta Costituzionale. Le reazioni scomposte contro questa strategia ci hanno insegnato parecchio. Ci consigliano un criterio importante per scegliere chi votare la prossima volta. Per chi difende la nostra salute o per chi sta dalle parti del mercato? O c'è, sperabilmente, una via di mezzo?

Adeguatezza

Dare a tutti quelli che ne hanno bisogno il meglio delle cure disponibili in termini di prevenzione, cura e, riabilitazione post COVID, nel posto migliore rispetto ai loro bisogni. Di questa componente della qualità non si è tanto parlato in questo periodo, e sarebbe interessante potersi confrontare, a posteriori, con dei dati. Certo è che se dovesse arrivare una seconda ondata la definizione già sin d'ora degli ospedali dove i pazienti di COVID 19 e solo quelli vanno ricoverati sul territorio nazionale, rispetto a Paesi più ricchi e popolosi del nostro, è sin d'ora un bel programmare.

Sicurezza dei pazienti e degli operatori

Come sia stata trattata la sicurezza dei pazienti nel tempo del COVID 19 è un tema da esplorare. La pandemia stessa, per come si è presentata, parlando in termini di risk management, inteso come l'insieme di strategie e strumenti per garantire la sicurezza dei pazienti, sembra un numero piuttosto consistente di "eventi sentinella". Ogni morte, ogni contagio sembra esserlo, e ogni morte, ogni contagio dovrebbero essere studiati come eventi sentinella per evitare che si ripetano. Lo stesso si può dire dei morti e dei malati fra i medici, gli infermieri e tutti gli altri operatori sanitari. Troppi, in tutto il mondo. Doloroso da noi, soprattutto se persone meravigliose come alcuni dei nostri amici più cari sono stati portati via così, da un giorno all'altro, dopo grandi sofferenze solo per aver fatto il proprio dovere (18).

Continuità delle cure

Dai primi sintomi all'esito favorevole o meno, nel prossimo futuro (cioè da adesso) sarà necessario proporre dei percorsi sanitari generali e specifici per territorio e per gravità del problema. La mancata risposta alla domanda "Chi fa che cosa, come e quando" è stato forse il più serio problema di gestione delle situazioni cliniche che gli operatori sanitari si sono trovati ad affrontare. Forse la carenza di "preparedness", di progettazione condivisa degli interventi migliori da fare è stata, assieme ai problemi di comunicazione, quella che ha più pesato sugli esiti clinici, un'organizzazione di sistemi di cura che, nel bene e nel male, hanno improvvisato. In una seconda possibile ondata bisognerebbe non improvvisare.

Comunicazione e relazione

Il capitolo della comunicazione in tempi di COVID 19 meriterebbe un'analisi a sé. La comunicazione, intesa come relazione fra medici, operatori e pazienti andrebbe analizzata in dettaglio. In generale sembra che la necessità di operare in sicurezza abbia ridotto, in molti casi ai minimi termini, la relazione di cura non solo fra operatori e pazienti ma anche fra operatori e famiglie che, avendo convissuto con una persona infetta sono state poi isolate pure loro. L'emergenza ha spesso determinato la riduzione drastica delle informazioni ai parenti, le misure di protezione rendono difficile la comunicazione con i pazienti, i call center sono stati uno strumento forse inadeguato all'inizio, spesso irraggiungibile nei periodi peggiori dell'epidemia, e le persone spesso si trovavano a non comprendere quello che stava loro succedendo. È un capitolo tutto da progettare all'interno del capitolo "preparedness", ma anche all'interno del capitolo "empowerment" dei pazienti stessi. Molto utile il documento intersocietario di SIAARTI, ANIARTI, SICP e SIMEU "Come comunicare con i famigliari in condizioni di completo isolamento", che ogni operatore sanitario dovrebbe applicare in queste - ed altre - condizioni (19).

La comunicazione esterna, è stata ancora più problematica. Se la comunicazione istituzionale

è stata gestita al meglio possibile dal governo centrale, per lo meno con i dati ufficiali e le conferenze stampa quotidiane della Protezione Civile - aspetto della leadership del governo centrale italiano riconosciuto a livello internazionale - tutto è stato reso molto difficile dal nuovo fenomeno delle reti sociali, e in generale dei mezzi di comunicazione, dove l'emergere continuo di opinioni contraddittorie di persone più o meno esperte, ciascuna nel proprio campo specifico, il desiderio di visibilità, gli interessi politici, economici, sociali che hanno influito sui contenuti e sui toni della comunicazione hanno generato in tutto il mondo una pericolosa "infodemia", nei confronti della quale è difficile proteggersi (20).

Soddisfazione dei pazienti

Esistono vari attestati pubblici di gratitudine dei pazienti che sono stati salvati dal nostro servizio sanitario, e questi sono episodi molto belli. Non sempre è stato così, e la marea montante delle cause legali che le famiglie dei deceduti stanno mettendo in piedi, talora promosse da studi legali senza scrupoli (21), avrà degli sviluppi non prevedibili. Accusare chi si è dato da fare in maniera totale per salvare delle vite sembra una perversione del sistema, che va affrontata con adeguati strumenti legislativi.

Etica e deontologia

Un documento-chiave della SIAARTI (22) è molto utile per affrontare con ragione e giudizio la spinosa questione che sorge dalla domanda "Se ho dieci letti di terapia intensiva tutti pieni, si libera un letto ed ho contemporaneamente due pazienti gravi da soccorrere con un solo ventilatore a disposizione che cosa posso fare? Quali criteri di scelta adottato per prestare loro le cure intensive di cui hanno bisogno?" Anche questo è un dibattito aperto, ma se dovesse esserci una prossima volta, è bene non arrivare a questa situazione ed è difficile avere dubbi sul fatto che sia necessario trattare i pazienti più precocemente possibile, prima di doverli trattare in una terapia intensiva intasata.

L'enorme impegno, il sacrificio personale di tutti quelli che hanno lavorato giorni e giorni in situazioni proibitive ci dice che medici infermieri e tutto il personale coinvolto NON sono solo "risorse umane". Sono professionisti che sanno fare il loro dovere fino in fondo, costi quel che costi.

Equità

È evidente in tutto il mondo che c'è la tendenza della mortalità da COVID 19 a colpire più i poveri che i ricchi, più i meno istruiti che i più istruiti, più le etnie più disagiate socialmente che quelle meno disagiate, più i soggetti fragili. Il problema della disuguaglianza nelle nostre società è molto presente, non è ancora stato risolto (23), si è anzi aggravato con la pandemia. Senza politiche di integrazione e di inclusione sembra destinato a persistere. Senza equità e senza etica non esiste qualità.

Quali sono le strategie, gli strumenti, le tecniche, i metodi della qualità delle cure che possono essere utili in caso di ripresa dell'epidemia?

Un primo strumento da ricordare, fra quelli che fanno parte della cultura della qualità, è progettare dei percorsi assistenziali condivisi fra tutti gli operatori di un territorio, a garanzia della continuità assistenziale, della comunicazione fra gli operatori e fra questi, con i pazienti e le loro famiglie, dell'appropriatezza delle cure e del buon utilizzo delle risorse (24).

Questo strumento partecipato (e solo se veramente condiviso con tutti gli attori previsti nel processo di cura) si è dimostrato utile nella progettazione delle cure nelle grandi emergenze cliniche (25).

Progettare percorsi assistenziali è una modalità operativa dinamica, nel corso della quale gli operatori sanitari del territorio e degli ospedali impegnati in un percorso di cura, insieme:

1. Descrivono ciascuno i comportamenti clinici e assistenziali che svolgono nella pratica corrente nei confronti di pazienti confrontabili fra loro;
2. identificano gli snodi critici di comunicazione fra i diversi livelli operativi;
3. progettano insieme le nuove modalità assistenziali integrate e le modalità di comunicazione fra di loro nei nodi critici;
4. testano queste nuove modalità in situazioni specifiche di prova;
5. riprogettano le stesse attività insieme, alla luce di quanto appreso dalla sperimentazione;
6. attivano il nuovo percorso assistenziale;
7. raccolgono dati sulla sua applicazione sui pazienti;
8. valutano periodicamente gli esiti del percorso e, se necessario, lo modificano in rapporto ai problemi riscontrati.

I percorsi assistenziali si costruiscono dal "basso", non possono essere imposti dal management, o scritti da un componente dello staff sotto forma di generici "PDTA". Possono solo essere favoriti, aiutati, promossi.

Un secondo strumento è l'audit clinico (26), uno strumento professionale partecipato e periodico per valutare i casi trattati attraverso la documentazione clinica e per modificare, al bisogno, i propri comportamenti in rapporto agli esiti dei trattamenti fatti. Lo stesso dovrebbe essere fatto ad ogni evento sentinella, quando, a differenza di quanto progettato, le cose non siano andate come previsto. Nel caso della Pandemia, un audit di comunità dovrebbe essere preliminare per cambiare le strategie e le politiche sanitarie di un territorio, specie se particolarmente colpito.

Un terzo strumento, sempre partecipato, è il ricorso alla revisione degli standard di accreditamento (27), già previsti sia a livello nazionale che regionale, per identificare gli standard che, in corso di epidemia di COVID 19 non sono stati rispettati e cercar di comprendere come mai è successo. Se le strutture sanitarie, pubbliche o private, non

rispettano, in questa o altre situazioni, gli standard in virtù dei quali sono stati accreditati a fornire servizi alla popolazione, l'accreditamento dovrebbe essere sospeso fino a che non ci siano le condizioni di struttura e di processo a garanzia del loro soddisfacimento. In questo senso le visite periodiche di valutazione della presenza dei requisiti dovrebbero NON essere fatte sotto forma di ispezioni, ma in forma di consulenza esperta da parte di professionisti qualificati nella materia clinica specifica, per aiutare gli ospedali a raggiungere gli standard richiesti.

Non sarebbe male che le società scientifiche interessate alla gestione dei pazienti COVID-19 curino la stesura di standard di accreditamento delle strutture destinate ad ospitare pazienti COVID in una eventuale nuova ondata epidemica.

Conclusioni

Per poter riprendere un filo di sviluppo della qualità dei servizi sanitari interrotto da una concezione meccanicistica e orientata alle forze del mercato diffusa in tutto il mondo e dalla pandemia di Coronavirus 19 sarebbe necessario agire su più piani.

Da una parte potrebbe essere molto utile, in corso di pandemia, far conoscere ed applicare adesso, ovunque possibile, le raccomandazioni di Choosing Wisely International per i cittadini ed i professionisti pubblicate nell'aprile 2020, e in corso di continua revisione (28).

Contemporaneamente dovrebbero ovunque nel mondo essere messi in campo i principi indicati dall'OMS, dall'ONU e dalle altre Istituzioni Internazionali (29-32) di preparedness, empowerment ed accountability che sono essenziali per poter superare questa gravissima crisi pandemica.

Preparedness

- Ripensare all'organizzazione dei servizi in termini di qualità e riprogettarli in tal senso.
- Favorire la partecipazione dei professionisti delle strutture sanitarie alla progettazione dei servizi COVID 19.
- Utilizzare i fondi aggiuntivi previsti dallo Stato per ridisegnare la rete dei servizi di prevenzione, i distretti, i servizi di salute mentale, di medicina territoriale e di riabilitazione, oltre che rivedere le attrezzature degli ospedali COVID assumendo il personale necessario a far fronte ad una nuova possibile emergenza.
- Garantire sostegno economico adeguato per proteggere i presidi sanitari ed il personale di assistenza, per garantire cure adeguate e tempestive a tutti i nuovi contagiati e per sostenere le comunità colpite dal virus.

Preparedness e empowerment

- Coinvolgere i professionisti dei vari livelli di cura in progetti di percorsi assistenziali in caso di nuova ondata epidemica, coinvolgendo anche le famiglie dei pazienti deceduti per la malattia e i malati guariti in progetti territoriali partecipati e condivisi.

- Informare e coinvolgere i cittadini sugli sviluppi della pandemia e sui comportamenti da tenere per affrontarla in sicurezza.

Empowerment

- rinforzare i rapporti con i cittadini soprattutto con quelli colpiti dal virus ed i loro parenti valorizzando la loro narrazione per trarne spunto per riorganizzare i servizi con il loro consenso e supporto.

Empowerment e accountability

- Coinvolgere i professionisti nella valutazione della persistenza delle condizioni di accredito e nella progettazione di modalità organizzative e di cura tali da poter far fronte a nuove emergenze pandemiche.

Accountability

- Coinvolgere i professionisti in attività di audit clinico e di analisi degli eventi sentinella, allo scopo di poter progettare i miglioramenti necessari al fine di evitare che si ripetano.
- Garantire una raccolta dati affidabile, trasparente e sicura, per monitorare con precisione l'andamento della pandemia, garantendo il ritorno immediato dei dati ai professionisti che consentano loro di organizzare al meglio il loro lavoro.
- proporre ai professionisti sperimentazioni cliniche formali su pazienti con patologia da COVID 19 a vari livelli di gravità, a garanzia che di tali trattamenti sia valutata l'efficacia e, per i trattamenti efficaci, ne sia garantita la diffusione capillare.

Per una rinascita del Servizio Sanitario Pubblico ed Universale non c'è spazio per scorciatoie. È necessario cambiare modo di pensare. È necessario che cambi pure, in meglio, la Società intera, il nostro modo di vivere. Non c'è altra strada che cambiare il nostro paradigma di riferimento. Quello antico, riduzionista, meccanicista, autoritario, piramidale, paternalista non tiene più. Non è utile né a farci vivere bene, né a sostenere la vita sul Pianeta, né ad affrontare una Pandemia, né a vivere in pace. Anzi, è alla radice dei nostri problemi (33). Siamo otto miliardi, le risorse del Pianeta si stanno riducendo, neppure la qualità antica pensata da Donabedian ci basta più.

Oggi, dopo la lezione del COVID 19 abbiamo bisogno di accettare e rispettare la complessità del mondo in cui viviamo. È necessario prendere atto che le soluzioni semplici non ci sono, che navighiamo sempre in un mare di incertezza. Siamo sempre più consapevoli, da questa lezione, che in Sanità le cose possono funzionare se si lavora in rete, fra professionisti competenti, autonomi e responsabili in collaborazione e non in competizione, avendo chiaro che i rispettivi ruoli sono oggetto di una negoziazione costante. Il personale sanitario va retribuito con dignità, va formato con cura, dev'essere protetto dal contagio, si deve poter auto-organizzare come un sistema vivente costantemente connesso, dev'essere messo in grado di apprendere di continuo, deve potersi giovare di una documentazione affidabile, trasparente e pubblica, deve poter partecipare attivamente ai

lavori di ricerca.

Chi lavora per la salute dei propri simili dev'essere messo in grado di sviluppare l'alleanza costante con i cittadini e con i malati e le loro famiglie, la sola in grado di tutelare la salute, di superare la malattia. Se proprio non c'è più molto da fare per salvare le vite delle persone ammalate, è d'obbligo aiutarle a concludere la loro esistenza con cure di fine vita appropriate, offrendo loro dignità e umanità, trovando le soluzioni migliori per trascorrere gli ultimi momenti, in compagnia delle persone care, senza dolore, senza paura, senza abbandono (34). Con cure sobrie, rispettose e giuste (35).

Bibliografia

1. <http://www.treccani.it/enciclopedia/tag/ricerca-scientifica/>
2. Popper K. Logica della scoperta scientifica. Torino: Giulio Einaudi editore; 1970.
3. Feyerabend PK. Contro il metodo: Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza, Milano: G. Feltrinelli Editore; 1979..
4. Kuhn T. La struttura delle rivoluzioni scientifiche. Torino: Giulio Einaudi editore; 1979.
5. Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente. Sansepolcra (AR): Venezia: Marsilio Editore; 1985.
6. <https://www.semanticscholar.org/cord19>
7. http://www.treccani.it/enciclopedia/virus_%28Enciclopedia-della-Scienza-e-della-Tecnica%29/
8. <https://wsimag.com/it/scienza-e-tecnologia/62062-covid-19-il-dramma-italiano>
9. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC-2020.4>
10. <https://www.who.int/news-room/detail/16-06-2020-who-welcomes-preliminary-results-about-dexamethasone-use-in-treating-critically-ill-covid-19-patients>
11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32220112/>
12. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11239-020-02162-z>
13. <https://www.youtube.com/watch?v=tJQhT22MaXw&t=21s>
14. <https://www.marionegri.it/magazine/covid-19-e-farmaci-utilizzati>
15. <http://www.partecipasalute.it/informati-bene/generatore-comunicati-001.php>
16. Healy D. Pharmageddon. Eclissi della cura e marketing della malattia. Milano: Ed Mimesis Eterotopie; 2016.
17. <https://it.wikipedia.org/wiki/Qualunque>
18. <https://portale.fnomceo.it/i-ricordi-e-il-cordoglio-per-roberto-stella-scomparso-prematuramente-questa-mattina/>
19. [ComuniCoViD_ita-18apr20.pdf](#)
20. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf?sfvrsn=195f4010_6
21. https://www.huffingtonpost.it/entry/legali-invitano-i-familiari-delle-vittime-di-covid-a-fare-causa-ai-medici-cnfruttano-dolore-sanzioni_it_5e860451c5b6f55ebf498c71
22. <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/SIAARTI%20-%20Covid19%20-%20Raccomandazioni%20di%20etica%20clinica.pdf>
23. Marmot M. La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusta. Roma: Il Pensiero Scientifico editore; 2016.
24. Vanhaecht K, Bollmann M, Bower K, Gallagher C, Gardini A, Guezo J, Jansen U, Massoud R, Moody

- K, Sermeus W, Van Zelm R, Whittle C, Yazbeck A, Zander K, Panella M. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries – an international survey by the European Pathway Association. *Journal of integrated Care Pathways* 2009;10 (1): 28-34
25. Lenzi T, Parenti N, Antenucci C, Metalli M. Percorso clinico assistenziale in emergenza dell'IMA con soprallivellamento del tratto ST Emergency Care *Journal* 2007; III (IV Agosto): 21-28.
26. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1552_allegato.pdf
27. <https://www.agenas.gov.it/primo-piano/tag/ACCREDITAMENTO>
28. <https://choosingwiselyitaly.org/covid-19-le-raccomandazioni-di-cw/>
29. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19
30. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-03/SG-Report-Socio-Economic-Impact-of-Covid19.pdf>
31. <https://www.who.int/pmnch/media/news/2020/data-collection-COVID-19/en/>
32. <https://reporting.unhcr.org/sites/default/files/COVID-19%20appeal%20-%20REREVISED%20-%2011%20May%202020.pdf>
33. <https://www.facebook.com/capracourse/videos/205597290819978>
34. Spinsanti S. *Morire in braccio alle grazie*. Roma: Il Pensiero Scientifico editore; 2017.
35. http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=85397&fbclid=IwAR00yux-HSXIemvRRdLExRsbvtvDzETq7e8igNJ-sg76PJLxtIULCkjJR5o

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Disuguaglianze socioeconomiche in salute, equità nell'accesso e nel finanziamento dei servizi sanitari in Italia: quale evoluzione in tempi di SARS-COV-2?

Equity in the delivery and the financing of healthcare in Italy: what a development in times of SARS-COV2?

Guido Citoni*, Domenico De Matteis**, Margherita Giannoni***

*Dipartimento di Medicina Molecolare Università La Sapienza

** Scuola di Economia Università La Sapienza

*** Dipartimento di Economia Università degli Studi di Perugia

Parole chiave: equità in salute e assistenza sanitaria, Italia, SARS-CoV-2, finanziamento sanitario

RIASSUNTO

Introduzione: il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è caratterizzato da crescenti disuguaglianze socioeconomiche di salute. Queste si sono tradotte negli anni sempre più spesso in vere e proprie violazioni del principio di equità che caratterizza il SSN, ovvero il concetto per cui il sistema sanitario pubblico, secondo il dettato Costituzionale (art.3) garantisca accesso alle cure ai cittadini in base ai fabbisogni di cure e indipendentemente dalla capacità degli stessi di contribuire al pagamento degli stessi. *Obiettivi:* discutere da una prospettiva economico-sanitaria, le evidenze riguardo all'equità in base al reddito nell'uso dei servizi sanitari (orizzontale) e nel finanziamento degli stessi (verticale) del SSN, analizzando le sfide poste dalla Pandemia SARS-COV-2.

Metodi: le principali evidenze per l'Italia tratte dalla letteratura economica sulla misurazione dell'equità, intesa sia come equità orizzontale che verticale vengono discusse alla luce del recente andamento della spesa sanitaria, sia prima che durante la Pandemia SARS-COV-2.

Risultati: in Italia prima dell'insorgere della pandemia sussistevano problemi di equità sia nell'uso dei servizi (orizzontale) che nel finanziamento (verticale). Le disuguaglianze socioeconomiche preesistenti tra individui stanno aumentando, come conseguenza della crisi economica innestata dalla Pandemia. Da un lato la spesa sanitaria pubblica è stata aumentata per il contrasto delle conseguenze della Pandemia e, dopo anni di politiche di contenimento dei costi, si è osservata una generale presa di consapevolezza da parte del decisore pubblico dell'importanza dell'investimento pubblico in sanità. Il finanziamento, d'altra parte, non sembra avere alterato la propria composizione e al momento non sono state introdotte fonti aggiuntive specifiche.

Conclusioni: la crisi economica innestata dalla Pandemia rischia di aumentare le disuguaglianze

Autore per corrispondenza: margherita.giannoni@unipg.it

socioeconomiche e per questa via di ridurre l'equità del sistema sanitario pubblico. A fronte degli incrementi di spesa sanitaria pubblica stanziati per l'emergenza, restano invariati i divari strutturali interregionali che sono importanti fonti di disuguaglianze ed iniquità. L'allocatione delle ulteriori risorse pubbliche destinate al SSN deve prevedere una valutazione non solo in termini di efficienza ed appropriatezza ma anche di equità.

Keywords: equity in health and healthcare, Italy, Sars-Cov-2, healthcare financing

SUMMARY

Introduction: the Italian National Health Service (SSN-Servizio Sanitario Nazionale) is characterized by growing socioeconomic inequalities in health care use and financing. Over the years, these have increasingly translated into real violations of the equity principle that characterizes the SSN, based on the idea that the public health system, according to the Constitutional dictation (art.3) should guarantee equal access to care for citizens based on healthcare needs and regardless of their ability to pay.

Objectives: to discuss from a health economics perspective, the main evidence available for Italy on income-related equity in the use (horizontal) and in the financing (vertical) of healthcare services; to describe the main challenges posed by the SARS-COV-2 pandemic.

Methods: the main evidence for Italy from the economic literature on the measurement of both horizontal and vertical equity is discussed and recent trends in healthcare expenditure are reported before and during the SARS-COV-2 Pandemic.

Results: in Italy before the outbreak of the pandemic there were equity problems both in the use of services (horizontal) and in financing (vertical). Pre-existing socio-economic inequalities between individuals are increasing, as a consequence of the economic crisis triggered by the Pandemic. On the one hand, public health expenditure has been increased to counteract the consequences of the Pandemic and, after years of cost containment policies, there has been a general awareness by the public decision-maker of the importance of public investment in health. The financing, on the other hand, does not seem to have altered its composition and at the moment no specific additional sources have been introduced.

Conclusions: the economic crisis triggered by the Pandemic is likely to increase socio-economic inequalities and to reduce the equity of the public health system. Despite remarkable increases in public health expenditure for the emergency, the interregional structural gaps remain, which are important sources of inequality and inequity. There is the need of setting criteria for the allocation of the additional public funding allocation, which should be based on equity and not only on efficiency and appropriateness.

1. Introduzione*

Il presente lavoro riporta alcune evidenze riguardo alle misurazioni dell'equità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con l'obiettivo di analizzare le principali sfide poste dalla Pandemia SARS-COV-2 in una prospettiva economico-sanitaria. In questa disamina verranno analizzati due aspetti dell'equità, ovvero l'equità nell'uso dei servizi e l'equità nel finanziamento degli

* La stesura del lavoro è il frutto del lavoro congiunto dei coautori. In particolare, GC ha curato la parte su equità verticale (par. 4), DD ha curato la rassegna bibliografica, l'introduzione (par. 1) e la rassegna sulla parte empirica sull'equità verticale, MG la parte sull'equità orizzontale e la spesa sanitaria (par. 2 e 3). Le conclusioni sono comuni.

stessi¹, che costituiscono una dimensione essenziale della performance del SSN e i cui elevati livelli hanno fatto sì che all'inizio di questo millennio il sistema sanitario italiano venisse valutato dall'OMS come secondo solo alla Francia nel mondo. La teoria economica valuta l'equità di un sistema sanitario facendo ricorso a due concetti fondamentali. Il primo è l'equità orizzontale, che implica che singoli cittadini che hanno le stesse esigenze sanitarie, dovrebbero ricevere la stessa quantità e qualità di cure indipendentemente dal loro status socioeconomico e dalla loro capacità e possibilità di pagare tali servizi (1). Il secondo è l'equità verticale, che prevede un trattamento diverso per gli individui che hanno caratteristiche differenti, che tipicamente viene utilizzata per valutare il finanziamento dei servizi sanitari, laddove il concetto implica in pratica che individui che presentano redditi diversi dovrebbero essere chiamati a contribuire in misura diversa al finanziamento del SSN (2).

Ci si vuole interrogare sullo stato dell'arte prima della pandemia, capire se negli ultimi venti anni l'equità del SSN abbia retto davanti alle sfide poste dalle continue politiche di contenimento dei costi, dettate dai crescenti vincoli di bilancio pubblico imposti a livello macroeconomico (da ultimo dalla recessione globale del 2008), dal crescente decentramento regionale conseguente l'attuazione del federalismo fiscale con la riforma del titolo V della Costituzione nel 2001. Oltre a questo si cercherà di capire come la pandemia e la sua gestione potrebbero impattare sull'equità del sistema. La pandemia SARS-COV-2 ha avuto infatti un devastante effetto "orizzontale" in Italia sia sulla salute della popolazione che sull'economia. Ha preso alcuni cittadini, per lo più anziani e nelle regioni del nord, e ne ha lasciati altri, ha avuto un impatto economico profondamente dissimile tra settori economici (ha affossato turismo e auto e favorito assicurazioni), tra aziende di differenti dimensioni (le più colpite sembrano essere state le micro e piccole imprese), tra territori (nord vs. sud). La Pandemia ha avuto anche una ricaduta "verticale" cioè su individui, aziende, regioni, differenti per reddito e ricchezza. La stessa ha messo in difficoltà i sistemi sanitari di tutto il mondo, Italia inclusa. Qui, in particolare rispetto ad altri paesi, si sono verificate forti differenze tra i sistemi sanitari regionali nella gestione della pandemia, basti pensare al caso di Lombardia e Veneto che pur avendo conosciuto il virus nelle stesse ore, hanno sistemi diversi e hanno usato diverse modalità di gestione dei servizi sanitari, con una conseguentemente diversa evoluzione del contagio (3). Le politiche attuate per contrastare l'impatto negativo della Pandemia sulla salute e sull'economia si sono susseguite a ritmo crescente in Italia a partire da Marzo 2020, prevedendo anche notevoli aumenti di spesa pubblica in sanità (4). Appare quindi utile accennare all'evoluzione della spesa sanitaria pubblica prima e durante la pandemia, cercando di valutare come gli aumenti di spesa pubblica registrati a seguito degli interventi si pongano rispetto alla situazione pre-Pandemia.

¹ Il tema delle disuguaglianze socioeconomiche e dell'equità nello stato di salute della popolazione non verrà trattato in questo contributo poiché una sua disamina richiederebbe un contributo specifico, che sarà possibile produrre in seguito poiché la pandemia è ancora in atto e le evidenze e i dati disponibili al momento sono limitati.

Ci si chiede se il rifinanziamento di un SSN da tempo sotto-finanziato, come da più parti evidenziato, possa contribuire a salvaguardare anche l'equità del sistema.

Alla luce di queste considerazioni, il lavoro si articola come segue. La prima parte del lavoro riporta evidenze sull'equità orizzontale e analizza l'andamento della spesa sanitaria pubblica sia prima che durante la Pandemia. La parte successiva riporta evidenze sull'equità verticale e considerazioni sulla possibile evoluzione in tempi di Pandemia e successivamente. L'ultima parte conclude.

2. Equità orizzontale e pandemia SARS-COV-2

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato negli ultimi trent'anni caratterizzato da crescenti e persistenti disuguaglianze socioeconomiche nella salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria. I determinanti socioeconomici delle disuguaglianze nell'accesso e nell'uso dei servizi sanitari sono diversi. La letteratura sia epidemiologica che economica indica tra i principali il reddito ed il livello di istruzione di un individuo (5). Queste disuguaglianze si sono tradotte negli ultimi venti anni sempre più spesso in vere e proprie violazioni di quel principio di equità orizzontale che ha caratterizzato il SSN sin dalla sua fondazione, ovvero il concetto per cui il sistema sanitario pubblico, secondo il dettato Costituzionale (art.3) debba garantire l'accesso alle cure ai cittadini in base ai fabbisogni di cure e indipendentemente dalla capacità degli stessi di contribuire al pagamento degli stessi. Il caso italiano presenta la peculiarità per cui l'appartenenza geografica (regione di residenza) risulta essere una fonte di disuguaglianze molto rilevante sia nella salute (6), che nell'uso dei servizi.

L'equità orizzontale nell'uso dei servizi sanitari viene misurata nella teoria economica con indicatori che confrontano la concentrazione dei redditi nella popolazione considerata con la distribuzione, sempre in base al reddito, delle cure analizzate (1-2). Gli indicatori stimati per l'Italia indicano problemi per le visite specialistiche e diagnostiche, ma una sostanziale equità nell'uso dei servizi di ricovero e di medicina di base (7-9). Trattando di disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi si può fare riferimento all'indicatore Eurostat che misura in media i bisogni insoddisfatti di cure mediche. Anche se in Italia in media solo il 2% della popolazione li registra, principalmente a causa di costi e tempi di attesa, il valore è quasi il 5% per la classe di reddito (quintile) più bassa, mentre scende all'1% per gli individui che appartengono al quintile più alto; inoltre i valori nelle regioni meridionali più povere sono quasi il doppio rispetto alle regioni più ricche del Nord (10). La letteratura economica segnala tradizionalmente che l'equità orizzontale è difficile da definire e misurare. Le limitazioni principali dei, peraltro scarsi, tentativi di misurarla in maniera sistematica nei sistemi sanitari, sono basate sia su considerazioni teoriche (cosa misurare, quale equità, con quali metodi/indicatori) che sulla difficoltà empirica di misurare indicatori affidabili che siano basati congiuntamente sui dati di reddito,

condizioni socioeconomiche degli individui, salute e uso dei servizi, con i dati relativi ai flussi finanziari amministrativi sul ricorso ai servizi (1-2).

Secondo l'OCSE la pandemia ha innescato la più profonda crisi economica dai tempi della Grande Depressione del 1929 (11). La stessa pandemia sta colpendo maggiormente individui delle classi sociali più svantaggiate: negli Usa dati recenti mostrano che le disparità economiche e sociali sono aumentate anche in relazione ai livelli di istruzione ed allo status razziale / etnico, di immigrazione (12). Pesanti le ripercussioni registrate sul mercato del lavoro. Secondo l'OCSE, nel periodo marzo-maggio 2020 le richieste di sussidio di disoccupazione sono aumentate del 40% mentre le offerte di lavoro online sono diminuite del 30%; tali effetti inoltre hanno inciso maggiormente sulle classi di occupazione più fragili, quali donne, lavoratori autonomi, temporanei, o con bassi salari ed i giovani (11). Parallelamente, l'OCSE ha riportato un aumento delle disuguaglianze sociali: la probabilità di smettere di lavorare risulta doppia per i lavoratori a basso reddito, che hanno una probabilità di poter lavorare da casa del 50% più bassa, rispetto a quelli ad alto reddito. Si prevede come minimo un aumento della disoccupazione a livelli simili a quelli della grande recessione del 2008, pari ad oltre l'11%, +2% rispetto a quello di fine 2019 con un milione e mezzo di disoccupati in più rispetto all'anno passato. Il dato potrebbe ulteriormente aumentare in caso di ripresa della pandemia in autunno (11).

Un altro problema è legato all'accesso all'assistenza sanitaria di classi fragili di popolazione, quali ad esempio i cittadini immigrati, che mostra ancora una volta la variabilità tra le regioni (13) e appare critico durante la pandemia in tutta Europa(14). Anche gli anziani sono stati pesantemente colpiti dalla pandemia in generale, particolarmente se cronici (4). Le cure per le malattie croniche sono state ritardate durante il lockdown con le conseguenti difficoltà di accesso dovute a liste di attesa allungate (3). Secondo una indagine recente, il 55% dei malati cronici ha difficoltà ad accedere alle visite per effetto della pandemia e il 65% ha dichiarato di aver avuto tempi di attesa più lunghi². Sembra quindi cruciale monitorare la situazione di tutti i gruppi fragili di popolazione durante la pandemia poiché questa potrebbe aggravare ulteriori disparità esistenti.

3. La spesa sanitaria pubblica prima e durante la Pandemia

Una caratteristica principale del sistema sanitario italiano nel tempo è stata la sua capacità di migliorare la salute della popolazione ad un costo relativamente basso (10).

Nel 2019 la spesa sanitaria pro capite in Italia appariva circa il 14% più bassa rispetto alla media OECD (3.649 USD contro 4.224 USD) (Figura 1). Nello stesso periodo la percentuale sul PIL della spesa sanitaria totale (escluse le spese di investimento nel settore sanitario) è stata dell'8,8%, quando ha raggiunto, dopo anni, la media OECD, comunque risultando

² Cfr. <https://www.ilsole24ore.com/art/effetto-coronavirus-55percento-malati-cronici-ha-difficolta-ad-accedere-visite-ADvTcvT>, ultimo accesso in data 17/7/2020.

inferiore ai livelli di paesi europei come Francia (11,2%) e Germania (11,7%), Portogallo (9,6%), seppure vicina alla Spagna (9%), e superiore alla Grecia (7,8%) (figura 1). Il valore si era mantenuto costantemente inferiore alla media OECD, principalmente a causa della lenta crescita del PIL dopo l'inizio della recessione globale nel 2008 (15). Questa percentuale non è aumentata dal 2003, principalmente a causa della lenta crescita del PIL dopo l'inizio della recessione globale nel 2008; il 74% della spesa sanitaria è finanziata con fondi pubblici; il resto è costituito principalmente dalla spesa privata delle famiglie (detta Out-of-Pocket - OOP) (23%). Una serie di misure di contenimento dei costi sono state introdotte dopo l'ultima recessione globale nel 2008 al fine di ridurre la spesa pubblica, con il risultato di spostare l'onere dal settore pubblico alle famiglie, stabilendo vincoli di bilancio più stringenti per la spesa pubblica, ad esempio aumentando il ticket sui farmaci, sui servizi specialisti e diagnostici (16-18). A questo si sono aggiunti il ricorso ancorché parziale al finanziamento a costi-standard e l'imposizione alle regioni in deficit di pesanti misure di rientro (19)³.

In Italia la spesa privata OOP è notevolmente superiore rispetto ad altri paesi del Nord Europa come Francia (9%), Germania (13%) e Regno Unito (16%), sebbene al di sotto di alcuni altri paesi dell'Europa meridionale come la Grecia (35%) e il Portogallo (28%) (figura 1).

In pratica, dopo la recessione del 2008, l'onere delle cure è stato spostato in misura crescente sulla spesa privata delle famiglie (19-20).

Nel 2018, dopo quarant'anni dalla sua fondazione, il SSN risultava sostanzialmente sotto-finanziato, con carenze di organico e strutturali divari Nord-Sud nell'offerta (17-19). Poco prima dello scoppio della pandemia, il governo aveva iniziato ad aumentare i finanziamenti al SSN con la legge di bilancio per il 2019⁴. Dopo lo scoppio della crisi sanitaria ed economica, il governo ha approvato un'ulteriore serie di misure volte a distribuire risorse a molti settori, compresa l'assistenza sanitaria⁵. Le misure economiche sono state mirate a sostenere sia i lavoratori che le imprese nonché la domanda (3-4). Le principali misure hanno riguardato i trasferimenti pubblici, il lavoro, e prestiti, agevolazioni fiscali e crediti d'imposta finalizzati ad aumentare la liquidità delle imprese (21). Il concorso dello Stato alla spesa sanitaria è stato aumentato di 7 miliardi di euro per il 2020 arrivando a 84,6 miliardi⁶, con ulteriori aumenti previsti per i successivi anni (0,60 per il 2021 e 1,609 per il 2022) (22). Le previsioni di spesa per la Competitività e

³ Sull'evoluzione della spesa sanitaria negli ultimi venti anni e il conseguente dibattito cfr. Gerotto, 2020 (17).

⁴ Lo stanziamento per il 2019 è stato pari a 114.474 milioni di euro, con un aumento previsto di 2.000 milioni per il 2020 e un ulteriore aumento di 1.500 per il 2021. Cfr. Ragioneria Generale dello Stato (20), UPB (2020) [22]. Legge n. 145/2018.

⁵ Sul dettaglio delle misure e stanziamenti previsti cfr. UPB (2020) (22).

⁶ Dati Ragioneria Generale dello Stato (<https://openbdap.mef.gov.it/BdS/Scopri>, dati pubblicati 8 luglio 2020)

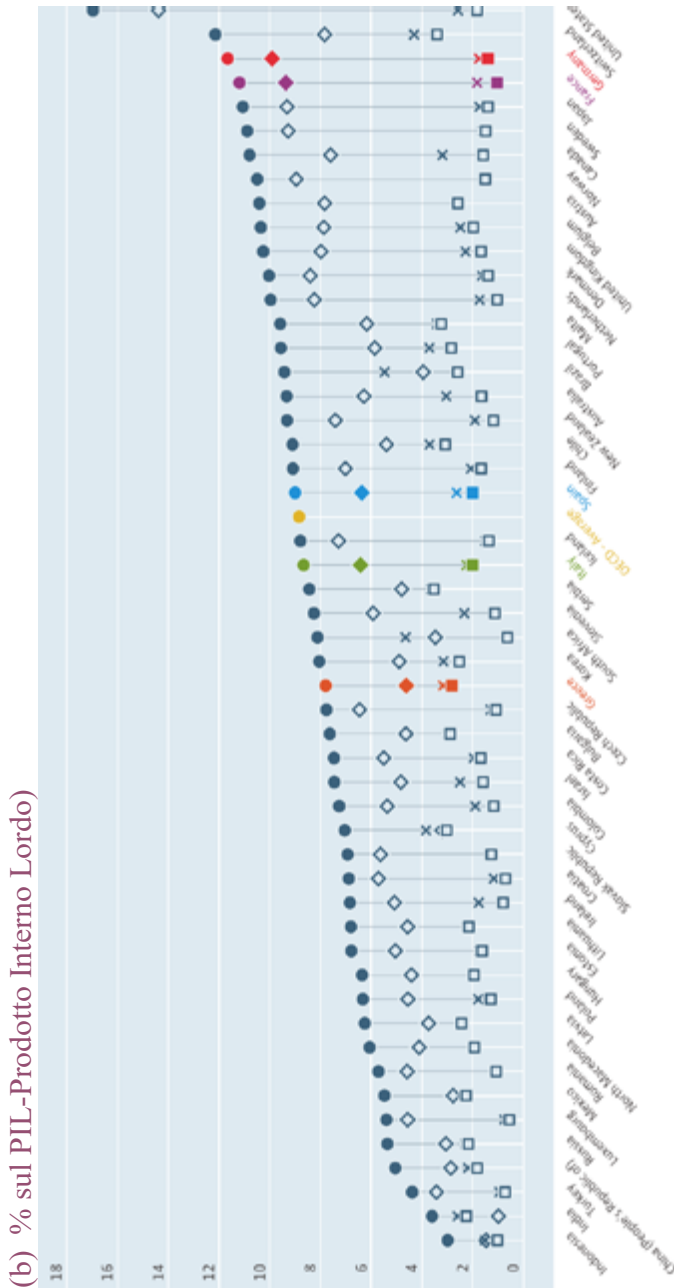


Figura 1 - Spesa Sanitaria nei paesi OCSE e componenti (pubblica, privata: assicurazioni volontarie e privata OOP) 2019 o ultimo anno disponibile
 Fonte: OECD (2020), Health spending (indicator). doi: 10.1787/8643de7e-en (Accessed on 19 July 2020)(15)

sviluppo delle imprese nel 2020 sono passate da 22,6 a 127,8 miliardi di euro⁷. L'aumento degli stanziamenti è seguito anche a una accresciuta consapevolezza dell'importanza dell'investimento nel SSN da parte sia dell'opinione pubblica che del decisore politico. Se quindi, a partire dagli anni Novanta del secolo scorso, la spesa sanitaria pubblica fino alla pandemia è stata sempre condizionata nel nostro paese dal vincolo macroeconomico imposto dai meccanismi europei di stabilità ai conti pubblici, la pandemia ha ribaltato la situazione: nuove risorse per dare ossigeno alla sanità pubblica. Tuttavia, molte questioni restano aperte.

Agevolazioni fiscali, come ad es. quelle previste per l'IRAP - Imposta Regionale sulle Attività Produttive, avranno probabilmente un impatto negativo sull'assistenza sanitaria. Dato che l'IRAP, come si vedrà meglio più avanti, rappresenta una delle principali fonti di finanziamento dell'assistenza sanitaria regionale, si prevede una riorganizzazione del finanziamento dell'assistenza sanitaria a breve termine (22). Inoltre, una delle principali e persistenti problematiche del sistema sanitario è che la spesa sanitaria pubblica mostra variazioni significative tra le regioni, riflettendo lo storico svantaggio socio-economico delle regioni del Sud. A partire dagli anni '90, le politiche del governo italiano per la razionalizzazione e il contenimento della crescita della spesa sanitaria unite al crescente decentramento dell'amministrazione e della fornitura di assistenza sanitaria, hanno portato a crescenti disuguaglianze interregionali e alla creazione di ventuno sistemi sanitari regionali (23-24). C'è un dibattito sul ruolo delle riforme del decentramento fiscale che hanno devoluto le responsabilità finanziarie alle regioni. Alcune evidenze mostrano una riduzione delle spese per determinati servizi forniti ai cittadini e che non siano aumentate le disparità nella salute della popolazione (25). Tuttavia, la pandemia ha messo in evidenza le differenti modalità di gestione del servizio sanitario nelle varie regioni italiane e questo ha innescato un dibattito sull'efficacia del decentramento regionale nella gestione della pandemia (3). Uno dei vantaggi del federalismo sta nella responsabilizzazione delle autorità locali che comporta una maggiore attenzione verso i bisogni dei cittadini. In assenza all'inizio della pandemia di un piano nazionale di immediata efficacia, l'autonomia ha probabilmente consentito ad alcune regioni di poter adeguare la risposta più rapidamente e in alcuni casi con maggiore tempestività ed efficacia nella gestione della pandemia. Mancano tuttavia evidenze aggiornate che appaiono ora quanto mai necessarie per informare il suddetto dibattito e verificare quanto le diverse politiche regionali di gestione pandemica si siano tradotte in disuguaglianze ed iniquità tra cittadini di diverse regioni e, per questa via, in un deterioramento dell'equità del SSN. Inoltre, le risorse vanno priorizzate anche quando, come nel caso degli interventi straordinari previsti per la pandemia, aumentano ed occorrono criteri che non perpetuino o, peggio, aumentino le esistenti iniquità. L'Ufficio parlamentare di bilancio considera

⁷ Ibidem

fondamentale che il settore pubblico sia in grado di stanziare i finanziamenti aggiuntivi fissando le priorità in termini di rapporto costo-efficacia e appropriatezza, al fine di far fronte alle crescenti pressioni dei fornitori di servizi, in particolare dal settore privato (2). Questo appare ancora più rilevante se si dovesse ricorrere anche alle risorse stanziare a livello europeo per aumentare la spesa sanitaria. Come noto, il Consiglio dei governatori del MES (Meccanismo Europeo di Stabilità) e i ministri delle finanze dei 19 paesi dell'area dell'euro il 15 maggio 2020 hanno concordato di rendere disponibile il sostegno alla crisi pandemica agli Stati membri. Pur se una disamina del tema esula dallo scopo del lavoro, in estrema sintesi un paese con un supporto per crisi pandemiche può richiedere di attingere alla linea di credito precauzionale. Il requisito per accedere alla linea di credito prevista è che gli Stati membri dell'area dell'euro che richiedono assistenza si impegnino a utilizzarla per sostenere il finanziamento interno dell'assistenza sanitaria diretta e indiretta, e i costi relativi alla cura e alla prevenzione dovuti alla pandemia⁸. Nonostante l'obiettivo dichiarato sia ridurre al minimo i costi del supporto per crisi pandemiche erogando il finanziamento a costi inferiori rispetto ai prezzi delineati per le consuete linee di credito precauzionali del MES, il dibattito sull'opportunità o meno di fare ricorso alle risorse del MES è acceso, trattandosi comunque di un ulteriore indebitamento (26).

4. Equità verticale e pandemia SARS-CoV-2

L'equità verticale ha a che fare col differente trattamento dei diseguali, e, in campo sanitario, viene declinata sostanzialmente in questo modo: chi più ha più deve contribuire al finanziamento del SSN.

Il concetto base è la "progressività" che abitualmente può essere misurata in termini grafici (curve del Gini e di concentrazione dei pagamenti per la sanità), che però può dar luogo a difficoltà di interpretazione quando le curve misurate si intersecano, o in termini sintetici, mediante indicatori di cui il più usato nello studio della equità (progressività) nel finanziamento è l'indice di Kakwani, che può assumere valori compresi tra -2 e +1 e che rappresenta, per valori negativi regressività della fonte di finanziamento e per numeri positivi progressività (27).

Nello studio della progressività nel finanziamento di un sistema sanitario, bisogna tenere conto di tutte le fonti che contribuiscono a pagare i servizi sanitari. Alcune di esse sono obbligatorie, quali quelle fiscali e contributive, altre volontarie, come le polizze assicurative private e le spese effettuate di tasca propria.

⁸ Il MES può erogare denaro nell'ambito della linea di credito per un periodo di dodici mesi, che può essere prorogato due volte per sei mesi. I prestiti avrebbero una durata media massima di 10 anni. Il paese dovrà pagare, oltre al costo del finanziamento MES, un margine di 10 punti base (0,1%) ogni anno, una commissione di servizio una tantum di 25 punti base (0,25%) e un servizio annuale commissione di 0,5 punti base (0,005%). Questo è inferiore ai prezzi delineati per le consuete linee di credito precauzionali del MES e contribuirà a ridurre al minimo i costi del supporto per crisi pandemiche (cfr. <https://www.esm.europa.eu/content/europe-response-corona-crisis>, last access 15/7/2020).

La metodica attualmente usata per la misurazione dell'"equità verticale" nel finanziamento della sanità, ovvero per individuare se questo finanziamento è "giusto" perché chiede ai ricchi di contribuire di più dei poveri al finanziamento stesso, è basata sulla stima della "progressività dell'intero sistema di finanziamento", misurando la specifica progressività di ogni fonte di finanziamento e poi "pesandola" con la quota percentuale di risorse che quel tipo di finanziamento rappresenta sul totale del finanziamento della sanità italiana. In pratica, si calcolano indici di Kakwani per ogni fonte e poi li si pesa con il mix di finanziamento aggregato della sanità.

Tale metodica, sebbene rigorosa e complessa da misurare, presta il fianco a tre tipi di critiche. La prima riguarda i problemi di misurazione. In assenza di dati amministrativi disponibili, sono necessarie indagini campionarie, per individuare chi paga e cosa paga. In uno studio, da sottoporre per la pubblicazione (28), abbiamo provato a sormontarli mediante il cosiddetto "merge" di due basi dati differenti, quella sui consumi delle famiglie, che ci permette di misurare sia il finanziamento delle spese "private" che quello effettuato tramite l'IVA pagata per gli acquisti, e quella sui redditi e pagamenti fiscali (SILC) per il finanziamento di alcune voci della sanità pubblica. Al termine del nostro esercizio di misurazione, perveniamo alla non piacevole conclusione che il finanziamento della sanità in Italia, nel secondo decennio del 2000, è globalmente "regressivo", cioè danneggia i più poveri. Non era così prima dell'introduzione del federalismo (29).

La seconda è che il dato che ne risulta, ovvero un valore unico che ci dice se il sistema è progressivo e regressivo, può non essere sufficientemente informativo. Uno dei maggiori rischi è che avvengano delle "compensazioni" a livello aggregato, ovvero che fenomeni di progressività e regressività si elidano parzialmente, impedendoci di visualizzare dove e perché sarebbe necessario intervenire per migliorare il sistema. Disponiamo, è vero, della progressività o regressività della singola fonte di finanziamento, così da poter dire: quella fonte è troppo regressiva, dobbiamo intervenire. Ma ci è occultata una importante fenomenologia, frutto dell'evoluzione progressiva del nostro sistema sanitario verso un federalismo sempre meno solidaristico: le differenze regionali. Se, infatti, in una regione vi fosse una regressività troppo elevata, dovremmo intervenire - una volta compreso se tale andamento dipende dalle singole fonti o dal mix di finanziamento regionale - in quella regione e non sull'intero sistema italiano. D'altra parte, i meccanismi redistributivi tra regioni, che tuttora persistono nel sistema federalista, sono in grado di attenuare tali picchi di regressività, oppure li aggravano? Nello studio citato, spezziamo una lancia a favore dell'attuale sistema, che, lungi dall'essere ideale, trascurando molteplici fattori di "bisogno" nel calcolo delle allocazioni di fondi alle regioni, tuttavia attenua la regressività del sistema di finanziamento italiano.

La terza problematica è di tipo "interpretativo", ovvero ci chiede di riflettere sul significato di progressività e regressività, se applicato a specifiche fonti di finanziamento, come le spese di tasca propria. Nel caso di finanziamento obbligatorio tramite imposte, infatti, il finanziamento non è mai direttamente collegato ai benefici che si traggono dalla sanità:

siamo cioè chiamati a pagare in modo indipendente da quanto utilizziamo. In questo caso, parlare di progressività ha un senso, perché il pagamento non è legato all'uso. Tale distinzione non vale più nelle spese di tasca propria, in cui si paga quello che si usa: maggiori pagamenti per i più ricchi (progressività) significano anche maggior utilizzo da parte dei ricchi. Ha un senso parlare di progressività come "equità", in questo caso? La letteratura internazionale, pur avendo notato il problema, ne ha tuttavia trascurato la risoluzione, preferendo ignorarlo a causa degli, spesso insormontabili, problemi di misurazione. Quali potrebbero essere idonei concetti di equità, in questo caso? Dovremmo misurare il "sussidio sul prezzo" o l'"integrazione di reddito" da concedere ai più poveri: il primo metodo imporrebbe che, a parità di bisogno, i poveri paghino meno lo stesso servizio privato ricevuto di quanto non facciano i ricchi, mentre il secondo dovrebbe misurare, considerando prezzi uguali dei servizi privati per tutti e che i più poveri fronteggiano maggiori bisogni di cure, l'integrazione di reddito necessaria per far fronte a tali maggiori bisogni senza pesare sulle spalle dei più svantaggiati. Ma tutto ciò è difficile da misurare.

Una volta affrontate le principali critiche che si possono avanzare contro gli studi empirici che si occupano di quantificare la progressività del finanziamento, possiamo passare ad indicare i principali risultati che emergono dal nostro studio (28). In Italia, il finanziamento della sanità è affidato sostanzialmente a 5 grandi fonti: IVA, IRAP e Addizionale regionale IRPEF costituiscono le fonti di finanziamento pubblico mentre assicurazioni private e spese di tasca propria finanziano le spese private.

La tabella 1 riporta la composizione del mix di finanziamento nel 2015.

	IRAP	Addizionale regionale IRPEF	IVA	Di tasca propria	Assicurazioni private
ITALIA	14.80%	6.30%	52.30%	24.00%	2.60%

Fonte: Corte dei Conti [30].

Tabella 1- Fonti di finanziamento del sistema sanitario italiano (anno 2015)

Come si nota nella tabella 2, ogni specifica fonte ha la sua progressività.

	IRAP	Addizionale regionale IRPEF	IVA	Di tasca propria	Assicurazioni private
ITALIA	0,077	0,035	-0,153	-0,137	0,017

Fonte: Citoni, De Matteis, Giannoni [28].

Tabella 2- Progressività delle fonti di finanziamento del sistema sanitario italiano (2015)

Uno studio recente condotto da chi scrive su dati relativi all'anno 2015 ha evidenziato come, poiché il grosso del finanziamento viene dall'IVA, la sua regressività impronta tutto il sistema, portando ad un valore aggregato dell'indice di equità per l'Italia pari a $-0,099$, che indica una lieve regressività, mentre è stato stimato che la sola componente pubblica avesse nel 2015 una regressività pari a $-0,090$ (28). Tale regressività è però molto differenziata tra regioni: le regioni del Sud, qualora dovessero affrontare tutto l'onere del finanziamento con risorse proprie (ex-ante), dovrebbero danneggiare i propri cittadini poveri in misura maggiore di quello che farebbero le regioni ricche del Nord (28). Ciò è dovuto principalmente al fatto che l'IVA è molto più regressiva nelle regioni del Sud. Lo stesso studio indica come, dato che parte delle risorse per finanziare la sanità pubblica vengono da imposte (IVA) raccolte nel Nord, tale regressività, grazie a quella minore delle risorse riscosse al Nord, si riduca, portando la situazione ex-post, cioè dopo la redistribuzione tra regioni, ad un valore di $-0,024$ (28).

Questo è dunque il valore della solidarietà tra regioni, spesso non enfatizzato quando si accusano le regioni del meridione di sperperare i soldi che vengono loro assegnati (inefficienza gestionale che è comunque presente): i poveri soffrono meno di prima. Un qualsiasi allentamento della solidarietà rischia dunque di danneggiare le frange più povere della popolazione. Non è solo, o tanto un problema geografico, ma uno di "equità verticale". In questo scenario sono valutabili sia le principali opzioni di politica sanitaria oggi in discussione, sia le possibili conseguenze, ancora non misurabili, della pandemia. Che il passaggio al federalismo avrebbe comportato conseguenze orizzontali non trascurabili, cioè un relativo peggioramento della situazione nella fruizione dei servizi per le regioni meridionali, era stato evidenziato in precedenza (31). Infatti, il finanziamento globale da assegnare al SSN, e quindi i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) da garantire, sarebbe stato basato su un cambio di elettore di riferimento per i politici, e cioè dall'elettore mediano nazionale a quello delle regioni più ricche del Nord, cui veniva assegnato il compito di redistribuire risorse alle regioni del Sud, e quindi anche quello di decidere il mix di finanziamento pubblico/privato. In quel lavoro si erano anche evidenziate conseguenze per differenti fasce di età e per differenti redditi individuali.

Il problema che oggi ci interessa è però differente, e non deriva dall'ammontare del finanziamento, ma dalle fonti e modalità di riscossione. Quando da un SSN finanziato con fiscalità nazionale, in cui un peso rilevante è quello dell'IRPEF progressiva, si passa ad un finanziamento, sempre più basato su un'imposta indiretta come l'IVA, la regressività è plausibile. Inoltre, le fonti di finanziamento progressive della sanità pubblica italiana (Addizionale regionale IRPEF e IRAP), vuoi per crisi economiche ripetute dal 2008, vuoi per un attacco delle forze imprenditoriali alla legittimità e gravosità della fonte che su di loro grava (IRAP), si sono progressivamente ridotte e se ne ventila, persino, l'abolizione. C'è da dire che un passaggio da imposizione diretta ad indiretta è evidente un po' in tutto

il mondo e c'è da chiedersi quanto questa ventata sia correlata al progressivo deteriorarsi della distribuzione dei redditi e dei patrimoni evidenziata da Piketty (32).

Inoltre, l'esistenza di una "questione meridionale" è aggravata dal passaggio ad un finanziamento prevalentemente basato sull'IVA. In regioni povere, la quota consumata sul reddito è maggiore di quanto non sia in regioni ricche, per l'elevata presenza di trasferimenti pubblici ed altre forme di sussidio. Appare quindi evidente che, sebbene l'IVA mantenga una differenziazione di aliquote che dovrebbe avvantaggiare i beni di prima necessità, consumati prevalentemente dai poveri meridionali, e quindi essere "progressiva" rispetto ai "consumi". Tuttavia tale tassazione diviene, per l'elevato rapporto tra consumi e redditi delle regioni meridionali, maggiormente regressiva in queste regioni rispetto al reddito percepito. È quindi cruciale, per alleviare la portata regressiva del finanziamento, la redistribuzione tra regioni: una possibile progressiva diminuzione del suo ammontare sarebbe deleteria per le regioni meridionali.

In quest'ottica si può inserire la discussione corrente sull'importanza ed utilità sociale del terzo pilastro, costituito dalla sanità integrativa. Tralasciamo, per ora, tutti gli aspetti connessi alla realtà dei Fondi e parliamone teoricamente. Indagini accurate (33) dimostrano che gli iscritti ai fondi non costituiscono uno spaccato omogeneo della società italiana, essendo gli iscritti concentrati prevalentemente al Nord (dove sono le aziende/categorie economiche che li promuovono), nelle classi di età attive (sacrificando gli anziani), tra coloro con minore presenza di cronicità e minor "bisogno" sanitario. Appare ovvio che un progressivo "svuotamento" del SSN, per delegare compiti prima pubblici al settore integrativo, non può che aggravare le tre disomogeneità menzionate, e soprattutto la questione meridionale. A noi, in questa sede interesserebbe analizzare se la "progressività" del sistema di finanziamento rischiasse di peggiorare. Purtroppo non siamo in grado, per carenza di dati specifici, di rispondere a questa domanda, perché non abbiamo indagini campionarie che permettano di distinguere i Fondi dalle assicurazioni private tradizionali. Sappiamo tuttavia da studi precedenti che i benefici fiscali, cioè la riduzione delle imposte connessa alla deducibilità dal reddito dei premi/contributi pagati a fondi integrativi, sono grandemente concentrati a favore dei più ricchi e questo costituisce un serio indizio di regressività del sistema "globale" di finanziamento degli stessi (34).

In questo scenario si inserisce la pandemia, che, da una parte ha riportato al centro dell'attenzione il SSN, i medici, gli infermieri e tutte le altre categorie professionali che hanno lavorato ben più (e con maggiori rischi) di quanto previsto contrattualmente, evidenziando un attaccamento spontaneo al sistema che va ben oltre i comportamenti tipici dei contratti di natura privatistica, tanto più se si considera che manca qui l'incentivo negativo tipico del settore privato del licenziamento. Dall'altro lato, il settore integrativo, nella maggior parte dei territori sembra aver giocato per lo più un ruolo residuale rispetto

al settore pubblico nel trattare i malati COVID-19.

Una prima considerazione si riallaccia a quanto già detto sulle fonti del finanziamento sanitario. Nel periodo che seguirà la pandemia, bisognerà contemperare, da una parte gli interessi economici degli imprenditori, che chiedono l'abolizione dell'IRAP, sia considerazioni di equità verticale nel finanziamento della sanità, per le quali l'IRAP dovrebbe restare tra le fonti utilizzate.

Una seconda considerazione riguarda le risorse a disposizione del SSN. Come utilizzarle ai fini del raggiungimento di una sanità migliore? Secondo la teoria economica il federalismo fiscale per sua natura può migliorare l'efficienza, ma può creare problemi di equità. Col senno di poi, il fatto che si siano allentati i cordoni della borsa ad inizio secolo (2001-2005), passando ad un vincolo di bilancio molto meno stringente che in passato, ha permesso di accontentare un po' tutte le regioni, anche quelle meridionali, che, pur perdendo risorse in termini relativi ne acquisivano di più in termini assoluti. La recessione del 2008 ha permesso di evidenziare cosa succede quando i vincoli di bilancio diventano stringenti, cominciando a palesare le criticità dell'impostazione federalista per l'equità del sistema.

Inoltre, visti i problemi che si sono venuti a creare a causa delle discrepanze nell'impostazione della strategia delle differenti regioni, molte volte determinata dall'evoluzione del "modello" di sanità adottato, si cominciano ad avanzare, anche da parte di forze politiche al governo, ipotesi di un maggior accentramento decisionale mediante riforma del titolo V. Una maggior centralità decisionale, laddove il problema di cura principale non sia il trattamento delle cronicità ma quello delle pandemie, può rendere più agevole il coordinamento. Ma questa centralità decisionale richiederebbe anche una maggiore centralità nel finanziamento? Non necessariamente; né il ritorno di un maggior peso del finanziamento nazionale, con imposte dirette anziché indirette, sembra nell'agenda politica.

5. Conclusioni

Sembra cruciale monitorare la situazione di tutti i gruppi fragili durante la pandemia poiché questa potrebbe aggravare ulteriormente le disparità esistenti. Una delle principali conseguenze del lockdown è stata quella di diminuire l'erogazione di servizi medici non indirizzati alla cura del COVID-19, con peggioramenti del trattamento per patologie croniche o comunque bisognose di altra assistenza. Inoltre, è possibile che si siano verificate ulteriori disparità tra chi poteva permettersi un'assistenza privata (anche intramoenia) e coloro che contavano unicamente sull'assistenza pubblica. Tali condizioni, come è noto, hanno una concentrazione non omogenea orizzontalmente e verticalmente. Rilevanti saranno anche le modalità con cui usciremo dalla crisi sanitaria: con le nostre forze o con l'aiuto della Unione Europea con conseguente indebitamento. Ogni volta che c'è indebitamento pubblico, il meccanismo di restituzione non passa più attraverso

le specifiche fonti d'imposta designate nel sistema federalista, ma segue l'intera struttura della raccolta fiscale pubblica, dove il peso delle imposte dirette è maggiore: finanziare in debito, paradossalmente, dovrebbe portare ad una maggiore progressività, e quindi migliorare l'aspetto dell'equità verticale.

Quello che di positivo ha portato la pandemia, appare la caduta del vincolo di bilancio macroeconomico imposto alla sanità pubblica per decenni nel nostro paese dai meccanismi europei di stabilità ai conti pubblici ed il ribaltamento della situazione: nuove risorse e non condizionate per la sanità a tutela della salute, diritto fondamentale sia a livello nazionale che europeo. Meglio tardi che mai, si potrebbe affermare.

Importante sarà tuttavia definire criteri di allocazione delle risorse aggiuntive che verranno stanziati per il SSN che tengano conto sia dell'efficienza e appropriatezza, che, soprattutto, dell'equità. Monitorare l'equità del sistema è ancora più necessario che in passato. Non possiamo tornare indietro mentre lo spettro di sistemi sanitari dove ancora oggi troppi cittadini non hanno forme di copertura e mancano di accesso ai servizi essenziali per la salute si aggira ancora per il mondo industrializzato costituendo una ulteriore minaccia per la salute della popolazione in tempo di pandemia. I tentativi di misurare l'equità orizzontale e verticale in base al reddito sono stati finora sporadici e non sistematici nel nostro paese. Tuttavia, con la sempre maggiore disponibilità di dati amministrativi in tempo reale grazie allo sviluppo delle tecnologie dell'informazione, con le nuove tecniche di analisi dei big data (es. machine learning), monitorare in tempo reale l'equità non è più un miraggio, ma un obiettivo concretamente raggiungibile che, in tempi di pandemia, non è più un'opzione perché nella storia la crescita delle disuguaglianze nel benessere tra classi socioeconomiche spesso è coincisa con una crisi delle istituzioni democratiche.

Bibliografia

1. Wagstaff A, van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery, Handbook in Health Economics, Amsterdam, Netherlands- North Holland: ed. Culyer A and Newhouse J. 2000; 1804–1862.
2. Fleurbaey M, Schokkaert E. Equity in health and health care. In: Handbooks in Health Economics, volume 2 Amsterdam, Netherlands: North Holland: ed. Pauly MV, McGuire TG and Barros pp. 2012; 1003-1092.
3. Bosa I, Castelli A, Castelli M, Ciani O, Compagni A, Garofano M, Giannoni M, Marini G, Vainieri M. Italy's response to the coronavirus pandemic. 2020. Cambridge: Core Blog, Cambridge. <https://www.cambridge.org/core/blog/2020/04/16/italys-response-to-the-coronavirus-pandemic/>
4. Fattore G, de Belvis AG, Ricciardi W, Morsella A, Pastorino G, Poscia A, Silenzi A. In: Scarpetti G, Maresso A(eds) Covid-19 Health Systems Response Monitor, WHO, 2020.<https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/countrypage.aspx>
5. Ministero della Salute. L'Italia per l'Equità nella Salute. Roma; 2017.
6. Franzini L, Giannoni M. Determinants of health disparities between Italian Regions. BMC Public Health, 2010; 296 <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-296>

7. van Doorslaer E, Masseria C. Income-related inequality in the Use of Medical Care in 21 Oecd Countries. OECD Health Working Papers; 2004.
8. Masseria C, Giannoni M. Equity in access to health care in Italy: a disease-based approach European Journal of Public Health 2010 Oct; 20(5): 504–510. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckq029>
9. Glorioso V, Subramanian SV. Equity in Access to Health Care Services in Italy. Health Serv Res. 2014 Jun; 49(3): 950–970. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12128>
10. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Italy: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies. Brussels, 2019. <https://doi.org/10.1787/cefe5cb-en>.
11. OECD. OECD Employment Outlook 2020 - Worker Security and the COVID-19 Crisis. 2020.
12. Ku L, Brantley E. Widening Social and Health Inequalities During the COVID-19 Pandemic. 2020. <https://jamanetwork.com/channels/health-forum/fullarticle/2767253>
13. Giannoni M, Casucci P, Ismail Z. Disuguaglianze di salute ed equità nel ricorso ai servizi sanitari da parte dei cittadini stranieri nelle regioni italiane. Milano: Franco Angeli; 2012.
14. Gross C, Essien U, Pasha S, et al. Racial disparities in population-level COVID-19 mortality. medRxiv. Preprint posted online May 11, 2020. doi:10.1101/2020.05.07.20094250
15. OECD. Health spending (indicator). 2020. doi: 10.1787/8643de7e-em. <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>
16. Thomson S, Figueras J, Evetovits T et al. Economic crisis, health systems and health in Europe: impact and implications for policy. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe/European Observatory on Health Systems and Policies (Policy Summary 12); 2014.
17. Gerotto L. L'evoluzione della spesa sanitaria. Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani. Milano, 14 marzo 2020. <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpiEvoluzione%20spesa%20sanitaria.pdf>
18. Ferrè F, Ricciardi W. Italy, in: Maresso A, Mladovsky P, Thomson S, Sagan A, Karanikolos M Richardson E, Cylus J, Evetovits T, Jowett M, Figueras J, Kluge H, Economic crisis, health systems and health in Europe- Country experience. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015.
19. Cartabellotta A. Il Servizio Sanitario Nazionale compie 40 anni: lunga vita al Servizio Sanitario Nazionale! Fondazione GIMBE. 23 dicembre 2018. <https://www.evidence.it/articolodettaglio/209/it/544/il-servizio-sanitario-nazionale%0D%0Acompie-40-anni/articolo>
20. Ragioneria Generale dello Stato. Il monitoraggio della spesa sanitaria - Rapporto n. 6 Roma, 2019. http://www.rgs.mef.gov.it/_Documenti/VERSIONE-I/Attivit--i/Spesa-soci/Attivit-monitoraggio-RGS/2019/IMDSS-RS2019.pdf
21. OECD. OECD Economic Outlook, Volume 2020. Issue 1: Preliminary version, No. 107, OECD Publishing. Paris, 2020. <https://doi.org/10.1787/0d1d1e2e-en>
22. UPB (Ufficio Parlamentare di Bilancio). Audizione informale del Presidente dell'Ufficio parlamentare di bilancio sul DDL di conversione del DL 19 maggio 2020, n. 34 recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. 2020. <http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2020/05/Audizione-UPB-DL-Rilancio.pdf>
23. Terlizzi A. Health system decentralization and recentralization in Italy: Ideas, discourse, and institutions. Social Policy Administration 2019; Dec. 53 (7): 974-988. <https://doi.org/10.1111/spol.12458>
24. Giannoni M, Hitiris T. The regional impact of health care expenditure: the case of Italy. Applied Economics 2002; 34 (14): 1829-1836.
25. Piacenza M, Turati G. Does Fiscal Discipline towards Sub-national Governments Affect Citizens'

- Well-being? Evidence on Health. *Health Economics* 2014; 23(2): 199-224.
26. Cartabelotta A. Cosa sappiamo sui soldi del MES per la sanità. Gimbe. 2020. https://oggiedomani.substack.com/p/cosa-sappiamo-sui-soldi-del-mes-per?utm_source=Fondazione+GIMBE&utm_campaign=1b6b999ad3-5x1000-2017-invio01%2F17_14.04.2017_Tutti_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_406ca0253a-1b6b999ad3-8755264
 27. Kakwani NC. Measurement of Tax Progressivity: An International Comparison, *Economic Journal* 1977; 87: 71-80.
 28. Citoni G, De Matteis D, Giannoni M. Vertical equity in healthcare financing in Italian regions. Forthcoming. Una prima versione in: De Matteis D. "Equity in healthcare financing in Italy", PhD thesis in Economics, "La Sapienza" Università di Roma, Italy.
 29. Wagstaff A, van Doorslaer E, et al. Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons. *Journal of Health Economics* 1999; 18:263-290.
 30. Corte dei Conti (Italian Court of Accounting). Rapporto 2016 sul coordinamento della Finanza Pubblica. Roma; 2016.
 31. Citoni G, Solipaca A. La privatizzazione strisciante della sanità italiana: un'analisi descrittiva e alcuni temi equitativi. *Politiche Sanitarie* 2007; 8(4):188-205.
 32. Piketty T. *Le capital au XXI^e siècle*. Paris, Editions du Seuil, 2013 (trad. italiana *Il capitale nel XXI^{mo} secolo*, Milano: Bompiani; 2014).
 33. Citoni G, Piperno A. Terzi paganti privati in sanità: assicurazioni e fondi sanitari. Stato dell'arte, effetti e implicazioni di policy. *Politiche Sanitarie* 2019; 20(1):14-32.
 34. Marenzi A, Rizzi D, Zanette M. Dimensione ed effetti redistributivi dei benefici fiscali dei fondi sanitari integrativi. *Politiche Sanitarie* 2019; 20(1):40-54.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Dalla gestione della cronicità alla gestione dell'acuzie: il lavoro di trasformazione della centrale della Cronicità in centrale COVID e l'attività delle USCA durante la pandemia SARS-coV-2

From chronicity management to acute management: the transformation of the central of Chronicity into a COVID plant and the USCA's activity during the SARS-coV-2 pandemic

Massimo Alessandri¹, Anna Beltrano², Michele Bindi³, Gloria Bocci⁴, Carla Campolmi⁵, Anna Canaccini⁶, Maria Giovanna D'amato⁴, Roberto Turillazzi⁴, Simona Dei⁷

¹ Direttore Dipartimento Medicina Interna, USL Toscana Sud Est

² Direttore Zona Distretto Valdichiana Aretina, USL Toscana Sud Est

³ Dipartimento del Farmaco, USL Toscana Sud Est

⁴ Staff Direzione Sanitaria, USL Toscana Sud Est

⁵ UOP Infermieristica Clinica in ambito della Cronicità e di Comunità, USL Toscana Sud Est

⁶ Direttore Dipartimento del Territorio, USL Toscana Sud Est

⁷ Direttore Sanitario USL Toscana Sud Est

Parole chiave: presa in cura, continuità ospedale-territorio, cronicità, Covid-19

RIASSUNTO

Obiettivi: lo studio ha l'obiettivo di analizzare la complessa attività di riorganizzazione della gestione territoriale dei casi di COVID-19 durante la pandemia.

Metodi: sono stati analizzati i dati di attività delle USCA nel periodo aprile-maggio 2020. I dati sono stati ricavati dalla piattaforma GecoV e dal Sistema informativo Sanitario della Prevenzione.

Risultati: nel territorio dell'Azienda sono state attivate complessivamente 17 USCA. Per quanto riguarda l'attività della centrale COVID questa è rimasta attiva 12 ore al giorno, 7 giorni su 7. Alla data del 28 maggio 2020 la centrale ha gestito 707 segnalazione, 88% delle quali di provenienza dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e solo in piccola parte da 118, pronto soccorso ed ospedale. I casi presi in carico dalla centrale al 28 maggio sono 634 distribuiti nelle province di Arezzo (260), Siena (206) e Grosseto (168). Il totale dei tamponi effettuati dalla Centrale è stato 2581 mentre la somma delle prestazioni è stata 65.153.

Conclusioni: una delle principali innovazioni intraprese dall'azienda USL Toscana Sud est è stata la realizzazione di una Centrale COVID, punto di raccolta dei dati relativi ai pazienti presi in carico e monitoraggio degli stessi basata sul modello di gestione della cronicità già esistente.

Keywords: taking care of patients, Continuity of Care Hospital-Territory, chronicity, Covid-19

SUMMARY

Objectives: the study aims is to analyze the complex reorganization of the territorial management of COVID-19 cases during the pandemic.

Methods: the study analyzed the USCA activity data in the period April-May 2020. The data were obtained from the GecoV platform and from the Prevention Health Information System.

Results: seventeen USCA has been activated in the Company's territory. The center managed 707 reports, 88% of which came from general practitioners and pediatricians and only a small part from 118 , Emergency room and hospital. The cases taken in charge are 634 distributed in the provinces of Arezzo (260), Siena (206) and Grosseto (168).

Conclusions: the innovations put in place during the pandemic have been varied but one of the main ones has certainly been the creation of a COVID plant, a data collection point for patients taken care of and monitoring.

Introduzione

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei. La maggior parte dei casi aveva un legame epidemiologico con il mercato di Huanan Seafood, nel sud della Cina, un mercato all'ingrosso di frutti di mare e animali vivi. Il 9 gennaio 2020, il CDC cinese ha riferito che è stato identificato un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), agente causale della malattia respiratoria poi denominata Covid-19 ed è stata resa pubblica la sequenza genomica (1). A distanza di quasi 5 mesi si contano più di 5 milioni di casi e 356.000 decessi nel mondo; l'Italia ad appena 3 mesi dal primo caso che si è verificato all'ospedale di Codogno conta 231.000 casi e 33.072 morti (al 28 maggio).

Durante la pandemia l'azienda USL Toscana Sud Est, come le altre Aziende Sanitarie Italiane, oltre alla rimodulazione degli ospedali ha dovuto completamente riorganizzare il sistema territoriale, strutturando un modello organizzativo che ricalca quello ormai consolidato di risposta aziendale alla cronicità. Sebbene molto spesso non faccia notizia, il mondo della cronicità è un'area in progressiva crescita che comporta un notevole impegno di risorse, richiedendo continuità di assistenza per periodi di lunga durata e una forte integrazione dei servizi sanitari con quelli sociali. Questo mondo ha trovato una risposta consolidata nell'ASL grazie alle politiche fortemente innovative nell'ambito della gestione della cronicità già adottate a partire dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010, con il quale la Regione individuava come strategia di risposta alla cronicità lo sviluppo di una "sanità d'iniziativa", ovvero di un modello assistenziale che, a differenza di quello classico della "medicina d'attesa", disegnato sulle malattie acute, sia in grado di assumere il bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia, o prima che essa si manifesti o si

aggravi, e di gestire la malattia stessa in modo tale da rallentarne il decorso, garantendo al paziente interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio (2). L'ACOT, il cardine di questo modello, è stata introdotta con due atti normativi, uno del 2008 in cui veniva individuate le prime linee di indirizzo per la costituzione di modelli di *discharge room* e agenzie di continuità ospedale-territorio (allegato B della DGR n. 1010/2008). Il secondo, invece, del 2016 è il DGR.679/2016 "Agenzia di Continuità Ospedale Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di *handover* dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio"; si tratta dell'atto normativo istitutivo dell'ACOT. La mission dell'ACOT è quella di facilitare la connessione tra gli ospedali e i servizi territoriali. Nell'Azienda USL Toscana Sud Est, con la delibera del Direttore Generale n° 929 del 13/11/2017 è stata resa operativa la centrale della cronicità. Questa rappresenta un elemento cardine dell'organizzazione territoriale in quanto svolge una funzione di coordinamento e facilitazione della presa in cura del paziente e di raccordo fra i soggetti della rete assistenziale. La centrale rappresenta uno strumento di raccolta e classificazione dei bisogni, di pianificazione e coordinamento degli interventi e tutelando la "transitional care" del paziente, rende il sistema più vicino al malato, contribuendo ad assicurare una risposta efficace, efficiente e sicura. Il modello dei sistemi di cura della cronicità è quello di mantenere il più possibile la persona malata al proprio domicilio e impedire ed eventualmente ridurre il rischio di istituzionalizzazione, senza far ricadere sulla famiglia tutto il peso dell'assistenza al malato (2). Questo è il punto chiave dal quale l'azienda ha preso spunto per ricostruire il nuovo modello di gestione territoriale necessario per affrontare la pandemia. La centrale Covid, nata sullo stampo della centrale della cronicità, è una delle peculiarità di questo sistema. A tal proposito in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto-legge 9 marzo 2020 n.14 (GU n.62 del 09/03/2020), con la delibera n.393 del 23-03-2020, Linee Guida regionali per l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale sono state costituite presso le Aziende USL del Sistema Sanitario della Regione Toscana le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da CoViD-19. Le USCA effettuano l'assistenza per la gestione domiciliare a favore di pazienti affetti da COViD-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero e pazienti con sospetta infezione. Ogni Azienda USL ha costituito un numero di USCA proporzionale alla situazione di bisogno sul territorio, di norma non superiore a una unità speciale ogni 50.000 abitanti. L'attivazione delle USCA avviene attraverso la centrale Covid. Ogni USCA ha il compito di prendere in carico il paziente dal punto di vista clinico (registro parametri vitali), restare in contatto quotidiano con il paziente ed in caso di variazioni di registrarle; infine in caso di necessità attiva lo pneumologo territoriale di riferimento che può effettuare consulenze al domicilio del paziente.

La Centrale, peculiarità del sistema dell'Azienda USL Sud Est, ha la regia del percorso del paziente e riceve dalle USCA gli aggiornamenti sullo stato di salute dei pazienti. Queste Unità, fortemente integrate con la medicina generale, hanno la funzione di accedere al domicilio del paziente per eseguire una valutazione clinica. Il principio della prossimità è stato garantito anche dal fatto di poter usare la tecnologia per approfondire, già al letto del paziente, una specifica condizione clinica. L'AUSL Toscana Sud est ha scelto di organizzare le USCA anche come importante supporto alla corretta gestione dei casi di Covid-19 nelle RSA.

Metodi

Nello studio, di tipo descrittivo, sono stati analizzati i dati di attività della attività delle USCA nel periodo aprile-maggio 2020. I dati sono stati ricavati dalla piattaforma GecoV e dal Sistema informativo Sanitario della Prevenzione.

Risultati

Alla data del 28 maggio l'Azienda USL Toscana Sud Est ha registrato 1.513 casi totali con 95 deceduti e 1.240 guarigioni confermate dai tamponi. I tamponi effettuati al 28 maggio sono un totale di 65.393 con una media di 605 tamponi al giorno. Per quanto riguarda i decessi si tratta di 44 femmine e 51 maschi con un'età media di 84,5 anni (letalità del 6,2%). Nel territorio dell'Azienda sono state attivate complessivamente 17 USCA. Per quanto riguarda l'attività della centrale COVID questa risulta attiva 12 ore al giorno, 7 giorni su 7. Le funzioni della centrale si riassumono brevemente in:

- attivazione USCA
- richieste tamponi e sierologici
- richieste alberghi sanitari
- richieste di cure intermedie covid
- richieste ACOT
- rendicontazione alla direzione relativamente a:
 - attivazioni effettuate
 - programmazione giornaliera tamponi
 - programmazione screening strutture comunitarie

Alla data del 28 maggio 2020 sono pervenute 707 richieste alla centrale, 88% delle quali di provenienza dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e solo in piccola parte da 118, Pronto Soccorso ed ospedale.

Il motivo della segnalazione è stato nel 72,7% dei casi l'attivazione della Centrale per soggetti in cui si aveva il sospetto diagnostico mentre nel 27,3 % ha riguardato interventi su soggetti positivi; il 96% delle richieste riguardavano pazienti a domicilio.

Il 71% di queste richieste riguardava persone sane senza altre patologie in atto mentre

il 10,2% dei pazienti avevano patologie Cardiovascolari, il 9,3% patologie respiratorie e solo in piccola parte patologie oncologiche e metaboliche.

L'attività dell'USCA ha riguardato anche l'effettuazione di tamponi e test sierologici. Sono stati organizzati 48 sedute alla settimana in 13 zone per quanto riguarda l'effettuazione di tamponi in modalità *drive thru*. Per i test sierologici sono state organizzate 38 sedute settimanali.

I casi presi in carico dall'USCA al 28 maggio sono 634 distribuiti nelle province di Arezzo (260), Siena (206) e Grosseto (168).

Nella provincia di Arezzo ci sono stati dall'inizio della pandemia fino alla data del 28 maggio 651 i casi totali, 522 i pazienti guariti, 44 deceduti con una letalità del 6,7%. Le prestazioni totali USCA sono state 29.811. I tamponi eseguiti dalle USCA sono stati 858 di cui 490 risultati positivi e 368 negativi. In totale i tamponi eseguiti nella provincia sono stati 24095, con una media giornaliera di 248 e una percentuale di tamponi positivi del 5,7%.

Per quanto riguarda la provincia di Grosseto i casi al 28 maggio sono stati 393, 305 pazienti guariti, 21 deceduti con una letalità del 5,3 %. Le prestazioni eseguite dall'USCA sono state 13.922 di cui 875 tamponi eseguiti di cui 426 negativi e 449 positivi. In totale i tamponi effettuati nella provincia sono stati 14.171 con una media di 145 al giorno e una percentuale di tamponi positivi dell'8%.

Per quanto riguarda la provincia di Siena i casi positivi in totale sono stati 428, 370 i pazienti guariti, 30 pazienti deceduti con una letalità del 7%. I tamponi eseguiti dall'USCA sono stati 848 di cui 378 negativi e 470 positivi. Le prestazioni totali dell'USCA sono state 21.420. Il numero totale di tamponi effettuati dall'inizio dell'epidemia nella Provincia è stato di 18359 con una media di 182 tamponi al giorno, e un 5,1% di tamponi positivi.

Conclusioni

Una delle principali novità messa in campo dall'Azienda USL Toscana Sud Est durante la pandemia ha riguardato la continuità assistenziale ospedale/territorio ed in particolare la Centrale della Cronicità e le ACOT zonali.

La Centrale della Cronicità, impegnata nella gestione di più di 9000 pazienti cronici all'anno, ha garantito la continuità della presa in carico e specialmente durante la pandemia, ha permesso la realizzazione di una struttura di Centrale COVID, punto di raccolta dei dati relativi ai pazienti presi in carico e monitoraggio degli stessi. Il raccordo fra la Centrale e le altre strutture coinvolte nella gestione dei pazienti COVID quali Ospedale, USCA, Dipartimento di Prevenzione, Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di libera scelta (PLS), infermieri e Medici di Comunità, ha costituito l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale. Sono stati previsti percorsi individuali in base alle necessità dei pazienti, in collaborazione con la Medicina Generale e le altre figure professionali in modo da garantire il più possibile servizi di prossimità.

L'organizzazione del team USCA nell'Azienda oltre a prevedere la figura di un medico, come previsto nella delibera regionale, ha aggiunto anche la figura di un infermiere con il compito di valutare le necessità assistenziali del paziente e della sua famiglia. Altra importante novità è stata la possibilità per la USCA di avvalersi della collaborazione della rete pneumologica territoriale, sia per consulenza che per attivazione domiciliare, a seconda del bisogno. La presa in carico da parte della rete pneumologica dei pazienti è stata effettuata con modalità proattiva attraverso contatti telefonici con le equipe USCA per aggiornamento rispetto alle condizioni cliniche degli assistiti e con la redazione di un report giornaliero dei soggetti in carico. Anche la rete geriatrica aziendale ha avuto un ruolo essenziale nei percorsi, coordinando uno specifico progetto di sorveglianza attiva nelle strutture residenziali sociosanitarie sia sul piano clinico che organizzativo che si è integrata con l'attività dei MMG.

Ciascuna USCA è stata costituita da un micro team che prevede la presenza di un medico e di un infermiere, della consulenza di pneumologi, infettivologi, geriatri e in casi selezionati anche dei medici del DEU, oltre ovviamente ad una stretta collaborazione con il MMG/PLS per la presa in cura del paziente del quale il MMG/PLS rimane il responsabile clinico.

Un'altra importante novità ha riguardato le modalità di segnalazione alla USCA. Infatti né il Decreto Legislativo, né l'ordinanza regionale specificano la modalità di attivazione delle USCA, affidando la loro gestione alla Zona distretto. L'azienda infatti ha reso disponibile una piattaforma informatica denominata GeCOV attraverso la quale la Centrale COVID ha gestito i pazienti COVID positivi e sospetti. Tale applicativo ha gestito tutto il processo di richiesta esami (tamponi e test sierologici) e attivazione USCA a partire dai medici prescrittori (MMG, PLS, medici della Prevenzione, medici USCA, medici di PS, responsabili delle cure primarie) che hanno avuto il compito di inserire la richiesta in GeCOV. I MMG e PLS hanno avuto inoltre la possibilità di prendere in carico pazienti che, sospettando di essere affetti da COVID, hanno compilato il questionario di autovalutazione attraverso GeCOVapp. Una volta presi in carico i pazienti, i MMG e PLS hanno avuto modo di chattare con i loro assistiti arruolati tramite app (o con i loro familiari/caregivers) in modo da avere sotto continua osservazione la salute dei propri assistiti.

Da questa esperienza si evince che in una tale situazione di emergenza, se la risposta ai bisogni è solo ospedaliera, come è accaduto in altre regioni, l'ospedale subisce una estrema pressione e come conseguenza da una parte non si riesce ad arginare il contagio e dall'altra non si riesce a prendere in carico il paziente per il sovraffollamento degli ospedali. Sulla base del Report ALTEMS della Università Cattolica del Sacro Cuore (4) per quanto riguarda il profilo della risposta organizzativa si evince come stiano in realtà emergendo tre modelli di risposta alla pandemia: quello della gestione prevalentemente ospedaliera, che caratterizza la Regione Lombardia e in parte la Regione Lazio; quello

della gestione prevalentemente territoriale che caratterizza la Regione Veneto; infine quello della gestione combinata ospedale-territorio che caratterizza Emilia-Romagna e Piemonte (soprattutto dopo il 20 marzo) ed ha caratterizzato anche la realtà dell'Azienda Toscana Sud Est. La gestione in emergenza di una pandemia può essere gestita soltanto se utilizziamo tutte e tre i setting, facendo leva soprattutto su quello territoriale in quanto la lotta al coronavirus si basa soprattutto sulla individuazione a domicilio dei possibili infetti. Come da più parti affermato (<https://welforum.it/il-punto/emergenza-coronavirus-tempi-di-precarietà/covid-19-le-unita-speciali-di-continuità-assistenziali-usca/>) oggi è necessario da un lato realizzare un potente sistema di sorveglianza delle infezioni sul territorio potenziando i dipartimenti di prevenzione mentre dall'altro garantire l'assistenza territoriale dei casi Covid-19 sin dal loro primo manifestarsi, senza attendere il loro aggravarsi in attesa dell'unica risposta ospedaliera. La gestione su più setting dei pazienti in base alla loro gravità ha dato dei grandi risultati. Infatti rispetto alla media nazionale il tasso di letalità è stato circa la metà: 6,3% contro un tasso nazionale del 13,7%. Inoltre confrontando il dato con altre aziende Toscane la Sud Est ha avuto il di ricoverati più basso (43,3% rispetto a 84,7 e 116,6 della nord ovest e della Centro). I ricoverati in Terapia intensiva sul totale dei ricoverati sono stati il 7,6 % (12,5 e 9,4 nelle altre due aziende) e i deceduti sui ricoverati l'11,3 su 100.000 abitanti rispetto al 30 delle altre aziende (5).

Concludendo possiamo affermare che la pandemia di Covid-19 ha stravolto sistemi sanitari eccellenti che hanno saputo adattarsi rapidamente in una fase emergenziale; da tutto questo si è avuta la possibilità di ricavare delle opportunità di crescita come ad esempio sviluppare nuovi modelli per la gestione dell'assistenza territoriale ed ospedaliera.

Bibliografia

1. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4015
2. Piano Nazionale della Cronicità (National Chronicity Plan), Ministero della Salute, Editor. 2016. p. 149
3. Solidarity, E.U.Pf.E.a.S., Percorsi di dimissioni ospedaliere protette nelle Regioni italiane. Le buone prassi.
4. Alta Scuola di Economia e Management dei sistemi sanitari. Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19 Focus su Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Lazio. 8 Aprile 2020. https://altems.unicatt.it/altems-ALTEMS-COVID19_IstantReport2-summary.pdf
5. Report Agenzia Regionale Sanità al 26 Maggio: https://www.ars.toscana.it/images/qualità_cure/coronavirus/rapporti_Covid-19/Rapporto_COVID-19_26_MAGGIO_2020.pdf

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Il ruolo dei medici di famiglia di fronte alle emergenze globali

The role of family doctors to face global emergencies

Roberto Romizi¹, Giuseppe Miserotti², Paolo Bortolotti³, Paolo Lauriola^{4,5}

¹ *Presidente ISDE Italia*

² *Presidente ISDE Emilia-Romagna*

³ *Responsabile Commissione Ambiente, OMCeO Trento*

⁴ *CNR-IFC, Pisa*

⁵ *Coordinatore RIMSA (Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente)*

Parole chiave: medicina di comunità, emergenze ambientali e sanitarie, medicina di prossimità, medici sentinella per l'ambiente, cure primarie, cambiamenti climatici

RIASSUNTO

Introduzione: la complessità in cui si muove oggi lo sviluppo economico e sociale con le forti connessioni con i settori ambientale e sanitario, rende non ulteriormente procrastinabile l'implementazione di politiche di sanità pubblica ambientale (environmental public health) con una prospettiva intersettoriale e globale. Esiste una stretta relazione fra fragilità del pianeta, fragilità sociali e povertà, da cui discende che giustizia sociale e giustizia ambientale sono due facce della stessa medaglia. La sfida cruciale è passare a un sistema che sia economicamente valido, ecologicamente sostenibile e socialmente equo.

Obiettivi: se una volta la tutela della salute era basata sul rapporto tra medico e paziente, oggi è sempre più evidente l'influenza dell'ambiente e la necessità di agire a questo livello. Ad un obiettivo tradizionale rivolto all'individuo, il medico deve quindi aggiungere un obiettivo collettivo rivolto alla popolazione nel suo insieme.

Conclusioni: gli autori propongono che venga avviata una discussione ampia e approfondita che porti ad un nuovo profilo di medico "sul territorio" (MMG, PLS). Che definisca, ruoli, competenze professionali, interazioni nell'ambito della prevenzione e assistenza "in prossimità".

Keywords: community health care, environmental health concerns, proximity assistance, sentinel doctors for the environment, primary health care, global climate change

SUMMARY

Introduction: nowadays, the complexity in which economies and societies are moving towards points out the secure connections among environmental and health sectors and the need for no-further postponed environmental public health policies with an intersectoral and global perspective. There is a close relationship between planetary fragility, social frailty and poverty, from which it follows that social justice

Autore per corrispondenza: paolo.lauriola@gmail.com

and environmental justice are two sides of the same coin. The crucial challenge is to move towards a system which must be economically viable, ecologically sustainable and socially fair.

Objectives: in the past, the primary health care was based on the relationship between doctor and patient. Today the influence of the environment and the need to act at this level are increasingly evident.

Therefore, physicians must pay proper attention to the community health care as a whole, in addition to the traditional focus on the individual.

Conclusion: the authors propose to start a broad and in-depth discussion leading to a new "community" physician profile (GPs, PEDs) to define, roles, professional skills, integration in the area of prevention and "proximity" assistance.

Introduzione: alcune precisazioni sui termini

La complessità in cui si muove oggi lo sviluppo economico e sociale con le forti connessioni con i settori ambientale e sanitario, rende non ulteriormente procrastinabile l'implementazione di politiche di sanità pubblica ambientale (*environmental public health*) con una prospettiva intersettoriale e globale.

In questo ambito di complessità, tre concetti si sono imposti negli ultimi anni all'attenzione dei ricercatori e dei decisori: *Global Health*, *One Health*, *Planetary Health*.

Secondo il capo redattore di Lancet Planetary Health, Raffaella Bosurgi, "mentre la sanità pubblica si occupa della protezione e della promozione della salute all'interno dei sistemi sanitari, la salute globale (*Global Health*) esamina come migliorare la salute delle popolazioni di tutto il mondo e la salute planetaria (*Planetary Health*) amplia questo impegno, occupandosi dei rapporti tra le società, le civiltà e gli ecosistemi in cui essi si realizzano. La salute planetaria offre un'entusiasmante opportunità di trovare soluzioni alternative per un futuro migliore e più resiliente e mira non solo a studiare gli effetti dei cambiamenti ambientali sulla salute umana, ma anche a studiare sistemi politici, economici e sociali che regolano tali effetti" (1).

Infine l'approccio "*One Health*" riconosce che la salute degli esseri umani è legata alla salute degli animali e degli ecosistemi (*EcoHealth*). Questo approccio è stato criticato per un'attenzione eccessiva alle "tematiche veterinarie" e per l'insufficiente integrazione con concetti e competenze ambientali, sociali ed economiche che hanno una rilevanza determinante sulla salute. La sua rivisitazione in una visione planetaria come proposto da Rabinowitz et al. (2) è uno sviluppo interessante che contribuirebbe a migliorare la connessione degli sforzi sanitari globali in corso nel controllo delle malattie con la necessità di un monitoraggio dei cambiamenti dell'ecosistema e l'integrazione con misure di equità e sostenibilità. Si tratta quindi di concetti che permettono di descrivere ed interpretare la realtà nella sua complessità. In altre parole permettono di individuare e suggerire le soluzioni e gli strumenti per affrontare nel modo più efficace possibile i problemi di salute, sia a livello globale che locale. L'attuazione di strategie di "salute planetaria" è richiesta con urgenza anche alla luce della terribile pandemia di Covid-19 (3).

È evidente che le emergenze socio-sanitarie, ambientali, economico-finanziarie ed ecologiche

sono inscindibili: le attuali crisi mondiali sono tutte collegate fra loro e si ripercuotono sulle fasce più fragili della popolazione. Esiste una stretta relazione fra fragilità del pianeta, fragilità sociali e povertà, da cui discende che giustizia sociale e giustizia ambientale sono due facce della stessa medaglia.

È indubbia la connessione tra riduzione dei livelli di salute e povertà. Infatti assistiamo ad un aumento della forbice fra paesi ricchi e paesi poveri. Le diverse condizioni socio-economiche sono alla base delle disuguaglianze di salute anche in quelli più sviluppati: il rischio di mortalità cresce in maniera inversa alla posizione sociale così come la possibilità di usufruire di percorsi terapeutici efficaci (4).

L'ambiente e la salute globale

Nel corso dell'ultimo secolo e soprattutto negli ultimi decenni, l'uomo ha prodotto e immesso nella biosfera una quantità immensa di molecole artificiali, trasformato interi ecosistemi biologici, ampliato la gamma delle fonti e forme di energia. Parlare di ambiente e salute significa *in primis* cercare di valutare quali potrebbero essere gli effetti bio-molecolari di questa trasformazione drammatica e complessa, che da alcuni decenni mette sotto pressione l'intera biosfera e l'assetto genetico ed epigenetico degli organismi superiori. La "Transizione Epidemiologica" del XX Secolo, consistente in una notevole riduzione delle patologie acute da cause esogene e in un altrettanto significativo incremento delle patologie cronico-degenerative su base endogena appare sempre più chiaramente correlata alla repentina alterazione dell'ambiente prodotta dall'uomo ed alle conseguenti trasformazioni (epi)genetiche.

Appare sempre più evidente come la rapida trasformazione ambientale sia all'origine di buona parte delle patologie cronico-degenerative in aumento in tutto il mondo: patologie cardiovascolari; patologie neuro-degenerative, allergie, malattie autoimmuni, obesità, sindrome metabolica, diabete-2, neoplasie. Proprio in ambito oncologico i dati sono particolarmente allarmanti, specie per quanto concerne l'incremento dei tumori dell'infanzia, che è particolarmente significativo nei primi due anni di vita.

I cambiamenti climatici sono comunque la più grande minaccia globale del nostro secolo. L'estate 2019 sembra aver rappresentato il punto di non ritorno della crisi ambientale e climatica: lo scioglimento dell'Artico e della Groenlandia, gli incendi in Amazzonia, Siberia e Indonesia.

Gli effetti dei cambiamenti climatici già ora influenzano lo stato di salute di gran parte della popolazione del pianeta, mettendo a rischio la vita e il benessere di miliardi di persone.

Secondo le più recenti stime dell'Intergovernative Panel of Climate Change (IPCC), il gruppo internazionale di scienziati incaricati dalle Nazioni Unite di studiare i cambiamenti climatici, questi effetti saranno rapidamente crescenti se non dovessimo riuscire a contenere, nei prossimi decenni, l'incremento di temperatura globale entro 1.5°C.

I cambiamenti rapidamente in corso dipendono dalle emissioni clima-alteranti (soprattutto

CO₂, metano, ossidi di azoto) generate dalle attività umane in particolare negli ultimi 30 anni: il 97% degli scienziati afferma sulla base di documentate evidenze che i mutamenti climatici sono reali, sono causati dall'uomo e necessitano di rapidi interventi.

Gli squilibri ambientali dovuti all'attuale modello produttivo, insieme alle rapide modificazioni generate dai cambiamenti climatici, causano ambienti ostili alla sopravvivenza delle comunità, accentuano tensioni sociali, diseguaglianze e accrescono condizioni di vulnerabilità e, nelle aree geografiche del mondo meno resilienti e più svantaggiate, determinano la migrazione delle popolazioni (5).

È necessario un nuovo modello di sviluppo, fondato non solo sulla sostenibilità e su forme di economia circolare, ma anche sull'equità e sulla giustizia sociale ed ambientale che, oltre a tutelare chi oggi è costretto a migrare, riduca in futuro la necessità delle migrazioni e incrementi il livello di resilienza delle comunità a livello globale. Distruggere l'ambiente significa calpestare i diritti delle comunità e tutelare i diritti delle comunità si tradurrebbe nella salvaguardia dell'ambiente.

I cambiamenti climatici agiscono ovunque come amplificatori delle criticità pre-esistenti e, anche per questo, le conseguenze sull'ambiente e sulla salute colpiscono in misura diversa regioni e popolazioni, alimentando disuguaglianze, ingiustizie e iniquità. Sebbene il miliardo più povero della popolazione mondiale produca circa il 3% di tutto il gas serra del mondo, i morti dovuti a cambiamenti climatici sono attualmente quasi esclusivamente confinati nella parte più povera del pianeta.

“Perversamente, mentre le persone in condizioni di povertà sono responsabili solo di una frazione delle emissioni globali, sopporteranno il peso maggior dei cambiamenti climatici e avranno la minima capacità di proteggersi” (6).

L'azione dell'uomo risulta oggi talmente inedita nella storia della Terra da giustificare la definizione di “Antropocene” per denominare l'attuale era geologica, nella quale l'uomo si rende responsabile dell'alterazione degli equilibri della natura.

L'attuale modello di sviluppo lineare fondato sul ciclo di estrazione, produzione, consumo, trasforma sempre più velocemente materie prime in rifiuti non riciclabili e inquinamento, interferisce in maniera distruttiva con l'ecosistema e i cicli di vita del Pianeta, determina la socializzazione dei costi ambientali e sociali e la concentrazione di immensi profitti.

Si tratta di adottare politiche realmente indirizzate verso un modello economico circolare in grado di rigenerarsi attraverso il recupero di materia, l'assenza di combustioni, l'uso di energia da vere fonti rinnovabili (ad es. solare, eolico, idroelettrico), il riciclo dei prodotti usati, la progettazione di prodotti a vita lunga. La sfida cruciale è passare a un sistema che sia economicamente valido, ecologicamente sostenibile e socialmente equo.

L'ambiente nella pratica medica

Il 23% delle morti globali sono collegate all'ambiente insalubre pari oltre 12 milioni di morti

all'anno. Il 92% della popolazione nel mondo non respira aria salubre: sono stimati 6,5 milioni di morti associati con l'inquinamento atmosferico, sia indoor che outdoor, ovvero l'11,6% di morti globali. Sono stati documentati gli effetti dell'aumento della temperatura terrestre sulle malattie croniche. In particolare:

1. Un aumento di 1,0°C è correlato a un aumento del 3,4% della mortalità cardiovascolare, del 3,6% della mortalità respiratoria e dell'1,4% di quella cerebrovascolare (7).
2. Le alte temperature sono correlate a un aumento del 6,0% dei ricoveri ospedalieri per malattie coronariche (8).
3. È evidenziato il legame fra l'aumento delle temperature medie di 1,0°C e la crescita dell'incidenza del diabete (9).
4. La malattia renale cronica di origine sconosciuta è stata collegata all'aumento dello "stress da calore" in molte regioni, in particolare nelle comunità agricole (10).
5. La capacità vettoriale per la trasmissione della malaria è aumentata di oltre il 20% in Africa dal 1950, e l'OMS prevede ulteriori importanti aumenti futuri della mortalità per malaria nelle regioni centrali e orientali dell'Africa sub-sahariana. Sempre dagli anni Cinquanta, la capacità vettoriale per la trasmissione della dengue è aumentata almeno del 7%. Temperature ambientali più calde sono state associate infine all'aumento di incidenza di malattie di origine alimentare, come le salmonellosi (11).
6. Si stima che l'aumento della temperatura terrestre e il correlato cambiamento climatico stia già determinando fenomeni migratori che spingeranno circa 100 milioni di persone a lasciare la propria terra a seguito di aumento della povertà in molte aree del mondo (7).
7. Il 13 novembre 2019 è stato pubblicato il rapporto annuale "The Lancet Countdown on health and climate change" basato su 41 indicatori in 5 ambiti principali (12). Esso si è concentrato sugli effetti nei bambini. Un bambino nato oggi vivrà un mondo che è di più di quattro gradi più caldo della media preindustriale. Essi sono i più colpiti dagli effetti della denutrizione e sono i più suscettibili alla malattia diarroica ed avere gli effetti più gravi della febbre dengue.

La Salute Globale come prospettiva ineludibile per i medici

L'articolo 5 del codice deontologico della FNOMCEO recita *"Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuovere l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.*

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni".

Dal momento che i rischi per la salute sono inequivocabilmente legati al degrado ambientale

e agli stili di vita, i medici devono orientare il loro ruolo professionale e civile per promuovere la salute anche attraverso scelte di tutela ambientale. Occorre quindi sostenere e consigliare le altre categorie professionali e le amministrazioni affinché promuovano politiche di prevenzione e quindi di salvaguardia ambientale, creando consenso intorno a scelte talvolta scomode e impopolari. I medici sono una categoria di opinion-leaders che si sta sempre più rendendo conto sulla base dell'esperienza quotidiana della necessità di impegnarsi, non solo in campo diagnostico terapeutico, ma anche in quello della prevenzione e della identificazione dei fattori di rischio ambientali.

Se una volta la tutela della salute era basata sul rapporto tra medico e paziente, oggi è sempre più evidente l'influenza dell'ambiente e la necessità di agire a questo livello. Ad un obiettivo tradizionale rivolto all'individuo, il medico deve quindi aggiungere un obiettivo collettivo rivolto alla popolazione nel suo insieme. Il ruolo del medico si fa dunque sempre più complesso e sarà determinante per la salute delle generazioni future.

In merito al rapporto tra ambiente e salute, una strategia che potrebbe risultare vincente è il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG) e dei Pediatri di Libera Scelta (PLS) in una strategia integrata di "Prevenzione". Certamente ciò richiederà un forte investimento in termini di formazione, non essendo questi solitamente preparati ad occuparsi in modo approfondito di salute in relazione all'ambiente. Vi è infatti una carenza formativa a livello universitario, sia nei corsi di laurea sia nei corsi di specializzazione. Il tema salute e ambiente è in effetti o assente o marginalmente affrontato. Il medico del territorio, sia esso di famiglia o pediatra di libera scelta, riveste diversi ruoli di tipo clinico, scientifico e di *advocacy* tra loro intimamente connessi. Nella specificità del suo ruolo deve individuare manifestazioni cliniche anche solo potenzialmente correlate ad una causa ambientale e deve in tale direzione informare, educare gli assistiti, le famiglie, la comunità. È quindi necessaria una formazione continua dedicata per mantenere un livello scientifico elevato e aggiornato in un ruolo che prevede compiti di ricerca, di raccolta dati, di segnalazione di eventi critici. Occorre promuovere iniziative di informazione per la popolazione tramite incontri, pubblicazioni, interventi di tipo mediatico, mantenendo rapporti con le istituzioni e con le associazioni del territorio per la tutela ambientale.

Il medico del territorio, sia di famiglia che pediatra, oltre ad essere un punto di riferimento per i propri pazienti deve porsi anche come elemento di "cerniera" con le istituzioni e la comunità scientifica in una visione moderna e di "servizio", il complesso di conoscenze acquisito consentirebbe un raccordo tra le varie problematiche ambientali di tipo globale (inquinamento di aria, acqua, terra, cambiamenti climatici, etc.) e l'azione locale. A questo proposito, diverse recenti pubblicazioni hanno sottolineato le grandi potenzialità offerte dal coinvolgimento dei *Primary Care Providers* (13-16).

Un loro coinvolgimento consentirebbe non solo di raccogliere informazioni in modo tempestivo e preciso su modificazioni "inattese" dello stato di salute della popolazione e

dell'ambiente, e permetterebbe al Servizio Sanitario di trasmettere un immediato senso di protezione ai cittadini che nel 95% dei casi è in rapporto fiduciale con il proprio medico o pediatra (17-18).

Nel caso del COVID-19 si ritiene utile sottolineare quanto una migliore interazione tra il sistema ospedaliero e quello di prevenzione territoriale avrebbe potuto incidere positivamente sulla gestione dell'epidemia, addirittura sul riconoscimento dell'inizio dell'epidemia.

Inoltre, anche in questo momento, una collaborazione dei Medici di Famiglia con i Dipartimenti di Prevenzione che sono fortemente impegnati nel processo contact-tracing (19), potrebbe risultare risolutivo.

Il rilancio della sanità pubblica sia sul versante della prevenzione sia della cura sembra oggi più ineludibile di ieri.

L'emergenza coronavirus ha riproposto il tema della spesa sanitaria e più in generale delle politiche a sostegno del SSN evidenziando come una riallocazione ed un aumento delle risorse per la medicina pubblica. Il servizio sanitario è l'asse portante del welfare che dovrà essere rafforzato e ripensato per adeguarlo alle sfide a venire.

Conclusioni

La recente pandemia COVID-19 ha messo al centro il tema della salute dell'uomo nell'ambiente in cui vive. Per prevenire le malattie dobbiamo dunque considerare l'uomo e il suo ambiente nel loro insieme, agendo su quei fattori ambientali che sono modificabili, in quanto dipendono dalle nostre scelte.

Occorre quindi conoscere in modo dettagliato e tempestivo, agire in modo appropriato e diffuso, ma occorre anche indurre scelte a livello individuale e collettivo coerenti alla necessità di vivere in armonia con il nostro ambiente. Per la salvezza della nostra specie!

Un'altra considerazione che nasce dalla valutazione di questa esperienza è la "complessità" dei fenomeni di "salute" e "sanitari" (da notare l'uso di questi due termini, contemporaneamente e separatamente) e ancor di più se questi sono messi in relazione al contesto ambientale. Solo adesso ne possiamo averne una percezione tangibile in termini di "spazio" e di "tempo".

Infatti, dopo un'emergenza che ha avuto un tale impatto salute pubblica, abbiamo una percezione netta e viva della dimensione globale in cui si muove il nostro diritto alla salute. Quando vedevamo sotterrare i morti a causa della malattia di Ebola, erano dei poveri africani di una zona lontana che non ci avrebbero mai coinvolto. La stessa cosa erano i cittadini di Wuhan nei mesi di gennaio-febbraio. Ora noi siamo loro!

Ma quello che ancora più colpisce è il tempo. Provate a pensare a quali erano le nostre preoccupazioni nel dicembre 2019 (prima di Natale). Era un altro mondo. Ma eravamo noi, solo pochi mesi fa!

Tutto questo ci porta a dire che se si parla di emergenza Coronavirus non si può non pensare anche a tutto quello che a livello di globalizzazione impatta sul nostro modo di vivere e sul

nostro futuro, molto di più di una pandemia, con particolare riferimento ai cambiamenti climatici globali. Questa pandemia va considerata un “segnale sentinella”, che solo se verrà colto con intelligenza e lungimiranza ci consentirà di attrezzarci a cosa potrà venire dopo, utilizzando i cambiamenti e le modalità di intervento su cui oggi ci si interroga, come soluzione ad un approccio globale alla tutela della salute non limitato alle virosi pandemiche.

In definitiva questa pandemia ci ha mostrato

1. il servizio sanitario nazionale (e regionale) è la chiave di volta, in quanto dotato della necessaria capacità di adattarsi rapidamente a situazioni nuove e mutevoli
2. il concetto di riunire tutto in un solo luogo di cura (ospedale o peggio RSA) si è dimostrato poco utile, il futuro è una migliore organizzazione della medicina del territorio
3. far questo bisogna creare una nuova figura del medico del territorio che fornito di adeguati strumenti di lavoro, possa interfacciarsi direttamente con l'ospedale e con i servizi di prevenzione ed epidemiologia, che possa avvalersi di personale infermieristico adeguato alla necessità.

Pertanto si propone che venga avviata una discussione ampia e approfondita che porti ad un nuovo profilo di medico "sul territorio" (MMG, PLS). Che definisca, ruoli, competenze professionali, interazioni nell'ambito della prevenzione e assistenza “in prossimità”.

L'ambiente in questo profilo dovrà essere riconosciuto come elemento essenziale per un approccio definito come “resilienza sociale” (20) e cioè: “capacità degli individui, delle organizzazioni e delle comunità di adattarsi, tollerare, assorbire, far fronte e aggiustarsi rispetto al cambiamento e a minacce di vario tipo, evidenziando come esista una relazione tra resilienza sociale e resilienza ecologica”, dove i medici possono avere un ruolo essenziale.

“Insomma, perché le cose possano andare meglio nel corso di una grande epidemia (ma non solo) le autorità sanitarie pubbliche devono rivalutare fortemente il ruolo dei medici di famiglia e dei pediatri che operano nelle cure primarie, coinvolgendoli in modo più coordinato nei percorsi di prevenzione, assistenza ed erogazione di cure adeguate. Dotandoli dei necessari strumenti di protezione della loro salute e di quella delle persone con cui entrano in contatto. Tutto questo accompagnato da sistemi di comunicazione efficienti e rapidi su informazioni cliniche, aggiornamento epidemiologico e risultati delle indagini. Per dare un'efficace risposta a problemi di salute pubblica come una pandemia, ogni componente del sistema deve avere competenze sufficienti a soddisfare la domanda di salute. E devono essere stabiliti rapporti d'interazione efficaci tra i componenti stessi a supporto del coordinamento, della comunicazione e della collaborazione. I medici delle cure primarie hanno in effetti le potenzialità per integrarsi sia nei percorsi assistenziali che richiedono un collegamento stretto tra i vari livelli assistenziali, sia, e soprattutto, a livello territoriale per rispondere ai bisogni degli individui e incentrati sulle esigenze generali della popolazione” (21).

Da più parti si sta diffondendo questa esigenza, sia a livello mediatico, politico ed istituzionale. Si ritiene infatti importante fare il punto su quanto è successo in Italia, prima e durante l'emergenza COVID-19, ma soprattutto su *cosa occorre fare dopo*. Sia a livello locale che internazionale (22-24) si insiste che tale esperienza critica debba essere un punto di ripartenza dichiaratamente rivolto a realizzare una (nuova) società "globale" basata su tre concetti fondamentali e cioè la salute, la sostenibilità e l'equità.

Ringraziamenti:

Si ringrazia tutta la Rete Italiana Medici Sentinella per l'Ambiente (RIMSA), ed in particolare: Pulito Giuseppe, Vitullo Felice, Fortunato Angelo, Murgia Vitalia, Del Gaiso Giovanni, Palma Fernando, Rivezzi Gaetano, De Vita Mario.

Bibliografia

1. Marija Gemma, What's the Difference? Planetary Health Explained. Global Health NOW, Available online: <https://www.globalhealthnow.org/2017-09/whats-difference-planetary-health-explained>
2. Rabinowitz PMacG, Pappaioanou M, Bardosh KL, et al. A planetary vision for one health. *BMJ Glob Health* 2018;3:e001137. doi:10.1136/bmjgh-2018-001137
3. Bianchi F, Lauriola P, Cori L. Covid-19: teniamo insieme salute delle persone e del pianeta Health Literacy, COVID-19. *Scienzainrete* <https://www.scienzainrete.it/articolo/covid-19-teniamo-insieme-salute-delle-persone-e-del-pianeta/fabrizio-bianchi-paolo-lauriola>
4. Marmot M. La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il pensiero scientifico; 2016.
5. Di Ciaula A, Gentilini P, Laghi F, Tamino G, Corrieri U, Petronio MG, Litta A, Faggioli A. Position Paper, Cambiamenti climatici, salute, agricoltura e alimentazione, ISDE, <https://www.isde.it/wp-content/uploads/2014/02/2018-position-paper-Cambiamenti-climatici-salute-agricoltura-e-alimentazione.pdf>
6. Alston P. Report of the special Rapporteur on extreme poverty and human rights. Human Right Council, UN Human Rights special procedures, Giugno 2019. <https://www.ohchr.org/en/Issues/Poverty/Pages/SRExtremePovertyIndex.aspx>
7. Bunker A, Wildenhain J, Vandenbergh A et al. Effects of Air Temperature on Climate-Sensitive Mortality and Morbidity Outcomes in the Elderly; a Systematic Review and Meta-analysis of Epidemiological Evidence. *EBioMedicine* 2018; (6): 258–268. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4856745>
8. Bai L, Li Q, Wang J, et al., Increased coronary heart disease and stroke hospitalisations from ambient temperatures in Ontario. *Heart* 2018;104:673–679 <https://heart.bmj.com/content/heartjnl/104/8/673.full.pdf>
9. Blauw LL, Aziz NA, Tannemaat MR, et al. Diabetes incidence and glucose intolerance prevalence increase with higher outdoor temperature. *BMJ Open Diabetes Research and Care* 2017;5:e000317. doi:10.1136/bmjdr-2016-000317
10. Sorensen C, Garcia-Trabanino R. A New Era of Climate Medicine — Addressing Heat-Triggered Renal Disease. *N Engl J Med* 2019; 381:693-696 DOI: 10.1056/NEJMp1907859
11. AAVV. Sole 24ore, 5 ottobre 2019 <https://www.infodata.ilsole24ore.com/2019/10/05/cambiamenti-climatici-salute-globale-cosa-dicono-dati-la-letteratura-scientifica/>
12. Nick Watts, Markus Amann, Nigel Arnell, et al. The 2019 report of The Lancet Countdown on health and climate change: ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate.

- The Lancet 2019; 394: 1836–78 Published Online November 13, 2019 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32596-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32596-6)
13. Xie E, De Barros EF, Abelsohn A et al. Challenges and opportunities in planetary health for primary care providers. *The Lancet Planetary Health* 2018; 2(5): 185-187.
 14. Lauriola P, Pegoraro S, Serafini A et al. The Role of General Practices for Monitoring and Protecting the Environment and Health. Results and Proposals of the Italian Project Aimed at Creating an “Italian Network of Sentinel Physicians for the Environment” (RIMSAs) within an International Perspective, *J Family Med Community Health* 2018; 5(5): 1160. DOI <https://www.jscimedcentral.com/FamilyMedicine/familymedicine-5-1160.pdf>
 15. Lauriola P, Serafini A, Santamaria MG, et al. F. Sentinel practitioners for the environment and their role in connecting up global concerns due to climate change with local actions: thoughts and proposals *Epidemiologia e Prevenzione* 2019; 43 (2-3):129-130. doi: 10.19191/EP19.2.3. P129.05
 16. Murgia V, Romizi F, Romizi R, et al Family Doctors, Environment and COVID-19 in Italy: experiences, suggestions and proposals *BMJ* 2020;368:m627 (<https://www.bmj.com/content/368/bmj.m627/r-37>)
 17. Hummers-Pradier E, Beyer M, Chevillier P et al. The Research Agenda for General Practice/Family Medicine and Primary Health Care in Europe. Part 1. Background and methodology. *European Journal of General Practice* 2009; 15: 243–250.
 18. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, et al The Ecology of Medical Care Revisited October 18, 2001 *N Engl J Med* 2001; 345:1211-1212 DOI: 10.1056/NEJM200110183451614.
 19. Scottish Government, Chief Medical Office Directorate, Coronavirus: how contact tracing works, 10 Mar 2020, <https://www.gov.scot/publications/coronavirus-how-contact-tracing-works/>
 20. Adger WN. Social and ecological resilience: are they related? *Progress in Human Geography* 2000; 24: 347-364.
 21. Lettera aperta al Presidente del Consiglio dei Ministri, G. Conte, del Ministro della Salute Roberto Speranza, del ministro dell’ambiente Sergio Costa del 8 Maggio 2020 (<https://www.isde.it/covid-19-medici-per-lambiente-scrivono-a-conte-speranza-e-costa-mettere-a-sistema-la-rete-dei-medici-sentinella-sul-territorio-per-la-prevenzione-epidemiologica-e-il-monitoraggio/>)
 22. Prevention web, The knowledge platform of for disaster risk reduction, <https://www.preventionweb.net/news/view/72149>
 23. Guerriero C, Haines A, Pagano M. Health and sustainability in post-pandemic economic policies. *Nature Sustainability*. June 2020, <https://doi.org/10.1038/s41893-020-0563-0>
 24. Schwalbe N, Lehtimäki S, Gutiérrez JP. COVID-19: rethinking risk, *Lancet Glob Health*, 15 June, [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30276-X](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30276-X)

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Lettere in Redazione

Riceviamo e pubblichiamo volentieri la seguente nota

Il fondamentale ruolo dei farmacisti umbri nella pandemia

Augusto Luciani*, Silvia Pagliacci**, Maurizio Bettelli***

*presidente Federfarma Umbria**

*presidente Federfarma Perugia***

*presidente Federfarma Terni ****

I farmacisti dell'Umbria, come del resto quelli di tutta Italia, nel delicatissimo periodo del lockdown e nelle immediate fasi successive sono rimasti in prima linea per andare incontro, come sempre, alle esigenze dei cittadini. Contribuendo insieme a tutte le categorie del mondo sanitario alla impegnativa gestione della pandemia, con spirito di sostegno e cercando di interpretare ansie, paure e insicurezze inevitabilmente manifestate della popolazione. Il presidio territoriale con la croce verde, a fronte di una situazione particolarmente difficile causata dall'emergenza Coronavirus, ha in primis garantito la continuità del servizio di dispensazione dei farmaci nel contesto di quasi totale chiusura di esercizi e strutture decretato dalle disposizioni governative; si è confermato inoltre una certezza sul territorio avvalorando una funzione strategica, in virtù del ruolo di 'consiglieri' e della funzione di supporto psicologico, tratti distintivi dei farmacisti. Proprio questo riteniamo sia stato l'elemento fondamentale da porre in evidenza, visto che specialmente nei giorni più difficili contraddistinti dalla quasi totale 'clausura', il veloce e furtivo ingresso in farmacia non ha mai fatto venire meno interrogativi da parte degli utenti sulla terribile situazione causata dal Covid-19; riflessioni cui non ci siamo mai sottratti ed anzi, alle quali abbiamo cercato di contribuire rassicurando i cittadini. La capillare distribuzione delle farmacie in Umbria, un totale di 278 delle quali 227 private e 51 pubbliche, esalta tra l'altro la vocazione del territorio considerato che nell'elenco complessivo ben 131 farmacie rientrano nella categoria rurale, ovvero situate in centri con meno di 5000 abitanti (soglia al di sopra della quale le farmacie vengono definite urbane). Ergendosi quindi a riferimento importante per le relative comunità anche in virtù di turni di servizio particolarmente duri, con orari di apertura spesso continuativi e in diversi casi con orari notturni dalle ore 20 alle ore 9. I colleghi hanno agito spesso in situazione di difficoltà,

in assenza di mascherine e di altri dispositivi di protezione individuale, esibendo spirito di servizio e senso di sacrificio. Non solo, erogando anche nei giorni di lockdown i farmaci della distribuzione diretta nella modalità cosiddetta DPC (dispensazione per conto), una particolare tipologia di dispensazione dei farmaci che sono acquistati direttamente dalla Aziende Sanitarie Locali ed appunto distribuiti dalle farmacie al territorio. Azione che consente ai pazienti di ritirare i farmaci vicino a casa, senza doversi recare ogni volta presso strutture ospedaliere più lontane.

È doveroso sottolineare inoltre come in Umbria una decina di farmacisti abbiano contratto il Covid-19 ed in due casi si siano trovati di fronte situazioni particolarmente ‘pesanti’ con relativi ricoveri ospedalieri. Al di là di tutto, la categoria con spirito di appartenenza ha sopperito alle difficoltà, avallando anche numerosi e preziosi servizi per la cittadinanza quali, ad esempio, la consegna gratuita dei farmaci a domicilio per le categorie particolarmente svantaggiate tramite accordi stretti con organizzazioni operanti sul territorio. E provvedendo, nei giorni più difficili, a dotare la comunità del necessario approvvigionamento di mascherine quando questo dispositivo di protezione era praticamente introvabile in tutta Italia. E’ giusto segnalare poi, che insieme al lavoro messo in atto dai farmacisti e dalle categorie sanitarie, legate tra di loro in questo periodo emergenziale dalla volontà di tutelare la salute dei cittadini, anche il comportamento degli umbri nella prolungata e problematica fase contraddistinta dalla pandemia è stato assolutamente irreprensibile; il contenimento del virus Covid-19 entro ambiti numerici relativamente buoni, si deve infatti in primis al grande senso di responsabilità dimostrato dai cittadini. Siamo convinti che dalle esperienze più difficili si possa e si debba trarre insegnamento per il futuro, diventando più forti e consapevoli anche, di conseguenza, nella maniera di affrontare eventi in grado di incidere profondamente nella nostra vita quotidiana.

Altri contributi

Healthy Eating Promotion for the Workplace: the European FOOD (Fighting Obesity through Offer and Demand) Programme

Promozione di un'alimentazione sana sul posto di lavoro: il programma europeo FOOD (Combattere l'obesità attraverso l'offerta e la domanda)

Martin Caraher¹, Giuseppe M Masanotti², Nolwenn Bertrand³, Romane Léauté⁴, Susan Lloyd⁵, Behrooz Tavakoly⁶

¹ *City, University of London, UK*

² *University of Perugia, Italy*

³ *Public Programme Manager, Edenred S.A., France*

⁴ *Junior Project Manager, Edenred S.A., France*

⁵ *Researcher, City, University of London, UK*

⁶ *Epidemiologist, Independent, UK*

Keywords: lunchtime; eating out; workplace; public private partnership; prevention

SUMMARY

Diet related chronic diseases are a key public health challenge. As employees spend a significant amount of their waking hours at work, it is an important place to convey health promotion messages and improve the workers' eating behaviour. The Fighting Obesity through Offer and Demand (FOOD) programme contributes to this objective by promoting healthy eating habits during the working day. There are two complementary target groups: workers and restaurant owners. The FOOD programme is a public private consortium in nine European countries involving representatives of public health authorities, nutritionists and universities around the lead partner and coordinator the private company Edenred. Here we present the results from a 2018 survey with 25,428 employees and 1,411 restaurants supported by 910 semi-structured interviews (260 face to face and 650 telephone interviews).

Key findings include an increase in demand for healthy foods since 2012. There is a tension with the demands for healthy food being accompanied by expectations of a 'cheap' and convenient service. The proportion of people taking a mid-day break is approximately 50% across the sample. Lunchtime at work remains an important point for promoting healthy eating among employees. While nutrition is important the promotion of social eating is also important as it introduces other benefits including increased

productivity and promotes mental health.

For the future restaurant owners and their employees need more support to deliver healthy eating options and to provide more nudges toward healthy eating.

Parole chiave: ora di pranzo; mangiare fuori casa; luogo di lavoro; partenariato pubblico-privato; prevenzione

RIASSUNTO

Le malattie croniche legate all'alimentazione costituiscono una sfida fondamentale per la sanità pubblica. Poiché i lavoratori trascorrono una quantità significativa delle loro ore sul luogo di lavoro, questo è un contesto importante per trasmettere messaggi di promozione della salute e migliorare il comportamento alimentare dei lavoratori. Il programma "Combattere l'obesità attraverso l'offerta e la domanda" (FOOD) contribuisce a questo obiettivo promuovendo abitudini alimentari sane nel corso della giornata lavorativa. Due i gruppi target complementari del progetto: i lavoratori e i ristoratori. Il programma FOOD è un consorzio pubblico-privato di nove paesi europei che coinvolge rappresentanti delle autorità sanitarie pubbliche, nutrizionisti e università intorno al partner principale e coordinatore: l'azienda privata Edenred. In questo articolo presentiamo i risultati di un'indagine condotta nel 2018 su 25.428 dipendenti e 1.411 ristoratori condotta attraverso 910 interviste semi-strutturate (260 faccia a faccia e 650 interviste telefoniche).

Tra i risultati più importanti vi è un aumento della domanda di alimenti sani dal 2012. C'è una tendenza verso la richiesta di cibo sano accompagnata dalle aspettative di un servizio "economico" e conveniente. La percentuale di persone che si prende una pausa a mezza giornata è di circa il 50% su tutto il campione. L'ora di pranzo al lavoro rimane un punto importante per promuovere un'alimentazione sana tra i dipendenti. Mentre la nutrizione è importante, la promozione dell'alimentazione sociale è importante anche perché introduce altri benefici, tra cui l'aumento della produttività e promuove la salute mentale. Per questo i futuri proprietari di ristoranti e i loro dipendenti hanno bisogno di un maggiore sostegno per offrire opzioni alimentari salutari e fornire maggiori stimoli verso un'alimentazione sana.

Introduction

Changing consumption patterns across Europe and rising patterns of diet related non-communicable diseases remain big public health challenges (1-2). Trends of eating outside the home in Europe continue to rise and core to this is the rise of global companies offering fast food which is often high in fat, salt and sugar. The business model of such establishments additionally does not encourage social eating. Euromonitor International declared in 2018 that the trend 'has come as the continued general macro shift in dining culture, with diners moving away from traditional formats and towards more modern, convenient, flexible and value-driven formats, as such options become more readily available'.

This drive towards fast food and fast eating can be seen in the 2017 data with fast food chains accounting for 29.8% of outlets in Europe but 53.8% of revenues; this is contrasted with independent fast food operators comprising 70.2% of the total number of outlets but only 46.2% of revenues down from 51.5% in 2011 (3). Eating out in fast food outlets runs a higher risk of unhealthy eating leading to obesity and diet related chronic diseases. One in

three home eating choices are influenced by health concerns up from one in ten from the 1990s; this however drops to one in eight when eating outside the home where the prime determinants are price and convenience (4). Many major global companies are introducing healthy options supported by employee training to encourage both the preparation of healthy foods and knowledge about healthy eating (5). Additionally there is a move to using psychological and physical ‘nudges’ as a means to direct consumers to healthier options (6). A report by the International Labour Organization (ILO) analysed eating habits in many countries worldwide and demonstrated how a poor or excessive diet in the workplace could decrease productivity by 20%; it also identified the importance of vouchers as offering social benefits to employers employees and to local economies (Wanjek, 2005). Social eating offers many benefits ranging from nutrition through mental health to better productivity at work. The opportunity exists for public officials and employers to encourage healthy eating in the workplace through policies and financial incentives (7-9). As people spend more time at work the importance of accessing healthy food in a congenial atmosphere which contributes to healthy eating and salutogenesis becomes important (10-12). The social aspect of eating is in contrast to the developing trend for fast food, which is often consumed alone and at people’s work desks. The research shows that social eating leads to more healthy food choices (13). The promotion of healthy nutrition for workers can be achieved via a range of organisational and policy choices of the organization (8, 14). The return on wellness investments can be up to 170% showing why it is a worthwhile investment for companies of all sizes (15). While public bodies remain to the fore in the drive to prevent DR-NCDs and promote healthy eating, there has emerged a series of public private partnerships (PPPs) (16-17). The FOOD programme, Fighting Obesity through Offer and Demand, can be categorized as a PPP, with representatives of public health authorities, nutritionists and universities around a private sector coordinator Edenred. It is built on the basis of the Ticket Restaurant® system where employees are offered a voucher to eat at a local restaurant by their employer. In some countries this is redeemable by the employer as a tax benefit. The FOOD programme through the meal voucher or ‘ticket’ system offers a more social and cultural aspect to eating (11, 18). A previous article describes the outcomes of the FOOD initiative in one country – Italy (19) where the programme has linked with existing public health initiatives. With the meal voucher system there are also economic benefits to small businesses (20-21). The FOOD programme currently operates in ten European Countries, with plans to expand. This paper presents the main results of ten years of the FOOD programme.

Methods

A questionnaire called: FOOD Barometer has been developed and consists of a generic section with ten questions, and a specific national part with two questions. The questionnaires are sent by e-mail to all employees in the participating companies and to associated restaurants

to collect data on their eating habits and their perception of healthy eating during the working day. One email is sent in the month of June, and a reminder is sent at the end of June. All answers are collected and centralized at coordination level by Edenred in Brussels. Since 2012, 82,600 workers and 7,700 restaurants answered the questionnaire, enabling the partners to compare the trends and improve the programme. The analysis of the surveys is conducted to:

- Provide a cross-country comparison: for a designated year, to compare the data from one country to another, or compare the results from one country with the EU average.
- To track changes over the years: analyzing the answers' rate to one question year after year, also enabling a comparison with the EU average.

Here we report on the results from the 2018 survey and supporting qualitative research; this is comparable to the 2012 data which used both qualitative and quantitative methods, see table 1. Between 2013 and 2017 qualitative data was not gathered but the results of the quantitative data was sent to all participating countries and organisations as an evaluation tool to help improve programme delivery. The 2018 survey was completed by 25,428 employees and by 1,411 restaurants. For each country we calculated the mean rate of individuals reporting that they take a lunch break, we compare rates across countries and with a European rate. We present the confidence interval for all rates (Public Health England, 2018). We also present by proportion the usual place lunch is eaten.

The qualitative part of the 2018 study consisted of 910 semi-structured interviews (260 face to face and 650 telephone interviews) in the 13 countries; this consisted of the nine FOOD countries: Austria, Belgium, the Czech Republic, France, Italy, Portugal, Slovakia, Spain and Sweden plus 4 non FOOD countries at the time of the study: Romania, Greece, Poland and Luxembourg. The inclusion of non-FOOD countries was to provide a basis for comparison. This is a follow-up to a 2010 study conducted with the then original 6 partners (18). Seventy chefs were interviewed in each country, from various background (traditional cuisine, Italian food, Asian food, vegetarian food, etc). All the interviews were recorded and lasted between 30 and 45 minutes. For countries which were members of the FOOD programme, a sample of 14 the interviewees per country were part of the FOOD programme. A vertical analysis was conducted (interview by interview). Then a horizontal analysis was conducted (topic by topic). The analysis aimed at finding similarities and differences between the interviews and help establishing the profiles.

The objectives of the qualitative study were to understand the incentives of healthy food preparation in participating restaurants, to determine restaurant owner's motives and potential barriers to participating in the FOOD programme and identify the expectations of customers.

Results

Table 1 shows the trend in the barometer's responses since 2012 as new countries joined. There are high returns from Belgium and Slovakia, reflecting strong local partnerships.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Austria **	**	**	**	**	1,012	503	502
Belgium*	1,419	484	983	3,192	4,565	9,398	1,5350
Czech Republic*	731	501	1,591	1,079	823	1,777	1,105
France*	1,085	892	920	1,011	1,208	1,798	1,509
Italy*	970	317	1,004	1,067	540	1,170	1,610
Portugal **	**	**	**	512	1,035	3,630	1,173
Slovakia **	616	736	539	1,105	1,175	1,226	2,351
Spain*	501	614	543	621	1,391	821	1,828
Sweden*	1,002	1,068	***	***	***	***	***
Total	6,324	4,612	5,580	8,587	11,749	20,323	25,428

Table 1 - Employee returns: Number of returns country by country (2012-2018)

* Original members of EC funded pilot

**Was not an original member

*** Not included due to reorganisation of the local partnership

The data in Table 2 is the number of returns by country, the membership of the FOOD programme is bigger than this with for example 876 in Italy and 500 in the Czech Republic.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Austria**	**	**	**	**	129	97	81
Belgium*	41	42	56	0	59	51	52
Czech Republic*	243	209	134	207	51	202	90
France*	52	83	92	105	300	317	178
Italy*	182	133	271	774	637	352	782
Portugal**	**	**	**	43	109	86	52
Slovakia**	52	64	53	86	102	105	76
Spain*	212	139	115	63	139	85	100
Sweden*	50	***	***	***	***	***	***
Total	832	670	721	1,278	1,526	1,295	1,411

Table 2 - Restaurants: Number of returns country by country (2012-2018)

* Original members of EU funded pilot

** Was not an original member

*** Not included due to reorganisation of the local partnership

Lunch breaks

From the data in figure 1 we can say with a 95% confidence interval that employees in Austria and Spain report they are less likely to take a lunch break during their working day than the European average; and employees in Portugal, Italy, France and Slovakia are more likely than the European average to take a lunch break during their working day.

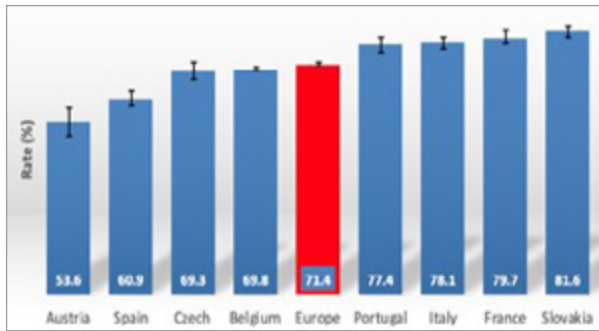


Figure 1 - Confidence interval on the numbers reporting taking a lunch break everyday by country.

Location of eating lunch

For people eating lunch the location of where they eat lunch varies, reflecting social and cultural norms see table 3. Respondents reported taking lunch breaks in a restaurant, at their desk, in the staff common room and in other locations. The most common response to where they eat lunch was the 'staff common room'. The exception is the Czech Republic where only 7.2 % reported eating in the common room. When staff did not eat in the common room, they were most likely to eat outside in a restaurant in France, Spain, Italy, Czech Republic, Slovakia, Portugal and Austria. The highest proportion of people eating in a restaurant was in Slovakia (34.4%) and the lowest in Belgium (4.6%).

	France	Belgium	Spain	Italy	Czech Republic	Slovakia	Portugal	Austria	Average across the 8 countries
In a restaurant, outside my workplace	26.6	4.6	32.0	38.8	31.6	34.4	19.3	25.5	17.6
At my desk	19.8	33.5	10.6	20.9	24.5	20.1	7.2	25.9	27.3
In the common room for the staff	40.0	60.5	43.2	23.0	7.2	39.6	49.4	38.4	51.8
Other	13.6	1.4	14.2	17.3	6.8	5.9	24.1	10.2	14.7

Table 3 - Responses to 'Where do you usually eat your lunch?' broken down by country and proportion across the 8 countries

Healthy Eating Concerns

Restaurant owners reported an increase of 26% for sales of healthy meals and an increase in demands/queries for healthy or balanced meals by 27%. The majority - 64% - of restaurant owners reported possessing a low/medium level of knowledge and would like to learn more about nutrition. The employee part of the survey backed this up with almost 50% across Europe expressing that health and nutrition influenced their decisions about which meal to chose.

Across the countries there was agreement from restaurant owners on increasing customer demand for healthy dishes. How healthy was defined had regional variations: with restaurant owners in Sweden highlighting the demand for 'green food'; in Austria and Spain they reported an increased interest in veganism and vegetarianism; in Slovakia the focus was on organic and local products; the concerns of customers in France and Italy was on more vegetables while in the Czech Republic the concern was with alcohol and smoking. This latter anomaly can perhaps be explained by the fact in 2017 in the Czech Republic that smoking in restaurants was banned (22) and the country has high levels of alcohol intake including spirits and a higher than average European consumption of cigarettes (23-24). All the restaurants owners agreed on the potential of a healthy food offer to attract more customers. Barriers to producing more healthy food were identified as potentially having a perceived higher cost; tensions amending or adapting traditional culinary cuisine, customers more concerned with quantity than quality as well as men more focussed on quantity then health. Restaurant owners reported a high level of interest in learning how to use new technologies to deliver healthy meals.

The 2018 qualitative study found regional variations in how healthy was conceived, some of which are summarised in table 4. Many of these variations can be seen to be rooted in cultural and culinary practices, traditional foods as well as methods of food preparation.

Groupings	Issues
Mediterranean countries (Portugal, Spain, Italy and Greece)	Pride given to traditional cuisine, not very inclined to adapt or adjust menus, however curiosity for healthy food, no reluctance.
Eastern and Northern countries (Slovakia, the Czech Republic, Romania, Austria and Sweden)	Awareness that traditional cuisine is not always compatible with healthy cooking standards, however strong concern for healthy eating.
Western countries (France, Belgium and Luxembourg)	Open to diversity and receptive to the FOOD recommendations.

Awareness of the FOOD programme

Table 4 - Summary of regional concepts of healthy eating concerns

Awareness of the FOOD programme

The voluntary nature of the programme means the current reach is a small percentage of the possible audience. Table 5 below shows the levels of awareness of the FOOD programme. While the lows of 7% in Austria and Slovakia are less than would be hoped for this compares to the four non FOOD countries reported low levels (2-6%) of awareness of any national or European healthy eating initiative.

Country	Percentage recognizing being part of the FOOD programme
Austria	7%
Belgium	21%
Czech Republic	57%.
France	100%
Italy	64%
Portugal	100%
Slovakia	7%

Table 5 - Recognition of membership of the FOOD programme in participating countries

Discussion

The FOOD programme offers an opportunity to influence healthy eating in the workplace through combined attention to offering value for money in a social eating situation (11). The trend is for convenience and value but often at the expense of healthy options as the nature of fast food is food that is high in fat, salt and sugar. The programme stresses the importance of not just eating during the day but of the social environment that it takes place in. Some countries such Slovakia and Portugal record high levels of social eating at mid-day and there is research showing that those who eat in such social situations are more likely to be influenced by concerns about health (4). The demand for healthy options from the survey data supports this observation. This is the demand side of the FOOD programme, the offer is where the restaurants and employers operate a 'nudge' and choice architecture effect (25); however the low level of recognition and knowledge of the programme and its resources means that is not being exploited to its full extent. Further developments and extension of the programme demand attention be paid to this aspect of employee engagement.

The employee part of the survey showed that 50% across Europe reporting that concerns about health and nutrition influenced their decisions about which meal to chose. This is

higher than that indicated by econometric data where the figure of one in eight considered health as a factor when eating outside the home (4). The data indicates that the target location for intervention varies across Europe and targeting needs to be country specific. It also demonstrates that social eating such as that offered by the Ticket Restaurant® system may be producing a different set of priorities to that of those eating from fast food outlets. This is in line with the literature which shows that eating with others and meal location can play a role in influencing food choice and intake (26).

In many senses the FOOD programme and the Ticket Restaurant® system are facing competition from current social trends related to the demands for cheapness, speed and convenience when eating out. The numbers eating at their desk at lunchtime varies with a high of 33.5% Belgium eating at their desk while only 7.2% in Portugal reported a similar occurrence. The importance of the FOOD programme may well vary depending on national or regional eating out patterns and trends in any individual country. A programme, in Bergamo in Italy, increased the number of on-site canteens' offering "a balanced meal" option everyday (27). This latter example shows the importance of partnerships within a PPP such as the FOOD programme, in order to reach both restaurant employees and workers.

The classic dilemma exists with our survey data which focused not on observed or empirical data but self-reported intentions, with this data exposing gaps between intention and behaviour. Simple 'nudges' in the eating environment can influence behaviour (25). Concerns with healthy eating was balanced with the concern of restaurant owners with making a profit while responding to customer demands. In this instance the main demand was for healthy dishes, but concerns were based around customers perceptions of what was healthy ranging from green 'food' (Austria) veganism and vegetarianism (Spain); organic and local products (Slovakia); more vegetables (France and Italy) and alcohol and smoking (Czech Republic). There is a strong identification among the restaurant owners and chefs with national culinary identity and they reported seeing this as not always compatible with demands for healthy food (28).

In Europe more than 95% of workplaces have less than 10/15 workers. These normally do not have catering or dining facilities onsite and it is here the benefits of the ticket system becomes apparent. The programme, as it works through local restaurant owners, offers an opportunity for them to serve their customers healthy options, contribute to improving public health outcomes while still making a profit (29). In many instances there is link with healthy food, regional diets and also sustainable goals. All this is good for small businesses it also helps address inequality in local areas and the concept of circular economies or circular food systems (30-31).

Conclusions

The Ticket Restaurant® system offers an opportunity for small workplaces to offer a social benefit. Future research should focus on this sector and the potential benefits to both customers and restaurant owners. Linking the Ticket Restaurant® system with the FOOD programme has been recognized as an example of good practice by the European Network For Workplace Health Promotion in 2009 (32) by the European Commission for its contribution to promoting healthy lifestyles (33) and in September 2019 an award from the United Nations Task Force recognizing the programme's contribution to achieving NCD-related Sustainable Development Goals.

This program confirms that the private sector can play an important role in leading on areas that are hard to engage with. The FOOD initiative needs to be located within a wider scheme of social change with the customer expressing more interest in healthy eating but at the same time demanding more convenience and lower prices; these demands are paralleled by the growth of the fast food sector and the ability of this sector to use new technology to offer speed and convenience but with the downside of providing ultra-processed foods. Future developments in the programme may well be aided by technological developments.

The confines of the extension of the programme are that it is limited to countries and restaurants which operate the Ticket Restaurant® System; internationally Latin American countries are interested and other European countries such as Poland and Bulgaria. Greece is also an interested potential member. A key lesson is that in individual countries the nature of the collaborations reflects local circumstances and are not preset or based on a 'one fits all' principle. This has allowed the FOOD programme to develop in different ways in individual countries and for those in the network to learn from different approaches.

Healthy eating workplace initiatives such as the FOOD programme may well have to develop to work with new technologies to deliver speed and convenience balanced with a demand for social and healthy eating. The concerns of chefs and restaurant owners over the costs and skills required to produce healthy food need a series of new research on the ways this can be achieved through links with local suppliers and the re-orientation of dishes to use seasonal products.

The use of PPPs in public health has been criticized by some (34) but others have highlighted the potential of well-designed public private partnerships. In Europe the public sector is still important at level of regulations and the setting of healthy eating standards through to partnerships, which deliver joint programmes on healthy eating. Initiatives such as the ticket system fit well with the duty for employers to maintain their workforce through healthy onsite policies (20).

What is known about the subject?

Little is known on the subject of healthy eating in restaurants during the working day. The needs of restaurant owners and employees to deliver healthy eating options are under researched despite evidence pointing towards the importance of social eating contributing

The importance of providing healthy eating options during the working day delivers both nutrition and wider health benefits and how this can be achieved through a public private partnership (PPP).
The implications are that such partnerships need more research into how they operate to ensure ethical public health standards are maintained and the nutrition outcomes need to be measured .

References

1. European Commission. EU Actions to fight obesity and to promote healthier lifestyles. 2014.
2. World Health Organization Europe. Country profiles on nutrition, physical activity and obesity in the 53 WHO European Region Member States: Methodology and summary. Copenhagen: World Health Organization; 2013.
3. Euromonitor International. Passport - Fast food in the United Kingdom. London: Euromonitor International; 2018.
4. Kantar Worldpanel. EAT, DRINK & BE HEALTHY: HOW AT-HOME CONSUMPTION IS CHANGING. <https://www.kantarworldpanel.com/global/News/New-report-out-How-at-home-consumption-is-changing>; Kantar Worldpanel; 2019.
5. Footprint Intelligence. It's not taught: why chefs don't consider nutrition and how to get nutritional education onto the syllabus and into the kitchen. London: Footprint MediaGroup; 2017.
6. Compass Group, Footprint Intelligence. Designed with health in mind: A psychological approach to helping consumers make healthier choices in foodservice. London: Footprint Intelligence; 2017.
7. Mackison D, Mooney J, Macleod M, Anderson AS. Lessons learnt from a feasibility study on price incentivised healthy eating promotions in workplace catering establishments. *J Hum Nutr Diet.* 2016 02/01; 2019/05;29(1):86-94.
8. Maes L, Van Cauwenberghe E, Van Lippevelde W, Spittaels H, De Pauw E, Opper J, et al. Effectiveness of workplace interventions in Europe promoting healthy eating: a systematic review. *eurpub.* 2011;22(5):677-83.
9. Poulsen S, Sorensen G, Quintiliani L. Healthy eating strategies in the workplace. *Intl J of Workplace Health Mgt.* 2010 09/28; 2019/05;3(3):182-96.
10. Amisano M, Bosco G, Coffano E, Della Torre E, Filippi F, et al. Promotion of Health in Places of Work, Nutrition and physicalactivity: efficacy evidences and good practice. Italy: DORS: Regional Centre of documentation for health promotion; 2007.
11. Masanotti G. The worksite as an asset for promoting health in Europe. Final results of the MoveEurope campaign. *Ig Sanita Pubbl.* 2014;70(2):185-96.

12. Torres SJ, Nowson CA. Relationship between stress, eating behavior, and obesity. *Nutrition*. 2007 November–December 2007;23(11):887-94.
13. Poulsen S, Sorensen G, Quintiliani L. Healthy eating strategies in the workplace. *Intl J of Workplace Health Mgrt*. 2010 09/28; 2019/03;3(3):182-96.
14. SIAN ulss 20 Verona. Nutrivending. Regional intervention plan for obesity prevention of the Veneto region 2005-07 [Italian]. <http://sian.ulss20.verona.it/iweb/475/categorie.html>: 2016.
15. Chance Z, Dhar R, Hatzis M, Bakker M. How Google optimize Healthy Office Snacks. *Harvard Business Review*, [online] [Internet]. 2016 [cited 29th May 2019]:29th May 2019.
16. Buse K, Harmer AM. Seven habits of highly effective global public–private health partnerships: Practice and potential. *Social Science & Medicine*. 2007 January 2007;64(2):259-71.
17. Buse K, Tanaka S. Global Public-Private Health Partnerships: lessons learned from ten years of experience and evaluation. *Int Dent J*. 2011 08/01; 2019/03;61:2-10.
18. Stilianì A, Dolciami F, Masanotti GM. A health promotion program aimed at employees and restaurant operators: results of the European FOOD project. *Igiene e sanità pubblica*. 2013;69:121-9.
19. Caraher M, Jakšić D, Dolciami F, Stiglianim A, Wynne R, Stracci F, et al. Promoting Healthy Eating Habits in the Working Population: The FOOD Program. *MOJ Public Health*. 2017;6(4):394-9.
20. Wanjek C. Food at Work: Workplace Solutions for Malnutrition, Obesity and Chronic Disease. Geneva: International Labour Office; 2005.
21. Bourguignon D. Closing the loop—New circular economy package. Brussels: European Union, European Parliamentary Research Service; 2016.
22. Johnston R. SMOKING BAN BECOMES LAW: Czech restaurants will become no smoking May 31. 2017.
23. Bánóczy J, Squier C. Smoking and disease. *European Journal of Dental Education*. 2004 02/01; 2019/03;8:7-10.
24. Hnilicová H, Dobiášová K. Alcohol as an issue of the public health in the Czech Republic: facts and context. *Casopis lekaru ceskych*. 2018;157(5):248,Āi253.
25. Thaler RH, Sunstein CR. *Nudge: improving decisions about health, wealth and happiness*. [New international ed.] ed. London: Penguin; 2009.
26. Pachucki MC, Karter AJ, Adler NE, Moffet HH, Warton EM, Schillinger D, et al. Eating with others and meal location are differentially associated with nutrient intake by sex: The Diabetes Study of Northern California (DISTANCE). *Appetite*. 2018 1 August 2018;127:203-13.
27. Cremaschini M, Moretti R, Brembilla G, Valoti M, Sarnataro F, Spada P, et al. One year impact estimation of a workplace health promotion programme in Bergamo province. *Med Lav*. 2015;106(3):159-71.
28. Fischler C. Gastro-nomy and gastro-anomy: The wisdom of the body and the biocultural crisis of modern eating. *Gazeta de Antropologia*. 2010;26(1):9.
29. FOOD. Balanced Nutrtrion at Work: The European FOOD project: a successful Public Private Partnership (Final Publication). http://www.food-programme.eu/IMG/pdf/final_publication_food_programme_2012.pdf: Edenred; 2012.
30. European Commission. Closing the loop - An EU action plan for the Circular Economy. Available at:<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52015DC0614>:: European Commission; 2015.
31. European Commission. Report on the Implementation of the Circular Economy Action Plan. Available at: http://ec.europa.eu/environment/circular-economy/implementation_report.pdf:: European Commission; 2017.

32. Masanotti G, Breucker G, Sochert R, Kiesewette E, Van den Broek K, Grundemann R, et al. Move Europe BUSINESS REPORT. Linz: Gutenberg - Werbering GmbH, 2009. Gutenberg: Werbering GmbH; 2009.
33. European Commission. EU Action Plan on Childhood Obesity 2014-2020. Brussels: European Commission; 2014.
34. Mindell JS, Reynolds L, Cohen DL, McKee M. All in this together: the corporate capture of public health. *BMJ*. 2012 British Medical Journal Publishing Group;345:e8082.

Contributions of authorship

Martin Caraher, City, University of London, UK: The conception of the work, writing of the article and approval of the final version.

Giuseppe M Masanotti, University of Perugia, Italy: The design, interpretation of the data, critical review and approval of the final version.

Nolwenn Bertrand, Public Programme Manager, Edenred S.A., France: data collection and approval of the final version.

Romane Léauté, Junior Project Manager, Edenred S.A., France: data collection and approval of the final version.

Susan Lloyd, Researcher, City, University of London, UK: interpretation of the data, writing part and approval of the final version.

Behrooz Tavakoly, Epidemiologist, Independent, UK: analysis of the data and approval of the final version.

Funding

“Without funding”. This study has not received any external funding.

Conflicts of interest

All authors declare to not have any kind of conflicts of interest. MC and GMM have acted as advisors to the programme but received no remuneration.

Acknowledgements

The authors wish to thank all the individual country participants both those in Edenred country offices and to the various public officials who have worked hard to develop this programme.

Also we wish to acknowledge the Dauphine Junior Conseil, la Junior-Entreprise ® de l'Université Paris-Dauphine for permission to use the findings from the qualitative survey.

La gestione della complessità dei servizi sanitari: le competenze necessarie di management e leadership

Managing the complexity of healthcare services: the need for competence in management and leadership

Carlo Favaretti

Segretario, Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma

Coordinatore, Gruppo di Lavoro sulla Leadership in Sanità Pubblica, Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica

Parole chiave: complessità, management, leadership, competenze, servizi sanitari

RIASSUNTO

I servizi sanitari sono sistemi adattativi complessi che devono essere gestiti e guidati con competenza. Anche se essi sono impostati per legge come organizzazioni gerarchiche e, per certi versi, burocratiche è necessario mettere in campo meccanismi decisionali basati sui principi della *governance* integrata: sono molte le parti interessate (stakeholder) che vogliono essere coinvolte nella *governance* dei servizi sanitari in sé e in quella dei rapporti con gli altri settori della società per sviluppare la promozione della salute. Chi ha la responsabilità di gestire i servizi sanitari a tutti i vari livelli deve acquisire non solo competenze specialistiche, verticali e tecniche, ma anche quelle trasversali, relazionali, comunicative (*soft skills*).

Questo lavoro vuole offrire elementi di riflessione “operativa” per sviluppare le competenze (conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti) di manager e leader sanitari moderni.

Key words: complexity, management, leadership, competence, healthcare services

SUMMARY

The healthcare services are complex adaptive systems and they need to be managed and led with competence. They are usually built as hierarchical bureaucracies, but they need to develop decision-making processes based on integrated governance because their stakeholders want to be involved both in healthcare governance and in governance for health. Who is accountable for managing healthcare services at all levels has to develop not only specialized, vertical and technical competences but also the soft skills which are transversal, relational, communicational.

This paper aims to offer some operational reflections to develop management and leadership competences in terms of knowledge, skills and attitudes).

Autore per corrispondenza: carlo.favaretti@unicatt.it

Introduzione

Da un certo punto di vista, lo storico divario tra medicina clinica e sanità pubblica (da sempre “organizzata” per assicurare, per esempio, lo svolgimento di campagne vaccinali, di programmi di screening di popolazione, ecc.) si sta restringendo e le occasioni di pratica cooperazione sono fortunatamente sempre più frequenti, coerentemente con l’approccio definito, a livello internazionale, di *integrated care* (1).

Da qualche decennio, infatti, anche la moderna medicina clinica è svolta solo in contesti organizzati. Questo tipo di organizzazione, tuttavia, è ancora molto influenzata da un’impostazione a silos (separatezza tra ospedale e servizi specialistici rispetto all’assistenza sanitaria primaria, cosiddetta territoriale), sostanzialmente fondata sulla produzione di prestazioni. Essa va, pertanto, in crisi quando la produzione di prestazioni non è sufficiente a costruire e erogare complessi percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali (PDTA) che attraversano i vari comparti del Servizio sanitario nazionale (SSN) e quando si deve dare al cittadino paziente l’assicurazione di una vera, efficace ed efficiente presa in carico.

In altre parole, queste “nuove” organizzazioni sanitarie si sono sviluppate, spesso per apposizione, all’interno delle proprie istituzioni che hanno mantenuto una cultura organizzativa legata alla produzione di singole prestazioni, offerte da singoli professionisti a singoli pazienti. L’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per assicurare i livelli essenziali di assistenza; la gestione di ingenti risorse economiche che costituiscono il fondo sanitario nazionale in uno scenario generale di crisi economica; lo sviluppo e la diffusione nella pratica clinica di tecnologie efficaci e sempre più costose; la transizione demografica (con l’invecchiamento della popolazione e la riduzione della natalità) ed epidemiologica (con l’aumento del carico di malattie croniche) determinano la necessità di approccio gestionale la cui importanza nei processi preventivi, diagnostici, terapeutici, riabilitativi ed assistenziali, anche dal punto di vista dei risultati di salute, viene sempre più diffusamente riconosciuta.

È necessario che i medici e gli altri professionisti sanitari integrino le loro competenze di base e specialistiche, verticali e tecniche con quelle che riguardano la gestione (management) e la guida (leadership) dei servizi che sono a loro affidati. Giova ricordare che i medici del SSN sono dirigenti e che a una quota di altri professionisti sanitari sono affidate formali posizioni di direzione o di coordinamento, ragion per cui l’esercizio pratico delle funzioni di management e leadership sono sempre più rilevanti.

Complessità, governance dei servizi sanitari e *governance* per la salute

Per quanto sopra riportato, la moderna medicina clinica e la sanità pubblica devono essere considerati sistemi organizzativi.

Un'organizzazione è un aggregato di persone e di mezzi che ha obiettivi, responsabilità, autorità e relazioni generalmente stabiliti in modo ordinato. Con il termine di organizzazione si può fare riferimento a un'istituzione nel suo complesso (es. il SSN, una ASL) oppure, aumentando il dettaglio, indicare singole strutture, direzioni, dipartimenti, unità operative, moduli organizzativi o servizi.

Un sistema, invece, è un insieme di attività caratterizzate da uno scopo comune, da obiettivi comuni, da criteri rispetto ai quali si possa misurare il raggiungimento degli obiettivi, cioè dei risultati. Un sistema può essere aperto o chiuso; soft o hard; complesso; adattativo complesso, in ordine crescente di complessità. Un sistema adattativo complesso può essere definito come un insieme di agenti individuali, che hanno la libertà di agire in modi non sempre totalmente prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse così che le azioni di un agente cambiano il contesto per gli altri agenti (2-3).

La sanità è sicuramente un sistema adattativo complesso: i suoi "agenti individuali" sono professionisti con una formazione di base e specialistica molto elevata; che appartengono a burocrazie professionali che esercitano un notevole grado di autonomia operativa; che si trovano a rispondere a bisogni e domande di altre persone sempre mutevoli e diversificati. Prendendo come esempio i medici, si deve essere consapevoli che essi interagiscono tra di loro e con l'esterno, utilizzano le informazioni ufficiali e quelle acquisite autonomamente; seguono valori e regole diversi; sono orientati a soddisfare esigenze e aspettative di numerose parti interessate; talora hanno obiettivi, limiti e opportunità contrastanti fra loro e con gli obiettivi generali dell'organizzazione.

Comprendere che la sanità è un sistema adattativo complesso significa essere consapevoli che non esiste linearità, né determinismo, tra i vari comportamenti professionali ed organizzativi; che, di fatto, prevalgono l'autorganizzazione e i comportamenti "emergenti" (adattativi); che la gestione ottimale richiederebbe l'introduzione di regole semplici per determinare soluzioni complesse (4). Per meglio comprendere il significato pratico di ciò basti fare riferimento al problema di realizzare una rete di servizi di assistenza domiciliare dedicata a soggetti anziani fragili o a pazienti di ogni età colpiti da gravi malattie croniche. Si può pensare che complessi percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA), definiti nelle confortevoli stanze di un ministero, di un assessorato o di una direzione generale o sanitaria, possano rispondere in modo ottimale alle esigenze ed aspettative dei cittadini, senza una conoscenza approfondita dello specifico contesto sociale, professionale (clinico e assistenziale), organizzativo e culturale in cui la rete di servizi viene realizzata?

Dovrebbe essere, a questo punto, chiaro quanto sia difficile gestire i servizi sanitari che, come abbiamo visto, sono organizzazioni complesse e, in particolare, sistemi adattativi complessi.

In altre parole, se ci si limita ad analizzare la struttura del nostro SSN determinata dal

complicato sistema legislativo che parte dalla Costituzione; passa per la legge istitutiva del SSN, le sue periodiche riforme e specifici provvedimenti; le leggi regionali e gli atti di programmazione sanitaria; gli atti aziendali ecc. si ha un quadro di organizzazione verticale, gerarchica, burocratica. L'organizzazione verticale, gerarchica, burocratica è, in sé, una soluzione positiva perché assicura la realizzazione di un fine collettivo secondo criteri di razionalità, imparzialità e impersonalità (5), e garantisce gli assetti istituzionali, il finanziamento, le regole del gioco.

Tuttavia, non basta la struttura prevista dalla legge perché i servizi sanitari funzionino veramente e al meglio! Non basta, insomma, un sistema organizzativo basato sulla gerarchia e sulla logica del *comando e controllo*, ispirata al taylorismo e fermamente contestata da Seddon (6). La realtà, purtroppo, è dominata da organizzazioni gerarchiche top-down in cui, seguendo i principi del taylorismo, si realizza una netta separazione tra processo decisionale (fondato su misure come budget, standard, attività) e lavoro e si esaspera la separazione dei ruoli. Deming (7) considera il *comando e controllo* come una prigione organizzativa che porta, citando Ackoff (8), "a fare bene le cose sbagliate"!

Le organizzazioni sanitarie moderne dovrebbero adottare una visione sistemica per gestire, non solo l'attività ordinaria, ma anche il cambiamento quando necessario, usare misure legate al valore e alle finalità e non solo al budget finanziario, e permettere lo sviluppo di meccanismi adattativi per far fronte alle sfide del cambiamento dei bisogni e della domanda.

Molti sono i portatori di interesse (*stakeholder*), interni ed esterni alle nostre organizzazioni, che vogliono avere voce in capitolo sui meccanismi decisionali.

In breve, i servizi sanitari non possono essere gestiti solamente con logiche gerarchiche, ma devono utilizzare meccanismi più sofisticati, complessi, adattativi rispetto alle mutevoli esigenze ed aspettative degli *stakeholder* che possono così essere classificati: cittadini e pazienti; professionisti; finanziatori (Stato e Regioni); partner in convenzione (es. Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti ambulatoriali, Organizzazioni private accreditate); comunità servite.

In altre parole, è necessario gestire meccanismi di *governance*.

In generale, la *governance* si riferisce a come i governi e le altre organizzazioni sociali interagiscono, come si relazionano con i cittadini e come prendono decisioni in un mondo complesso (9). Dalla fine degli anni '90 del secolo scorso, il termine *governance* dei servizi sanitari è stato spesso accompagnato da aggettivi: *governance* clinica e *governance* integrata.

La *governance* clinica è definita come un sistema per mezzo del quale le organizzazioni del Servizio Sanitario Nazionale sono tenute a rispondere e rispondono del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard assistenziali attraverso la creazione di un contesto nel quale l'eccellenza nell'assistenza

clinica deve prosperare (10).

La *governance* integrata, invece, è finalizzata a tenere insieme i diversi sistemi settoriali di *governance* (clinica, finanza, gestione, ricerca, conoscenza, sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, informazione, tecnologia, ecc.); eliminare i gap e le sovrapposizioni esistenti; riallineare i diversi processi verso un obiettivo comune (11).

A livello di Organizzazione Mondiale della Sanità, ci si è altresì posti il problema non solo di gestire i sistemi/servizi sanitari propriamente detti, ma anche di gestire i rapporti tra il settore sanitario e gli altri settori sociali nella logica della “Salute in tutte le politiche”. Si parla, quindi, di *health governance* quando il focus è posto sul funzionamento interno di un sistema sanitario in quanto produttore di prestazioni e gestore di percorsi (es.: LEA, finanziamento, assicurazione di equità d’accesso, empowerment, efficienza, valutazione delle performances, gestione della conoscenza, assistenza integrata, training dei professionisti); e di *governance for health* quando il focus è sul ruolo del sistema sanitario nel migliorare la salute della popolazione appunto con l’approccio “salute in tutte le politiche”, che è un approccio multi-stakeholder e multilivello che può essere “verticale” (attraverso la gerarchia istituzionale) o “orizzontale” (attraverso i diversi settori della società) (12).

In entrambe le forme è richiesta la cosiddetta *smart governance*. Nel caso della *health governance* si deve puntare alla combinazione del “potere forte” (*hard power*) della gerarchia e del potere intangibile (*soft power*) dell’influenza, della persuasione e dell’attrazione. Nel caso della *governance for health* devono essere sviluppati e gestiti strumenti come: comprendere l’agenda politica e le regole amministrative di altri settori; costruire conoscenze e prove scientifiche a supporto delle decisioni strategiche; comparare le possibili conseguenze di decisioni alternative; assumere un approccio risolutorio di problemi (*problem-solving*); valutare l’efficacia del lavoro intersettoriale e delle decisioni integrate; costruire capacità attraverso nuovi meccanismi, risorse riorientate, supporti esterni, e personale formato e dedicato (13).

In tutti i casi vengono richiesti professionisti, manager e leader con nuove competenze fatte di conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti coerenti.

Management e leadership

Nel corso dei decenni si è sviluppato un grande interesse, anche attraverso importanti analisi empiriche, per il management e la leadership. Questo interesse ha riguardato il campo militare, aziendale, sociale e da qualche decennio quello sanitario. Il dibattito ha determinato spesso delle polarizzazioni, talora estreme, che via via si sono, fortunatamente, modificate. Per esempio, si è ripetutamente detto che il management è fare bene le cose e la leadership fare le cose giuste; che il manager è orientato a modelli di organizzazione di comando e controllo (fa i budget, misura quantitativamente i risultati, ecc.), mentre il

leader, sulla base di caratteristiche personali e relazionali, opera finendo per essere l'uomo solo al comando, quasi un eroe sovrumano.

Una posizione, da lui stesso definita più "sobria", è stata assunta qualche anno fa da Henry Mintzberg (14). Si chiede: vorreste essere gestiti (*managed*) da chi non sa guidare (*lead*) l'organizzazione in cui lavorate? E, di converso, vorreste essere guidati da chi non sa gestire? Invece di continuare a distinguere i leader dai manager, egli afferma che ci si dovrebbe concentrare sulla necessità che i manager siano dei leader e che la leadership sia, in qualche modo, un management ben applicato! Egli afferma, inoltre, che tenere unito il management alla leadership focalizza l'interesse sul buon funzionamento delle comunità di lavoro, fatte comunque di persone (*communityship*). La leadership completa il management, non lo sostituisce: tra l'altro, in un'organizzazione, avere una leadership forte e un management debole non è una buona combinazione e qualche volta è anche peggiore della combinazione contraria. E' necessario un bilanciamento tra leadership forte e management forte (15).

È molto interessante notare come la realtà sia cambiata nel tempo. Kotter negli anni '90 riteneva, per esempio, che le aziende americane avessero al loro interno troppo management e troppo poca leadership. Nel 2013 Mintzberg (14) ha affermato con forza che "we are now overled and undermanaged".

Meindl et Al. (16) suggeriscono, altresì, di uscire dal "Romanzo della leadership" a scapito della cura del management, condividendo l'impostazione di James March (17) che la "leadership è insieme poesia e lavoro da idraulici".

Sempre Mintzberg (14) afferma che, in generale, gestire non è né una scienza né una professione: gestire significa usare la conoscenza scientifica (fondata su capacità analisi e uso sistematico delle prove), ma gestire è anche un'arte (fondata su elaborazione di una visione e uso di intuito creativo) e un'attività artigianale (fondata sull'esperienza e l'apprendimento pratico). Questo mix, inoltre, deve essere pienamente radicato in un contesto specifico.

Quando parliamo di management o di leadership non ci riferiamo necessariamente alle posizioni di vertice: amministratore delegato, direttore generale, direttore sanitario, ecc. Funzioni di management e leadership sono importantissime anche ai livelli intermedi delle organizzazioni, fino a spingersi al livello micro che riguarda piccoli gruppi di professionisti che devono lavorare in gruppo.

Ciò detto, per comprendere a pieno ciò che unisce e distingue il management dalla leadership dal punto di vista teorico, conviene forse entrare nella pratica focalizzandoci su che cosa fa il manager e che cosa fa il leader, in particolare, in un'organizzazione sanitaria.

Il manager

Il manager si confronta con la complessità: senza un manager efficace le organizzazioni

sanitarie, soprattutto quelle di grandi dimensioni tendono a diventare caotiche. Si tratta di un tema di grandissima rilevanza considerando che oggi l'indirizzo politico è di creare organizzazioni sempre più grandi, assumendo a priori che possano essere più efficienti e che possano determinare importanti economie di scala. Il manager usa strumenti come la pianificazione e programmazione, il budget, il disegno organizzativo, la gestione del personale, il controllo e un approccio volto a risolvere problemi (18).

Apparentemente, almeno rispetto a questa descrizione, il manager svolge una funzione razionale e analitica. Ma si tratta di una mitologia! In realtà non è vero che il manager è un riflessivo e sistematico pianificatore. Gli studi empirici dimostrano che il manager lavora ad un ritmo senza sosta, quasi febbrile; le sue attività sono caratterizzate da brevità, varietà, frammentazione e sono fortemente orientate all'azione. La funzione di pianificazione e programmazione non è praticamente mai disgiunta dai processi decisionali. Ancora, il mito è che il manager dipenda esclusivamente da informazioni formali derivanti dai sistemi informativi di gestione. La realtà è che il manager tende ad usare moltissimo informazioni informali che derivano da telefonate, riunioni ai vari livelli, passaparola, gossip, email. Qualcuno ha detto: "Mi troverei in grande difficoltà se i report del controllo di gestione mi portassero delle informazioni che non ho già!" (19). Un ulteriore mito è che il manager usi solo gli strumenti della gerarchia per regolare i rapporti tra "superiori" e "subordinati". In realtà, oltre alla gerarchia, fa ricorso a relazioni laterali con colleghi e collaboratori, coltiva reti di soggetti che gli offrono informazioni e di esperti che gli forniscono consulenze specialistiche (14).

Il leader

Il leader è importante quando c'è un cambiamento da intraprendere, quando c'è una direzione di marcia da definire, quando è necessario orientare le persone in modo che siano in linea con tale direzione di marcia, quando si deve lavorare sulla motivazione e sull'ispirazione delle persone (18).

Va detto, comunque, che non c'è una definizione univoca di leadership né un compendio specifico di qualità personali e di competenze che caratterizzino i leader (20). Il contesto in cui si muove il leader la fa da padrone!

Il leader sanitario costruisce processi che creano le organizzazioni dalle fondamenta o che le adattano al sopraggiungere di importanti cambiamenti esterni. Il leader disegna i confini del futuro, allinea le persone a una visione comune e orienta gli sforzi alla realizzazione del progetto nonostante gli ostacoli. Quindi, se volessimo sintetizzare questi elementi potremmo elencarli così: visione, cultura di valori condivisi, pianificazione di una strategia e sua attuazione, empowerment delle persone, influenza, capacità di motivare ed ispirare. Potremmo aggiungere che la capacità di percepire i limiti della propria cultura e continuare a svilupparla, adattandosi, è la sfida ultima per un leader.

Essere leader significa, quindi, avere la capacità di guidare e motivare le persone verso il raggiungimento di obiettivi e risultati: in un certo senso, è fare la differenza! Drucker afferma che leader è chi ha follower! (21).

È evidente l'importanza delle relazioni personali esercitate dal leader che opera con individui singoli, con gruppi di lavoro, con intere unità operative o con l'intera organizzazione, in funzione della posizione ricoperta. Ciò significa essere in grado di "energizzare" e far crescere gli individui, costruire e mantenere gruppi operativi, stabilire e rafforzare una cultura (14). Questo vuol dire essere un leader e non un padrone o un guidatore!

Il leader manager

Il leader manager agisce all'interno della sua unità operativa, verso il resto della sua organizzazione di appartenenza (es. un'Azienda sanitaria) e verso l'esterno dell'organizzazione. Opera su tre piani: il piano dell'azione, quello della relazione con le persone e quello dell'informazione. In ogni piano il leader manager svolge azioni verso l'interno e verso l'esterno. Il primo piano riguarda il fare (all'interno) e il trattare (all'esterno); il secondo il guidare (nel senso di *to lead not to drive*) e il collegare; il terzo il controllare e il comunicare. Sul piano dell'informazione ci sono altre due funzioni importantissime: ideare (finalità, obiettivi e strategie) e dettare l'agenda (14).

La fig. 1 sintetizza in un modello quanto sopra descritto.

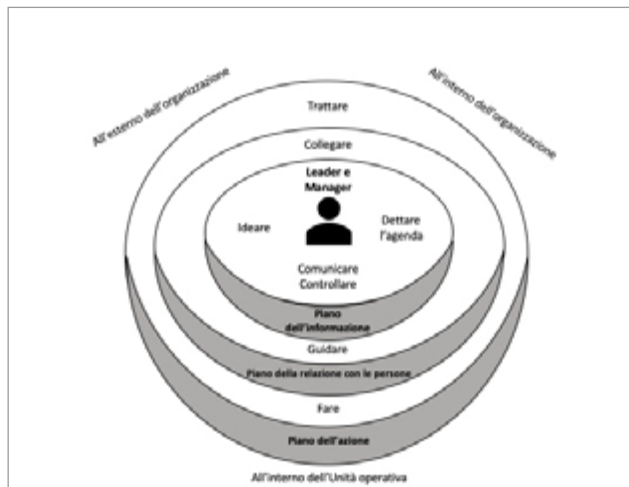


Fig. 1 - Un modello per agire da leader e manager (adattata da Henry Mintzberg *Simply managing: what managers do and can do better*, 2013)

Fare il leader manager, quindi, significa fare molte cose tentando di avere una coerenza di pensiero e azione che si mantenga nel tempo.

Un ulteriore piccolo elenco di che cosa significa fare il leader manager:

- costruire in modo paziente e di solito noioso una coalizione
- creare una squadra nel fermento delle viscere delle organizzazioni
- spostare meticolosamente l'attenzione dell'organizzazione attraverso il linguaggio ordinario dei sistemi di management
- modificare l'ordine del giorno per dare abbastanza attenzione a nuove priorità
- diventare visibile quando le cose vanno storte ed invisibile quando tutto fila liscio
- costruire un team leale al punto da parlare più o meno con una sola voce
- ascoltare attentamente per la maggior parte del tempo, parlare molto spesso per dare incoraggiamento e accompagnare le parole con un'azione credibile (22).

La leadership dei professionisti con funzioni “cliniche” e manageriali

Abbiamo ricordato che quando parliamo di management o di leadership non ci riferiamo necessariamente alle posizioni di vertice. Funzioni di management e leadership sono importantissime anche ai livelli intermedi delle organizzazioni e a livello cosiddetto micro che riguarda piccoli gruppi di professionisti che devono lavorare insieme per erogare percorsi di cura e assistenza.

I nostri servizi sanitari sono impostati per produrre prestazioni (con tutto l'indotto dei sistemi di finanziamento, di monitoraggio, di assicurazione di qualità, ecc.). Ciò determina, soprattutto per le persone con malattie croniche e in condizione di fragilità, cesure evidenti nella continuità assistenziale che fa dire a qualcuno che ci troviamo di fronte ad un'assistenza dis-integrata e a pazienti che attraversano i vari livelli del SSN in un moto browniano, casuale.

La sfida è di trasformare gli attuali servizi in organizzazioni attente al valore per la salute (23-24); responsabili (*accountable*) della sostenibilità economica, professionale e sociale; capaci di gestire la salute come bene sociale (*stewardship*), cosa che richiede comunque co-produzione da parte dei cittadini e pazienti, titolari del bene (25); attente allo sviluppo di processi assistenziali efficaci ed efficienti.

Per tali finalità, una certa dose di organizzazione gerarchica e burocratica sarà sempre inevitabile, ma dovrà essere finalizzata, nella logica della *stewardship*, a fungere da colla per tenere insieme le parti del sistema, dà *olio* per lubrificare gli ingranaggi più fini, dà *energia* per imprimere una direzione e un'accelerazione etica al sistema stesso.

Aronson (26), nella rubrica della rivista *Health Affairs* intitolata “Narrative matters”, prende spunto dal caso di una signora ottuagenaria, alla quale l'autrice ha prestato ascolto e della quale ha esaminato lo stile di vita e le condizioni di isolamento familiare e sociale, e nota che, di fronte alla sua situazione complessa e caratterizzata da diverse malattie e

da una politerapia difficile da seguire, professionisti individualmente compassionevoli, brillanti e motivati avevano prestato una miopre attenzione alla medicina e non alla salute e avevano erogato un'assistenza frammentata, scoordinata e dispendiosa per il sistema sanitario e la stessa paziente.

Nella pratica, la sfida maggiore per l'evoluzione radicale dei sistemi sanitari è proprio la gestione della cronicità e della fragilità che interessa particolarmente, anche se non esclusivamente i grandi anziani. Come si superano i silos delle varie ASL e aziende ospedaliere che si alternano nella produzione di singole prestazioni a singoli pazienti? Come si superano le barriere dei budget separati e distinti di ASL, Aziende ospedaliere, singoli dipartimenti e singole unità operative? Come si assicura la continuità dell'assistenza in un contesto organizzativo che tiene separati, non solo dal punto di vista contrattuale, i professionisti dipendenti da quelli convenzionati? Purtroppo, l'antica battuta "intervento chirurgico riuscito, paziente morto" è quanto mai appropriata all'esperienza diffusa di persone e famiglie alle quali vengono offerte prestazioni sanitarie (magari di ottima qualità tecnica) e non percorsi assistenziali ben gestiti e guidati.

Secondo Sir Muir Gray (27), le organizzazioni sanitarie si caratterizzano come struttura, sistemi e cultura. Per lo più le riforme sanitarie interessano la struttura (assetto istituzionale, finanziamento, regole del gioco). Poca attenzione è rivolta al cambiamento dei sistemi organizzativi e alla cultura (organizzativa e professionale) che dovrebbe sostenerli, e all'integrazione degli sforzi per modificarli tutti e tre. Struttura, sistemi e cultura delle organizzazioni sanitarie influenzano i comportamenti dei pazienti, dei cittadini e dei professionisti, ma questi dovrebbero modellare le organizzazioni sanitarie in modo da poter fronte ai loro bisogni e legittime aspettative.

Con il suo approccio, Muir Gray (28) vuole contribuire alla trasformazione dei servizi sanitari per superare le tradizionali istituzioni a silos (ospedali, servizi sanitari primari, servizi di prevenzione) e impostare l'assistenza secondo programmi, sistemi, reti e percorsi. Un programma è un insieme di sistemi che hanno una base comune di conoscenza e un budget comune (per esempio il programma sulle malattie respiratorie include sistemi per l'asma e la broncopneumopatia cronica ostruttiva). Un sistema (per esempio, per l'asma, la fibrillazione atriale, ecc.) è costituito da un insieme di attività (preventive, ospedaliere, di assistenza primaria) che hanno obiettivi di salute comuni. Una rete è un insieme di organizzazioni e individui che tendono a raggiungere gli obiettivi di salute del sistema. Un percorso è la "strada" che la maggior parte dei pazienti percorre attraverso la rete assistenziale.

Far evolvere il nostro Servizio sanitario nazionale in questa prospettiva significa rendersi conto che lo scenario è il superamento delle distinzioni concettuali, fisiche e organizzative tra ospedale e assistenza sanitaria primaria, tra medici e "il resto del mondo", tra medici dipendenti e convenzionati, tra pubblico e privato accreditato, tra copertura assicurata

dal SSN e coperture assicurative integrative private, in un approccio di medicina di popolazione (29).

Sicuramente si tratta di una *disrupting innovation* soprattutto per la cultura dei manager, dei professionisti, dei cittadini e dei pazienti (30-31).

Ci sono due elementi sui quali lavorare per sviluppare tali modelli organizzativi: una radicale modificazione della formazione medica e sanitaria di base e specialistica, ferma ai bisogni del XIX secolo; e una altrettanto radicale modificazione delle codifiche di attività, oggi centrate sulle singole prestazioni e non sui percorsi assistenziali, e dei sistemi di finanziamento/rimborso oggi centrati sulle strutture (e macrolivelli essenziali di assistenza) e sulle singole prestazioni e che non affidano il budget a specifici programmi, sistemi, reti e percorsi (26).

Un così radicale riorientamento delle nostre organizzazioni sanitarie potrebbe contribuire a focalizzare l'attenzione sui pazienti, odiare lo spreco e amare la sostenibilità, usare al meglio la tecnologia, valorizzare più i sistemi sanitari che le burocrazie sanitarie, valorizzare più le reti cliniche che le gerarchie sanitarie (32).

La formazione necessaria

Un rapporto su “Health professionals for a new century” (33) ha identificato otto problemi sistemici:

1. Frattura tra competenze e bisogni
2. Insufficiente lavoro di squadra
3. Problemi nella stratificazione di genere
4. Focalizzazione tecnica senza visione sistemica
5. Prestazioni senza continuità assistenziale
6. Predominanza dell'ospedale sull'assistenza primaria
7. Sbilanciamento del mercato del lavoro
8. Leadership debole.

Come si può capire non c'è solo il problema di formare manager e leader alla fine di un percorso formativo di base e specialistico soddisfacente, ma anche di avere professionisti con una formazione più ampia. La frattura tra le competenze dei professionisti e i bisogni delle persone è talvolta drammatica. L'impostazione tecnica (di impronta solo biomedica) senza visione sistemica, la predominanza dell'ospedale sull'assistenza primaria, la carenza di continuità assistenziale insieme con la debolezza della leadership è un mix che rende difficile l'ammodernamento di qualsiasi sistema sanitario.

L'attuale impostazione degli studi medici e sanitari è sostanzialmente legata a criteri “informativi”, tesi a fornire conoscenze e abilità con l'obiettivo di formare “esperti”. C'è uno sforzo a introdurre criteri “formativi”, tesi a trasmettere valori e capacità di socializzazione con l'obiettivo di formare “professionisti”. Ci sarebbe la necessità

di adottare criteri “trasformativi”, tesi a sviluppare le competenze di leadership con l’obiettivo di formare “agenti di cambiamento”.

Negli ultimi due decenni, comunque, sono nate esperienze in vari Paesi per aiutare i professionisti medici e sanitari a costruire nuove competenze per consentire loro di gestire e guidare i servizi sanitari a loro affidati. Per chiarezza non stiamo parlando di coloro che, con una formazione medica o sanitaria, decidono di fare i direttori generali di aziende sanitarie o di accedere a posizioni gestionali il cui accesso è aperto anche a professionisti con altri profili formativi di base e specialistici. Qui parliamo di professionisti “clinici” (dando al termine il significato che essi lavorano nella prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie in favore di persone con determinati bisogni di salute) che devono continuare a fare i “clinici” e acquisire competenze di management e leadership che consentano loro di fornire servizi più adeguati alla popolazione servita.

Sulla scorta di queste esperienze, in Italia, è stata fondata la Società Italiana di Leadership e Management in Medicina (<https://www.medici-manager.it>) aperta a tutti i professionisti sanitari che si interessano al management sanitario e sono intenzionati, nello svolgimento delle loro attività professionali, a crescere culturalmente sviluppando competenze legate al ruolo della leadership in sanità. SIMM vuole mettere al centro della gestione sanitaria la migliore pratica clinica basata sulle prove di efficacia; sviluppare e promuovere gli approcci della moderna medicina di popolazione e le strategie basate sul valore (*value-based healthcare*) (23-34) elaborare i migliori modelli organizzativo-gestionali per i pazienti e per il servizio; sviluppare sistemi informativi in grado di sostenere adeguatamente le decisioni e le valutazioni; applicare il “buonsenso” clinico nelle scelte gestionali per una *stewardship* efficace; giocare un ruolo importante nella riflessione e nelle strategie programmatiche della sanità nazionale e regionale.

Al fine di definire strategie di leadership trasformativa e promuovere modelli di *value-based healthcare* idonei per le caratteristiche dei sistemi sanitari europei (35-36), e caratterizzati da un sistema di welfare pubblico non presente in altre realtà, è nato presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore il Centro di Ricerca e Studi sulla Leadership in Medicina, riconosciuto dall’Organizzazione Mondiale della Sanità come *Collaborating Centre* per la Regione Europea sulle tematiche della leadership, della governance e delle politiche sanitarie (<https://centridiricerca.unicatt.it/studi-leadership-in-medicina-home>).

A livello di formazione post lauream l’Alta Scuola di Economia e Management (ALTEMS) dell’Università Cattolica del Sacro Cuore offre da alcuni anni un Corso di Perfezionamento sulla Leadership in Medicina il cui programma è coerente con quanto finora detto, nonché altri percorsi nell’ambito della programmazione e gestione dei servizi sanitari.

Nel campo specifico della sanità pubblica la Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SItI) ha recentemente attivato un Gruppo di Lavoro (GdL) sulla Leadership in Sanità Pubblica. Il GdL ha già svolto un primo workshop dedicato ai Medici

in formazione specialistica in Igiene e Medicina Preventiva, grazie alla collaborazione del corrispondente GdL della Consulta degli Specializzandi. Il programma del GdL è quello di condurre una analoga iniziativa rivolta agli operatori in servizio.

Anche a livello internazionale si è attivato un dibattito nel campo della sanità pubblica e Czabanowska et Al. (37) hanno definito un profilo di competenze per i leader di questo settore. Sono stati identificati 8 “domini” di competenza:

1. pensiero sistemico
2. leadership “politica”
3. leadership collaborativa
4. leadership e comunicazione
5. guida del cambiamento
6. intelligenza emotiva e leadership nelle organizzazioni basate su gruppi di lavoro
7. leadership, apprendimento organizzativo e sviluppo
8. etica e professionismo.

Conclusioni

Si è qui parlato della sfida della gestione della complessità che tutti i professionisti che lavorano nei servizi sanitari, indipendentemente dal loro livello operativo, dovrebbero accettare e affrontare attrezzandosi culturalmente al farlo.

Gestire la complessità e guidare il cambiamento quando necessario sono, forse, le caratteristiche principali dei leader-manager.

Peter Drucker ha evidenziato un'altra caratteristica propria dei leader: i leader hanno *follower*! Questa relazione è molto importante e sintetizza quanto abbiamo sopra riportato. Tuttavia, nella pratica quotidiana dei nostri servizi sanitari, dobbiamo riconoscere che, in qualche modo, tutti i professionisti possono essere alternativamente leader e *follower* e questa situazione va attentamente gestita.

Prendiamo come esempio una azienda sanitaria locale: lo stesso direttore generale, che nell'immaginario collettivo è il *deus ex machina* dell'organizzazione alla quale è preposto, può essere un leader (se ne ha le capacità) e un *follower* della Regione che lo ha nominato. Un direttore di dipartimento può esercitare un'importantissima funzione di manager e leader nella conduzione dello stesso, ma può essere anche in posizione di *follower* nei momenti in cui deve lavorare sulle interfacce organizzative con altri dipartimenti e servizi. E potremmo continuare così identificando altre situazioni operative molto comuni che si verificano tutti i giorni e talora più volte al giorno.

Questa solo apparente contraddizione tra i ruoli di leader-manager e di *follower* implica, tuttavia, che la flessibilità operativa e soprattutto l'orientamento al risultato di tutti coloro che lavorano in un'organizzazione sia un valore fondante della stessa organizzazione e che sia largamente condiviso dai professionisti. Per dirla con Mintzberg (14), le nostre

organizzazioni non dovrebbero essere mistiche gerarchie di autorità, ma comunità di impegno in cui ognuno è rispettato e a sua volta restituisce questo rispetto.

Abbiamo bisogno a tutti i livelli di persone competenti nella loro specifica disciplina (questo dovrebbe essere un prerequisito!), formati all'esercizio delle funzioni di management e leadership necessarie per raggiungere i risultati operativi e di salute che la popolazione assistita legittimamente si aspetta.

In sintesi, concludiamo con Drucker (21): “Nessuna istituzione può ragionevolmente sopravvivere se ha bisogno di geni o di supermen per essere gestirla; deve essere gestita e guidata da persone normali” e noi aggiungiamo, avendo a mente l'attuale contesto italiano, competenti e motivate.

Bibliografia

1. World Health Organization: Global strategy on people-centred and integrated health services Interim Report 2015, <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>
2. Plsek PE, Greenhalgh T. The challenge of complexity in health care. *BMJ* 2001; 323: 625-628.
3. Plsek PE, Wilson T. Complexity, leadership, and management in healthcare organizations. *BMJ* 2001; 323:746-749.
4. Lipsitz LA. Understanding health care as a complex system. The foundation for unintended consequences, *JAMA* 2012; 308(3): 243-244.
5. Perrow C. *Complex Organizations: a critical essay*, 3rd edition, New York: McGraw-Hill; 1972.
6. Seddon J. *Freedom from command and control: a better way to make the work work*. Buckingham Buckinghamshire: Vanguard Consulting Ltd; 2003.
7. Deming E. *Out of the crisis*, Cambridge: Cambridge University Press; 1982.
8. Ackoff R. *Ackoff's best*. New York: John Wiley; 1999.
9. Graham J, Amos B, Plumtre T. *Principles for Good Governance in the 21st Century*, Institute of Governance, Ottawa, 2013, https://iog.ca/docs/2003_August_policybrief15.pdf
10. A First Class Service. *Quality in the new NHS*, 1998 https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110322225724/http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902.
11. *Governing the NHS: a guide for NHS Boards*, 2003, <https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-TheHealthyNHSBoard.pdf>
12. Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st Century*. Geneva: World Health Organization, Regional Office for Europe, 2012.
13. World Health Organization: *Adelaide Statement on Health in All Policies*, 2010, https://www.who.int/social_determinants/publications/isa/hiap_statement_who_sa_final.pdf?ua=1
14. Mintzberg H: *Simply managing: what managers do and can do better*. Oakland CA: Berrett-Koehler Publishers; 2013.
15. Kotter JP. *Ma cosa fanno veramente i leader?* In: Quaglino GP. *Leadership* Milano: Raffaello Cortina Editore; 1999, pp 17-29.
16. Meindl JR, Ehrlich SB, Dukerich JM. The romance of leadership, *Administrative Science Quarterly*, 1985; 30: 78-102.
17. Augier M. *James March on Education, Leadership, and Don Quixote: Introduction and Interview*.

- Academy of Management Learning and Education 2004; 32:169-177.
18. Kotter JP. *Leading Change*. Harvard: Harvard Business School Press; 1996.
 19. Brunson K. *The notion of general management*. Copenhagen: Copenhagen Business School Press; 2007.
 20. Gill R. *Theory and Practice of Leadership*. London: Sage Publications; 2006.
 21. Drucker PF. *The coming of the new organization*. Harvard Business Review 1988; 66: 45-53.
 22. Peters T, Waterman R. *In search of excellence*. London: HarperCollins; 1982.
 23. Porter ME. *What is value in healthcare?* NEJM 2010; 363 (26): 2477- 248.
 24. Gray MJ, Ricciardi W. *Per una sanità di valore. Come garantire servizi sanitari ottimali in un'epoca di risorse scarse*. Roma: Edizioni Iniziative Sanitarie; 2008.
 25. Reuben DB, Cassel CK. *Physician stewardship of health care in an era of finite resources*. JAMA 2011; 306(4): 430-431.
 26. Aronson L. *Necessary Steps: How health care fails older patients, and how it can be done better*. Health Affairs 2015; (3): 528-532.
 27. Gray MJ. *How To Create The Right Healthcare Culture*. Oxford: Offox Press; 2014, <https://www.amazon.it/Create-Right-Healthcare-Culture-English-ebook/dp/B001PPQE30>
 28. Gray MJ. *How to build healthcare systems*. Oxford: Offox Press; 2011.
 29. Gray MJ. *How to practice population medicine*. Oxford: Offox Press; 2013, a.
 30. Schein EH. *Organizational culture and leadership*. New York: John Wiley & Sons; 2004.
 31. Gray MJ. *How to create the right healthcare culture*. Oxford: Offox Press; 2013, b.
 32. Favaretti C. *Burocrazia e misericordia*. L'Arco di Giano 2015; 84: 97-108.
 33. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, Fineberg H, Garcia P, Ke Y, Kelley P, Kistnasamy B, Meleis A, Naylor D, Pablos-Mendez A, Reddy S, Scrimshaw S, Sepulveda J, Serwadda D, Zurayk H. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. Lancet 2010; 376: 1923-58.
 34. Gray MJ. *Optimising the value of interventions for populations*. BMJ 2012; 345:e6192
 35. Silenzi A, Poscia A, Gualano M.R, Parente P, Kheiraoui F, Favaretti C, Siliquini R, Ricciardi W.: *An Effective Clinical Leadership to Strengthen the Immunization Policies in Italy*. Ig Sanita Pubbl, 2017; 73 (5), 483-496.
 36. Silenzi A, Santoro A, Ricciardi W. *Myth #6: Health Care Is Rightly Controlled by the Public Sector, for the Sake of Equality*. In: Adinolfi P, Borgonovi E. (eds) *The Myths of Health Care*. Berlino: Springer; 2018.
 37. Czabanowska K, Smith T, Könings KD, Sumskas L, Otok R, Bjegovic-Mikanovic V, Brand H. *Leaders for European Public Health. In search for a public health leadership competency framework to support leadership curriculum - a consensus study*. Eur J Public Health. 2014 Oct; 24(5):850-6.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno

Documenti

Una prospettiva di promozione della salute nella risposta al COVID-19: teniamo il cavallo di Troia fuori dai nostri sistemi sanitari, promuoviamo la Salute per tutti nei tempi di crisi e oltre!

A Health Promotion Focus on COVID-19. Keep the Trojan horse out of our health systems: Promote health for ALL in times of crisis and beyond!

EUPHA-HEALTH PROMOTION, IUHPE and UNESCO Chair Global Health & Education



PREFAZIONE

La discussione in corso sulla gamma di azioni necessarie durante l'epidemia di SARS-CoV-2 e la malattia da Coronavirus (COVID-19) ci chiama a offrire le nostre idee ed esperienze sulle modalità migliori per gestire le molteplici sfide che stiamo fronteggiando riguardo al COVID-19. Desideriamo condividere i seguenti cinque punti di discussione che potrebbero in seguito evolvere in una discussione più raffinata e finalizzata sulle implicazioni di questa pandemia in una prospettiva di promozione della salute. Nel momento in cui in tutto il mondo le discussioni in corso portano in primo piano nuove implicazioni su tematiche come salute, equità, sostenibilità, solidarietà o dignità umana, manca una prospettiva di sistema che metta insieme questi temi con la prevenzione delle malattie e le azioni di cura nel quadro complessivo della sanità pubblica. La promozione della salute ha, nella sua natura, la specifica capacità di dare unità a questi ambiti estremamente rilevanti, offrendo un approccio integrato allo sforzo condiviso di sostegno ai sistemi sanitari chiamati ad affrontare il pesante carico che è stato posto all'improvviso nelle loro mani.

INTRODUZIONE

La pandemia di Covid-19 fa sprofondare il mondo in una crisi che tocca tutti i settori della società. In un disperato tentativo di contenere l'ulteriore diffusione della malattia, i governi di tutto il mondo hanno adottato misure senza precedenti, chiudendo scuole, università, luoghi di culto, negozi, ristoranti, teatri e altri ambienti dove le persone abitualmente si incontrano, interagiscono e trascorrono il loro tempo. I viaggi e l'attività economica sono limitati e vengono imposte severe restrizioni ai contatti fisici, limitandoli al massimo. Mai prima d'ora nella storia moderna un problema di salute ha avuto un impatto così travolgente sulla società, mettendo in discussione la nostra visione sullo stesso concetto di società sana.

La pandemia arriva in un momento in cui la crisi finanziaria globale del 2008 e l'austerità che ne è seguita

in molti paesi ha portato a un declino delle risorse nel settore pubblico, compreso quello sanitario. In questa situazione già precaria, Covid-19 agisce come un cavallo di Troia che è entrato nei nostri ospedali, nei nostri sistemi sanitari e nella nostra stessa vita. La malattia non solo compromette la sostenibilità del sistema sanitario, ma invia un'onda d'urto in tutti i settori, compromettendo ulteriormente la resilienza e la sostenibilità dei nostri sistemi sanitari e sociali. Questi sistemi, che sono già sotto stress, devono ora affrontare una nuova crisi il cui impatto è di tale portata che tutti i meccanismi di risposta conosciuti sembrano inadeguati. In assenza di un trattamento noto per Covid-19, l'unica opzione è quella di proteggere i cittadini e gli operatori sanitari dall'infezione da parte del virus SARS-CoV-2 col suo pesante fardello per i sistemi sanitari pubblici e per i professionisti di sanità pubblica e assistenza ospedaliera, già fragili e sotto tensione. In tal modo, Covid-19 non solo mette alla prova la resilienza del sistema sanitario, ma mette anche in discussione la prospettiva ospedalocentrica che, nella maggior parte dei paesi occidentali, per decenni ha dominato il sistema sanitario.

In questo contesto, è importante considerare il ruolo della promozione della salute nella gestione della pandemia di Covid-19. Sebbene a prima vista, questa pandemia e il modo di affrontarla non sembrano rappresentare una sfida che coinvolge in modo prioritario la promozione della salute, noi ci proponiamo di discutere le ragioni per cui la promozione della salute può essere più importante che mai in questo tempo di crisi. Infatti, questa crisi sottolinea la necessità di sistemi pubblici forti, il ruolo critico dell'health literacy nel promuovere la salute della popolazione, la necessità di un impegno per una comunicazione efficace e una mobilitazione della comunità per rafforzare i comportamenti e le misure di protezione e di cura di sé a livello di società, di comunità e di individuo. Al centro della risposta della promozione della salute alla crisi di Covid-19 c'è la necessità di accrescere il controllo delle persone sulla propria salute, di rafforzare la coesione sociale e la solidarietà e di (ri)costruire la fiducia reciproca e la responsabilità collettiva per la salute e il benessere della popolazione. La partecipazione attiva ed efficace della comunità, sostenuta da opportunità digitali di comunicazione sicura, è la chiave per affrontare con successo questa crisi e le sue numerose conseguenze diramanti a livello sociale. In quanto tali, le azioni di promozione della salute hanno un ruolo centrale da giocare nell'empowerment individuale e di comunità verso l'adozione di risposte efficaci e nella gestione degli impatti psicosociali delle conseguenze di questa pandemia a diversi livelli. La comunità di promozione della salute ha anche un ruolo di advocacy da svolgere nel sostegno a rilevanti investimenti nei sistemi sanitari pubblici, in modo che le nazioni siano meglio preparate per le crisi future e riconoscano l'importanza di sostenere sempre la salute e il benessere.

Per promuovere il dibattito su come la promozione della salute possa affrontare efficacemente la pandemia di Covid-19, vorremmo proporre cinque punti di discussione per ampliare lo spettro delle nostre azioni. Questi cinque punti sono incentrati sui principi chiave della promozione della salute: inter-settorialità, sostenibilità, empowerment e partecipazione dei cittadini, equità e prospettiva life course. Come "punti di discussione" queste proposte non rappresentano affermazioni definitive, ma considerazioni iniziali per aprire la discussione a ulteriori contributi della comunità di promozione della salute. Nel momento in cui il mondo deve affrontare la pandemia, dobbiamo considerare criticamente le implicazioni che ne derivano per la salute della popolazione e soprattutto il contributo positivo che la promozione della salute può dare per affrontare la crisi attuale, anche ripensando e ampliando lo spettro della nostra visione e delle nostre azioni.

PUNTI DI DISCUSSIONE

1. INTERSETTORIALITÀ

Le azioni intersettoriali sono cruciali per affrontare questa sfida di sanità pubblica. Esse implicano la mobilitazione di azioni collaborative in una prospettiva che coinvolga l'intera società e l'intera governance. Alcune strategie sono già state attuate per integrare diversi settori della società in risposta alla minaccia. Ma queste risposte possono essere amplificate con team multidisciplinari all'interno della comunità con approcci che

coinvolgono l'intera società. Rafforzare l'azione comunitaria per essere in grado di accogliere e fornire assistenza alle persone colpite da Covid-19, in strutture a misura d'uomo lontane dagli ospedali può ridurre la pressione sugli ospedali e consentire loro di rispondere meglio alla sfida. L'attenzione alla comunità facilita anche il sostegno ai soggetti vulnerabili (ad esempio, persone senza fissa dimora, persone con bassi livelli di literacy/ health literacy, ecc.) garantendo loro equità e protezione dalle infezioni. Questi team multidisciplinari possono interagire nei propri ambiti sociali (cioè in contesti di comunità) con gli operatori sanitari, consentendo un'azione congiunta tra il settore dell'assistenza sanitaria e quello comunitario/sociale. Ciò non significa che i principi fondamentali dell'assistenza centrata sulla persona e sul paziente debbano essere trascurati, ma semmai integrati nell'azione comunitaria intersettoriale.

2. SOSTENIBILITÀ

C'è urgente necessità di rafforzare la resilienza dei servizi di sanità pubblica e dell'assistenza sanitaria e sociale. In questa fase della crisi, i professionisti che lavorano nel sistema di assistenza sanitaria hanno bisogno della massima funzionalità, ma molti sono privi di risorse essenziali e gli ospedali da soli non sono in grado di far fronte al pieno impatto della pandemia. Per mantenere la capacità di risposta del sistema e del personale, gli ospedali non dovrebbero ricevere persone che mostrano sintomi influenzali (di qualsiasi tipo: normale o Covid-19) fino a quando non si renda necessaria una terapia di supporto vitale. L'obiettivo dovrebbe essere quello di mantenere la piena capacità del sistema di assistenza di operare nell'immediato e a lungo termine, continuando a svolgere il suo regolare compito di prendersi cura delle condizioni note ed emergenti. Nella situazione attuale, si dovrebbe evitare di esaurire le capacità umane delle strutture ospedaliere, che non sono facilmente rimpiazzabili. Ma la sostenibilità va oltre la protezione delle scarse risorse di personale ospedaliero: riguarda anche il rafforzamento dell'assistenza sanitaria di base e dei servizi sanitari e sociali a livello di comunità e il potenziamento del ruolo della promozione della salute e della prevenzione delle malattie per il raggiungimento di una salute e di un benessere sostenibili della popolazione.

I setting promotori di salute, in questo caso gli ospedali promotori di salute, che forniscono una serie di servizi sanitari e sociali, possono essere quelle che sostengono maggiormente l'empowerment e la protezione di tutti i professionisti della salute, degli individui e delle loro famiglie, della comunità più ampia per far fronte a una situazione di emergenza come quella da COVID-19.

La sostenibilità si riferisce anche alla tutela dell'equilibrio ambientale. La crisi di Covid-19 ci insegna che la sostenibilità ambientale e la salute sono due facce della stessa medaglia: il virus SARS-CoV-2 è di origine animale, ha saltato i confini delle specie per infettare l'uomo e diffondersi molto rapidamente in un sistema economico globalizzato caratterizzato da alti livelli di interconnessione e mobilità e da scarsa attenzione per l'ambiente. La salute umana e la sostenibilità del sistema sanitario possono essere seriamente compromesse da un'incapacità di affrontare gli aspetti ambientali e dal fatto di non affrontare i più ampi determinanti della salute, ora considerati di importanza cruciale nel costruire una risposta efficace alla pandemia.

Inoltre, al fine di garantire la sostenibilità sociale e culturale, l'advocacy per la solidarietà sfida lo status quo attuale delle nostre società in cui la competitività è predominante e determina le nostre pratiche sociali (ad esempio la scuola, gli ambienti di lavoro, le relazioni tra imprese e paesi). Proprio in tal senso, le prospettive "one health", inclusa la promozione della salute, diventano della massima importanza per l'azione e la politica futura in materia di salute.

3. EMPOWERMENT E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI

L'empowerment individuale e comunitario e l'advocacy sono critici per una risposta efficace al COVID-19. L'empowerment delle persone perchè possano agire e acquisire il controllo della situazione, richiede una comunicazione efficace sui rischi di contagio, sui modi per proteggere se stessi e gli altri e sui modi per affron-

tare la vita in una condizione di confinamento. Questa comunicazione dovrebbe tenere conto dell'esistenza all'interno della popolazione di gruppi che soffrono di bassa health literacy. Pertanto, le raccomandazioni in materia di salute non dovrebbero solo essere basate su una solida evidenza scientifica, ma anche essere coerenti e formulate in modo da renderle facilmente comprensibili. I messaggi sulla salute non dovrebbero riguardare solo i modi per proteggersi dal virus, ma anche evidenziare la necessità di aumentare la resilienza individuale e sociale con l'esercizio fisico e l'aria fresca – anche quando si stanno osservando le raccomandazioni della quarantena domiciliare - la nutrizione e le abitudini alimentari sane e sostenibili, l'idratazione, l'esposizione sana alla luce del sole, la fiducia che favorisce la salute mentale promuovendo il contatto e aiutando le persone che sono ad alto rischio o socialmente isolate, una routine equilibrata che comprenda un adeguato riposo e un sonno sufficiente, l'empowerment (ad esempio, il supporto per la cessazione del fumo) e una società salutogena. La comunicazione di questi messaggi di promozione della salute dovrebbe essere una priorità per la comunicazione sanitaria e per le agenzie governative e rappresenterebbe una valida alternativa alla copertura basata sulle "notizie negative" sulla pandemia su cui i media tendono a concentrarsi. Accrescere la resilienza di individui, famiglie, gruppi e comunità gioca un ruolo critico nel sostenere una risposta efficace della comunità alle misure necessarie per contenere e controllare la diffusione del virus, oltre ad aiutare chi è colpito da COVID-19.

L'health literacy, come approccio di promozione della salute, esalta l'importanza di rendere capaci persone e comunità di acquisire, comprendere, valutare e applicare le migliori conoscenze e competenze disponibili per affrontare minacce alla salute come quella del COVID-19 e consente loro di applicare queste azioni nel contesto della loro vita quotidiana, dei loro valori e delle loro ambizioni di vita (empowerment).

Le pesanti conseguenze della pandemia di Covid-19, come la recessione economica, il negativismo, il pessimismo, la reclusione, la solitudine e i sentimenti antisociali possono avere un impatto negativo sulla società. Per contrastare questi effetti, è necessario accrescere l'impegno delle persone nel sostenersi e aiutarsi a vicenda. Tutti i settori dell'ecosistema sociale possono collaborare per contrastare una mentalità negativa nella popolazione e concentrarsi sul rafforzamento dei sistemi di supporto per individui, famiglie, organizzazioni e comunità. L'empowerment di persone e comunità verso comportamenti positivi richiede empatia e fiducia. Le misure di quarantena, anche se appropriate, dovrebbero essere comunicate in un linguaggio che favorisca l'empowerment dei cittadini e ne stimoli la partecipazione in un ambito d'azione sistematicamente crescente. Se le persone acquisiscono una comprensione delle dinamiche del contagio e vengono sostenute nei loro sforzi per dare un senso alle misure adottate, avranno maggiori probabilità di riprendere il controllo della situazione e di affrontarla meglio.

4. EQUITÀ

Mentre si combattono gli effetti della pandemia, nessuno dovrebbe essere lasciato indietro. Oltre ai confini nazionali, un altro tipo di confine, quello tra quartieri benestanti e agglomerati socialmente svantaggiati, può compromettere la coesione sociale.

Anche se si dice che il virus "non discrimina", le persone che si trovano in situazioni svantaggiate, come gli anziani, le persone con patologie preesistenti, le persone che vivono in quartieri svantaggiati o in insediamenti irregolari, le persone che non fanno parte dell'economia regolare o le persone senza fissa dimora, sono più vulnerabili al contagio e ad andare incontro a una serie di conseguenze a seguito della malattia. Sono più che mai necessarie politiche pubbliche che si focalizzino su questi gruppi e rafforzino l'equità. Assicurando la disponibilità di risorse per coloro che ne hanno più bisogno, è possibile garantire maggiore comprensibilità, gestibilità e significato alla crisi e promuovere una società che si concentri sulla protezione e l'ottimizzazione della salute e del benessere dell'intera popolazione, proporzionalmente al grado di svantaggio di chi ha più bisogno. Ne consegue la necessità di azioni culturalmente appropriate e individualizzate per garantire che le disparità sociali e sanitarie esistenti non siano esacerbate dalle misure di sanità pubblica attualmente adottate.

Questo include:

- assicurare attenzione e investimento di risorse per le esigenze specifiche dei gruppi vulnerabili, come le persone che vivono in condizioni di povertà o senza fissa dimora, i gruppi socialmente esclusi, gli anziani e le persone con patologie croniche, i lavoratori migranti e i rifugiati;
- istituire servizi di sostegno e accompagnamento umanitario, come quelli necessari in caso di gravi catastrofi;
- dispiegare interventi mirati per ridurre lo stress psicologico e prevenire successivi problemi di salute mentale.

Molte delle misure che sono state introdotte per frenare la pandemia COVID-19 incidono sulla vita dei gruppi più vulnerabili della società in modo più significativo rispetto al cittadino medio. Pertanto, sono necessarie misure aggiuntive per sostenere questi gruppi di popolazione durante la crisi e per limitare gli impatti potenzialmente negativi delle misure generali.

5. PROSPETTIVA LIFE COURSE

La crisi di Covid-19 non colpisce solo gli adulti di tutte le età, ma anche i bambini e i giovani. Anche se i bambini hanno dimostrato di essere resilienti alle crisi, la loro resilienza non dovrebbe essere data per scontata e dovrebbero essere compiuti gli sforzi necessari per garantire loro crescita e sviluppo positivi durante e dopo la crisi. Attualmente, l'attenzione per i bambini nella crisi Covid-19 si concentra sulla garanzia della continuazione dell'istruzione (con pari opportunità per tutti), con il passaggio delle scuole all'apprendimento a distanza e l'applicazione di piattaforme di insegnamento online, con il sostegno dei genitori al processo attraverso il tutoraggio in casa dei bambini. Ma questo affronta solo un aspetto del problema. Anche la sicurezza dei bambini deve essere garantita.

Il confinamento a casa porta alcune famiglie all'esaurimento, poiché la riorganizzazione dei compiti e dei doveri domestici, lavorativi e scolastici in combinazione con l'incertezza e l'ansia duratura richiede un grande dispendio di energia.

Altre questioni che si pongono riguardano l'organizzazione della cura dei bambini (ad esempio, quando i genitori lavorano nel settore dell'assistenza o continuano a lavorare fuori casa), la difficoltà di stare in casa insieme a genitori che lavorano da casa, la gestione di noia o depressione, il sovraccarico dei media, il sentirsi chiusi e privati dei contatti con amici, nonni e altre persone significative. Tutti questi problemi richiedono soluzioni creative.

Queste non dovrebbero provenire solo da genitori, insegnanti o esperti, ma potrebbero anche essere suggerite dagli stessi giovani.

La promozione della salute ha sempre sostenuto un approccio partecipativo e vale la pena di prendere in considerazione le idee dei giovani su modalità creative per affrontare la crisi del Covid-19. Particolare attenzione dovrebbe anche essere data alle esigenze dei bambini a rischio, come quelli esposti alla violenza e agli abusi domestici (fisici, psicologici e sessuali).

Considerato che questo periodo di crisi combinato con il confinamento familiare aumenta il rischio di violenza e riduce le possibilità di intervento esterno.

IMPARARE DALLA CRISI E PIANIFICARE PER IL GIORNO DOPO

Si dice spesso che ogni crisi è anche un'opportunità. Affrontare il Covid-19 presenta infatti delle opportunità inaspettate.

Le famiglie che condividono il tempo di confinamento passano più tempo insieme e possono scoprire che la qualità del tempo è qualcosa da mantenere anche quando la necessità della quarantena sarà eliminata. Le soluzioni digitali che sono state sviluppate per consentire il lavoro e la scolarizzazione da casa saranno molto probabilmente adottate e utilizzate con maggiore frequenza dai datori di lavoro e dalle scuole anche a lungo termine.

Per sfruttare queste opportunità, sarà necessario prepararsi. Per esempio, un maggiore uso dei mezzi digitali richiede un livello sufficiente di digital literacy e di conseguenza la popolazione deve essere sostenuta nell'utilizzo di questi strumenti. Allo stesso modo, la raccomandazione di mantenere la distanza fisica e l'isolamento delle persone vulnerabili per proteggerle dalle infezioni, comporta lo sviluppo di misure di compensazione, per garantire che non si esacerbi il già diffuso senso di solitudine e di distanza sociale.

Inoltre l'epidemia di COVID-19 ha portato la comunicazione di salute direttamente nelle nostre case e nei nostri dispositivi mobili. Questo ha fatto capire a tutti noi come la salute di una persona sia strettamente legata alla salute degli altri, a livello locale, regionale, nazionale o globale. Ha inoltre evidenziato l'impossibilità di considerare l'uomo separatamente dal suo ambiente globale, sia esso fisico, spirituale, sociale o culturale. Più che mai, ha ricordato ai leader politici l'importanza della salute e la necessità di basare le azioni su una comprensione globale ed ecosistemica delle questioni in gioco, sull'azione della comunità, sulla solidarietà e sulla fiducia reciproca. Si spera che in futuro ciò si consoliderà in un nuovo ruolo nella promozione della salute per i leader politici e di governo. Infine, i benefici inattesi per la salute del pianeta in termini di riduzione degli spostamenti globali e locali e dell'inquinamento atmosferico, così come l'ampio riconoscimento per lo straordinario lavoro di coloro che sono in prima linea nella lotta contro la malattia, nonché i numerosi e stimolanti atti di solidarietà tra volontari, cittadini, comunità, paesi e gli atti di gentilezza umana che sono stati mostrati a tutti i livelli, fanno sperare che un nuovo giorno stia emergendo in modo luminoso.

Durante l'evoluzione della crisi di Covid-19, è necessaria un'azione di analisi, valutazione e apprendimento da parte di tutti gli attori coinvolti nel processo di gestione e controllo della pandemia. Tra questi vi sono i decisori politici, gli operatori sanitari, gli scienziati e i cittadini, ma anche i rappresentanti delle popolazioni più vulnerabili e più colpite. Anche se in ogni epoca si sono verificate crisi, l'attuale crisi di Covid-19 è di una tale portata da rendere evidente la necessità di un approccio integrato che includa gli aspetti sanitari, organizzativi, sociali, politici finanziari ed etici. Le informazioni raccolte da questa esperienza saranno fondamentali per rafforzare la nostra risposta alle crisi future.

La promozione della salute ha molto da offrire per aiutare le persone e le comunità ad affrontare la crisi Covid-19 e le sue conseguenze, ma la comunità di promozione della salute può anche trarre beneficio dal molto che può apprendere da questa crisi.

La nostra speranza è che, procedendo insieme, queste idee preliminari servano da stimolo alla comunità di promozione della salute per contribuire con prospettive e riflessioni nel tempo in cui affrontiamo questo cavallo di Troia sulla soglia della nostra casa. Affinché questa discussione sia più proficua, vi invitiamo a commentare e a condividere le vostre idee attraverso questo link, in modo da far procedere la discussione.

AUTORI

Luis Saboga-Nunes¹, Diane Levin-Zamir², Uwe Bittlingmayer³, Paolo Contu⁴, Paulo Pinheiro⁵, Valerie Ivassenko⁶, Orkan Okan⁷, Liane Comeau⁸, Margaret Barry⁹, Stephan Van den Broucke¹⁰, Didier Jourdan¹¹

¹ EUPHA Health Promotion Section President Institute of Sociology, University of Education Freiburg, Germany Institute of Environmental Health (ISAMB), Faculty of Medicine, University of Lisbon Public Health Research Centre, Universidade NOVA de Lisboa ProLiSa - CIEC - Research Centre on Child Studies Portugal, (+351 914747066) saboga@prosalus.com, www.saboga.net

² IUHPE, Global Working Group on Health Literacy Leadership National Director, Department of Health Education and Promotion, Clalit Health Services, Israel School of Public Health, University of Haifa, Israel

Chair, National Council on Health Promotion, Israel Ministry of Health

³ Professor of Sociology Dean of the Faculty of Education Sciences Institute of Sociology, University of Education Freiburg, Freiburg, BaWü, Germany

⁴ IUHPE Vice President for Europe University of Cagliari - Department of Medical Sciences and Public Health, Cagliari - Italy Cittadella Universitaria - Monserrato-Cagliari-Italy

⁵ Bielefeld University, Faculty of Educational Science, Centre for Prevention and Intervention in Childhood and Adolescence CPI, Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research, Bielefeld, NRW, Germany

⁶ Project officer, UNESCO Chair and WHO collaborating center for Global Health & Education Université Clermont Auvergne, Chamalières cedex, France

⁷ EUPHA Health Promotion Section Vice President, Bielefeld University, Faculty of Educational Science, Centre for Prevention and Intervention in Childhood and Adolescence CPI, Interdisciplinary Centre for Health Literacy Research, Bielefeld, NRW, Germany

⁸ Executive Director, IUHPE Clinical Lecturer, École de santé publique, Université de Montréal

⁹ IUHPE President Head of World Health Organisation Collaborating Centre for Health Promotion Research School of Health Sciences, National University of Ireland Galway, Galway, Ireland

¹⁰ IUHPE Vice President for Scientific Affairs Université catholique de Louvain, Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Éducation, Institut de Recherche en Sciences Psychologiques, Louvain-la-Neuve, Belgium.

¹¹ Chair Holder – UNESCO Chair Global Health & Education Head of the WHO Collaborating Centre for Research in Education & Health Université Clermont Auvergne, Chamalières cedex, France

For more information on:

EUPHA-HP: <https://eupha.org/health-promotion>

IUHPE: <https://www.iuhpe.org>

UNESCO Chair Global Health & Education: <https://unescochair-ghe.org>

April 21, 2020

Finito di stampare nel mese di luglio 2020

Per gli autori

La rivista pubblica

Editoriali, contributi di impostazione concettuale, rassegne, rapporti di ricerche, esperienze, atti di congressi, dibattiti, notiziario.

Gli Editoriali sono pubblicati solo su invito da parte del Comitato di Redazione.

L'accettazione degli Articoli per la pubblicazione è soggetto alla valutazione dei referee.

Gli Autori sono invitati a modificare i documenti in relazione alle eventuali osservazioni dei referee, altrimenti l'articolo non verrà pubblicato. I nomi dei referee non sono comunicati agli Autori. Gli Autori sono pienamente responsabili dei loro scritti.

Il testo degli articoli, in formato word, non deve superare i 40.000 caratteri (spazi inclusi), oltre a riassunti e bibliografia.

La prima pagina deve contenere:

- il titolo (inglese e italiano)
- 3/5 parole chiave (inglese e italiano)
- riassunto (inglese e italiano)

I riassunti devono essere organizzati come segue: obiettivi, metodi, risultati, conclusioni.

Nome del/degli Autore/i (nome per esteso e cognome) e affiliazione. La Bibliografia deve essere redatta secondo il Vancouver Style. Per la corrispondenza, deve essere indicato indirizzo completo, numero di telefono, numero di fax ed e-mail dell'autore di riferimento.

Tabelle e figure (al massimo sei) devono essere inviati come file individuali in formato Pdf, numerati progressivamente nell'ordine in cui sono citati, completati dalla didascalia. Devono essere prodotti esclusivamente in scala di grigio. Tabelle e dati provenienti da documenti che sono stati già pubblicati devono essere accompagnati dall'autorizzazione scritta dell'autore.

Diritti d'autore

La proprietà letteraria e artistica di quanto pubblicato è riservata alla Rivista. È autorizzata la riproduzione, anche parziale di quanto pubblicato purché ne sia citata la fonte.

Conflitto d'interesse

Alla fine del testo, nella voce "Conflitti d'interesse dichiarati" gli autori devono indicare eventuali rapporti finanziari e personali con altre persone o organizzazioni che potrebbero influenzare impropriamente il loro lavoro. Esempi di potenziali conflitti d'interesse: lavoro, consulenze, partecipazione azionaria, onorari, testimonianze di esperti pagati, domande di brevetto/registrazione, sovvenzioni o altri finanziamenti.

Tutti i contributi devono essere inviati via e-mail a: paola.beatini@unipg.it

