



la
porta di
vetro

Rivista di Politica e Società

Anno IV / N. 2 - 2017

Direttore
Michele Ruggiero



LA SANITÀ IN PIEMONTE

**CONOSCIUTA DA POCHI QUELLA CHE FUNZIONA
DA MOLTI QUELLA CHE NON FUNZIONA**

GLI AUTORI

Pierpaolo Berra, Mercedes Bresso, Stefano Cavalitto, Vittorio Demicheli, Fausto Fantò, Maurizio Jacopo Lami, Mauro Nebiolo Vietti, Dario Pagano, Franco Riccardini, Emanuele Ruffino, Michele Ruggiero, Pietro Terna, Daniele Viotti, Gian Paolo Zanetta, Germana Zollesi

la Porta di vetro
RIVISTA DI POLITICA E SOCIETÀ

Direttore
Michele Ruggiero

Anno IV - n.2-2017

TEC Editrice - Fossano

Indice

la Porta di vetro
Rivista di politica e società

Direttore responsabile
Michele Ruggiero

Progetto grafico, fotocomposizione, fotolito e stampa:
TEC ARTI GRAFICHE Srl
via dei Fontanili, 12 - 12045 Fossano (Cn)
www.tec-artigrafiche.it

Hanno collaborato a questo numero:

Pierpaolo Berra, Mercedes Bresso, Stefano Cavalitto, Vittorio Demicheli, Fausto Fantò, Maurizio Jacopo Lami, Mauro Nebiolo Vietti, Dario Pagano, Franco Riccardini, Emanuele Ruffino, Michele Ruggiero, Pietro Terna, Daniele Viotti, Gian Paolo Zanetta, Germana Zollesi

Grafica di copertina
Marianna Zanetta

Numero chiuso in tipografia nel mese di novembre 2017
Autorizzazione Tribunale di Torino n. 36 del 27 novembre 2013

Introduzione di MICHELE RUGGIERO	pag. 7
Le potenzialità economiche di un settore strategico in espansione PIETRO TERNA	pag. 9
Fra tagli e ripresa: chiaroscuri della Sanità piemontese MAURIZIO JACOPO LAMI	pag. 15
Welfare per la salute: il Paese esige una riflessione GIAN PAOLO ZANETTA	pag. 19
Il Pronto Soccorso, problemi e prospettive Intervista a Franco Riccardini DARIO PAGANO	pag. 21
No vax, sì vax: uno scontro pericoloso Dialogo con Vittorio Demicheli MICHELE RUGGIERO	pag. 27
Malattie croniche nell'anziano, una sfida di civiltà FAUSTO FANTÒ	pag. 33
Filosofia della cura, ovvero la necessità di curarsi STEFANO CAVALITTO	pag. 41
La via giudiziaria per il recupero di risorse MAURO NEBIOLO VIETTI	pag. 47
Il sistema sanitario tra bisogni e limiti: un problema globale EMANUELE DAVIDE RUFFINO e GERMANA ZOLLESI	pag. 53
I diritti nell'Unione Europea MERCEDES BRESSO	pag. 81
Una questione di prevenzione DANIELE VIOTTI	pag. 83
La comunicazione tra scoop e fake news PIERPAOLO BERRA	pag. 87

Introduzione

Il 23 dicembre 1978, il Parlamento italiano votò la Legge 833, che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale. Fu la pietra angolare con cui il Paese si diede, a 30 anni dall'entrata in vigore della Costituzione, la traduzione concreta dell'art. 32 che tutela il diritto alla salute come fondamentale per il cittadino. Un articolo, il 32, che i Padri della Repubblica vollero come diritto assoluto, in alcun modo né compresso, né condizionabile.

Un principio, è innegabile, da cui discende il diritto alla salute come oggi è interpretato e applicato con tutte le conseguenze pratiche ed economiche con cui ci misuriamo.

Dal 23 dicembre 1978 e dalle integrazioni legislative che ne sono seguite, la sanità pubblica è diventata in assoluto lo specchio reale dei cambiamenti della società italiana, dagli stili di vita (con i suoi abusi) alla longevità in crescita della popolazione con un imprevisto invecchiamento connesso alla caduta demografica, dal progresso avvenuto nella cura delle malattie alle scoperte - sensazionali - nella medicina e allo sviluppo della tecnologia.

Uno scenario che ci ha colto tutti di sorpresa, trasformando via via il rapporto tra cittadini e sanità in una continua e spasmodica attesa messianica di ogni miglioramento finalizzato alla qualità della vita, al contrasto dei mali, soprattutto i tumori, all'elisir della giovinezza.

Paradossalmente, il concetto di salute è penetrato nell'esistenza dei cittadini con una invasività così massiccia da essere inversamente proporzionale a quella minima che noi pretendiamo da un esame clinico... Il risultato lo si constata quotidianamente: la sanità è diventata uno dei centri motori cardini della nostra società, sia sul piano mentale, sia su quello finanziario e industriale.

Tutto questo ha un prezzo, salato, che impone una gestione sempre al passo con i tempi e puntuali interventi strutturali per arginare una spesa pubblica, che da più di vent'anni grava sull'80-85 per cento dei bilanci regionali. Su questo autentico crocevia per la nostra regione, l'Associazione

culturale *la Porta di vetro* ha organizzato un convegno (nella seconda di copertina è stampata la locandina) con un titolo che riportiamo sulla rivista omonima. Contrariamente alla prassi, infatti, si è deciso non già di pubblicare gli atti del convegno, ma di anticiparlo con gli articoli che corrono in parallelo alla sua impostazione e di distribuire la rivista ai partecipanti.

Michele Ruggiero

Le potenzialità economiche di un settore strategico in espansione

di **Pietro Terna**

La Città della Salute e della Scienza di Torino, e soprattutto il futuro Parco della Salute e della Scienza, e la Città della Salute di Novara, sono sistemi complessi che fanno parte della comunità torinese, novarese e piemontese con un peso rilevantissimo; peso che si misura secondo prospettive molto diverse.

Pensando al futuro e quindi ai cambiamenti coinvolti, molte di quelle prospettive devono emergere e convergere.

L'innovazione e la rivoluzione della conoscenza

La prima prospettiva è essere oggetto, ma anche motore, di cambiamenti straordinari, che possono investire tutto il sistema sociale e produttivo, come strumenti di innovazione e cambiamento.

L'innovazione si diffonde in modi così complessi da essere difficili da riprodurre artificialmente, gestire e accelerare, ma l'esperienza dimostra che i grandi cambiamenti di paradigma scientifico e culturale hanno effetti rilevantissimi sulla realtà produttiva, spesso in campi diversi da quelli inizialmente previsti. Se si ragiona in termini di sistema e in modo innovativo, si scopre che l'innovazione per la salute, e con essa l'intero sistema sanitario, costituiscono un motore straordinario per il benessere, la ripresa, la tenuta della regione, ma anche per il cambiamento tecnologico.

Cambiamento tecnologico molto legato all'innovazione informatica. Un esempio molto interessante è il lavoro che l'IBM sta conducendo nel campo della medicina. A <http://www-03.ibm.com/ibm/history/ibm100/us/en/icons/medicaloutcome/>, leggiamo che:

Most recently, IBM formed a collaboration with Nuance Communications, Inc., to combine IBM ® DeepQA, natural language processing and machine

learning capabilities with Nuance's speech recognition and Clinical Language Understanding (CLU) solutions to help in the diagnosis and treatment of patients by providing hospitals, physicians and payers access to critical and timely information.

Ebbene, a <http://italy.nuance.com> abbiamo proprio Nuance a Torino, nata dall'acquisizione effettuata da Nuance nei confronti di Loquendo, a sua volta nata da CSELT, il fantastico centro di ricerca nelle telecomunicazioni da cui è germogliato il protocollo MP3 che regge la registrazione e trasmissione della musica nel modo cosiddetto liquido, cioè senza una base fisica tradizionale. A <https://it.wikipedia.org/wiki/MP3> leggiamo che la "sua ideazione è dovuta a un team di lavoro internazionale coordinato dall'ing. Leonardo Chiariglione, all'epoca vice presidente del gruppo Multimedia in CSELT". Lo CSELT è stato smantellato, diluendone la realtà in tanti rivoli, con le vicende della telefonia italiana.

Ecco che vale l'indicazione introduttiva sull'innovazione che si diffonde in modi così complessi da essere difficili da riprodurre artificialmente; purtroppo quando li si smarrisce sono anche difficili da ricostruire. Bene che esista Nuance a Torino, ma... quante occasioni perdute.

Sempre all'indirizzo web dell'IBM citato sopra, si legge:

IBM's Watson computer also has strong potential to help in the medical field. Launched in February 2011 on the US quiz show Jeopardy! Watson's Deep QA analytic capabilities enabled the system to compete and win against reigning Jeopardy! champions over a three-night match.

Those same abilities to analyze the meaning and context of human language, combined with an ability to rapidly process information and find precise answers could eventually help doctors improve diagnostic accuracy, efficiency and patient safety

Watson could eventually become a valuable tool to help physicians and nurses unlock important knowledge and facts buried within huge volumes of information. It could also help them find answers they may not have considered, and give them a way to validate their own ideas or hypotheses. Watson also holds the potential to help doctors provide personalized treatment options tailored to individual patient needs.

Lo spazio di innovazione è grandissimo ed esiste la potenzialità per altre iniziative innovative che possano contare sulla interazione di grandi strutture di cura e ricerca come quelle presenti, ora e in prospettiva, a Torino e a Novara. A sua volta l'IBM incontra la concorrenza degli altri operatori dell'intelligen-

za artificiale, come notava l'Economist del 21 ottobre scorso "IBM lags in cloud computing and AI. Can tech's great survivor recover?".

Tra gli altri operatori, con cui in prospettiva converrebbe tessere alleanze essendo tra i primi a farlo, c'è certamente Google, o meglio Alphabet, la casa madre di Google, che ha acquistato AlphaGo. Ancora l'Economist (del 27 ottobre) titola "AlphaGo Zero shows how business is losing the innovation game" e scrive:

It is hard not to be impressed - and perhaps a little alarmed - by the progression. In 1997, IBM's supercomputer Deep Blue beat the world's greatest chess player, Garry Kasparov. It was a hugely expensive piece of hardware, closely tended and coached by humans.

Go is a far harder game for computers to master than chess. Yet when the AlphaGo programme emerged with muted fanfare in 2016, it comfortably outclassed the world's best Go players after a few months of training.

Then last week, the AI research firm DeepMind unveiled AlphaGo Zero. It is faster, uses less hardware, beat its predecessor AlphaGo by 100 games to none, and is entirely self-taught.

What is more, it achieved this performance after just 72 hours of practice.

The bewildering progress of AlphaGo Zero has fed an already-febrile anxiety about a robot takeover causing mass unemployment. Yet that anxiety sits uneasily with the high employment rates and disappointing productivity growth we see in the US and particularly the UK. There are plenty of jobs, but apparently not a lot of innovation.

There are various possible explanations for this paradox, but the simplest one is this: AlphaGo Zero is an outlier. Productivity and technological progress are lacklustre because the research behind AlphaGo Zero is not typical of the way we try to produce new ideas.

Se il Piemonte vuol partecipare alla strada del futuro, soprattutto nella sanità, dobbiamo far parte della nuova strada per produrre innovazione e stringere alleanze strategiche.

Sin qui abbiamo fatto riferimento all'informatica e all'intelligenza artificiale, ma altrettanto vale per i campi della ricerca e dell'innovazione nella farmaceutica, nella biologia e delle biotecnologie. Soprattutto per il bio e biotech, gli atenei piemontesi eccellono ed esistono aziende di estrema importanza, come DiaSorin, centri di ricerca come l'Italian Institute for Genomic Medicine (IIGM) che succede a HuGeF, il Dipartimento di Biotecnologie Molecolari e Scienze per la Salute dell'Università di Torino, con le proprie competenze di ricerca e i relativi corsi di laurea, il corso in Biotecnologie

della Scuola di medicina dell'Università del Piemonte Orientale, e l'elenco potrebbe continuare. Le Città della Salute, di Novara e ancor più quella di Torino, hanno e avranno ruolo, competenze e dimensione per essere interlocutori a livello internazionale di questo campo di innovazione, offrendosi come partner per la sperimentazione e come centro di competenze sui diversi domini. L'effetto della collaborazione non sarebbe solo all'interno della dimensione salute, ma avrebbe certamente ricadute sull'esterno, ricordando sempre che le cittadelle sanitarie sono parte di sistemi cittadini e di un ambito regionale, con cui interagiscono.

Si tratta di sistemi sanitari di particolare complessità. La conoscenza della scienza della complessità (si veda in nota un interessante link descrittivo, utilissimo anche in campo sanitario) è fondamentale per affrontare il cambiamento in un sistema adattivo fortemente interconnesso, sia al suo interno sia verso l'esterno.

La sanità infatti non è solo una realtà complicata (assai complicata), ma con le sue interazioni produce effetti positivi e anche negativi che possono andare totalmente al di là di quanto stia nelle intenzioni dei decisori, secondo le caratteristiche proprie dei sistemi detti complessi.

Il documento "Complicated and Complex Systems: What Would Successful Reform of Medicare Look Like?" della sanità canadese, fa ben comprendere le difficoltà del percorso di gestione simultanea dell'esistente e del cambiamento necessario. Tutti i cambiamenti introducono innovazione, massimamente in questo caso della nuova sanità, con effetti pervasivi per tutto il sistema in cui sono inseriti.

Strumenti

L'analisi dei processi (*business process analysis e business process reengineering*) è simultaneamente uno strumento di conoscenza e di gestione.

Si intende comunemente per processo un insieme di attività rivolte ad un risultato misurabile. Ogni organizzazione vive di processi, spesso taciti, ereditati dal passato senza un riesame critico e irrigiditi da soluzioni informatiche prive di visione innovativa.

Muovendo dalla conoscenza dei processi si ha dell'organizzazione una conoscenza dinamica, quasi un film invece che una fotografia. Dalla conoscenza nasce il *reengineering* e la modernità della gestione.

La simulazione è la modalità di analisi che consente di riprodurre artificialmente un sistema, per parti e nella sua interezza, per poterne comprendere il funzionamento e valutare i cambiamenti. Si fa in particolare riferimento alla tecnica di simulazione detta *agent-based*, che introduce nei modelli i com-

portamenti dei singoli attori delle organizzazioni. I due aspetti (processi e simulazione) sono fortemente complementari e possono essere sviluppati con l'apporto determinante degli atenei piemontesi.

Anche nel caso di questi ultimi aspetti, la ricaduta esterna dell'azione della sanità che si rinnova, potrebbe essere straordinaria, come motore di cambiamento e di competenze per quel cambiamento. Importante infine il contributo che può provenire dall'Ires-Piemonte, che ha anche assorbito le competenze ex Aress, su tematiche di programmazione sanitaria e di eHealth, anche in questo caso con ricadute innovative.

La società e l'economia di Torino e del Piemonte

Quanto precede è tanto più importante se si ragiona in termini strategici su Torino e sul Piemonte.

Nella Torino trasformata di questi anni del secondo decennio del secolo e nel Piemonte, tra le principali realtà economiche troviamo le due Città della Salute e della Scienza, come troviamo gli Atenei che, pur di peso diverso, tutti diffondono innovazione. Non è un a priori di poco conto.

È quindi indispensabile che la Città della Salute e della Scienza di Torino e il Parco della Salute e della Scienza che ne deriverà e la Città della Salute e della Scienza di Novara siano considerate anche dal punto di vista dell'occupazione e degli investimenti.

Occupazione

Le due realtà, e certamente massimamente quella di Torino, rivestono grande importanza sul piano sociale e occupazionale, che non può che attrarre l'attenzione di una Pubblica Amministrazione attenta ai cambiamenti, anche e soprattutto rivolti ai giovani.

Se, in questo momento di gravissima crisi dell'occupazione giovanile, la PA non si apre ai giovani commette due gravissimi errori: non affronta il problema dell'esclusione dei giovani dal lavoro e non chiama al suo interno quelle forze giovanili che sole possano aiutare il cambiamento e l'innovazione.

Le due Città sanitarie possono quindi candidarsi ad accogliere nuove leve di giovani in presenza di programmi ordinari o straordinari di occupazione giovanile.

Investimenti

Altrettanto, per quelle realtà si devono cercare nuove strade sul piano del finanziamento degli investimenti, considerando che trasformazione e innova-

zione non possono arrestarsi immediatamente di fronte al tema delle risorse.

Per questo è importante impostare un piano di finanziamento nel lungo termine, ad esempio con la formula del partenariato pubblico privato istituzionalizzato, collegata agli strumenti comunitari di sostegno. Anche la scelta di un piano di investimenti non può prescindere dalla gestione processi, come strumento di innovazione che consente di tenere sotto controllo qualità e quantità dell'attività svolta, con l'introduzione del principio di finanziamento della *qualità nella prestazione sanitaria*:

- (i) qualità misurata con criteri oggettivi;
- (ii) qualità percepita dai pazienti;
- (iii) qualità percepita dagli operatori sanitari a tutti i livelli.

E con questo si arriva al cuore del Convegno che La porta di vetro ha organizzato per riflettere sulla sanità in Piemonte e sullo iato tra la sua alta qualità, riconosciuta da chi se ne serve, e quanto di negativo è genericamente percepito dalla popolazione, anche sulla base di informazioni non costruttive.

Fra tagli e ripresa: chiaroscuri della Sanità piemontese

di **Maurizio Jacopo Lami**

La sanità in Piemonte è anche sul versante economico un tipico esempio di sforzo di razionamento in tempi difficili, tempi in cui si deve da una parte affrontare i profondi cambiamenti della società, e dall'altra la crisi finanziaria.

Si è passati cioè dalla fiduciosa (troppo fiduciosa...) speranza di poter dislocare sul territorio una struttura sanitaria diffusa alle attuali drastiche riduzioni che stanno mutando il panorama regionale. Ma da un punto di vista tecnico qual è la situazione della nostra Regione?

La situazione dei conti è così presentata dal vicepresidente e assessore al Bilancio, Aldo Reschigna: "Sulla base dell'ultima legge di bilancio, la Regione Piemonte deve conseguire un avanzo di 155 milioni e tagliare le sue risorse di circa 45 milioni, che potrebbero scendere a 34 per le ultime trattative in corso. Sono ricadute pesanti, cui si somma una ulteriore anomalia che riguarda solo il Piemonte, unica Regione per cui la restituzione delle quote capitali sulle anticipazioni del dl 35 entrano negli equilibri di bilancio perché considerate un contributo.

Questo porterebbe l'avanzo che dobbiamo realizzare a ben 279 milioni, una cifra enorme per noi. Il presidente Chiamparino è impegnato ancora in questi giorni (si riferisce all'aprile del 2017, ndr) perché la situazione del Piemonte sia equiparata a quella delle altre regioni, attraverso una norma nella nuova legge sugli enti locali. In una condizione oltremodo difficile e faticosa - ha rivendicato invece Reschigna - siamo riusciti a rafforzare gli investimenti mantenendo inalterate le capacità di spesa sulle politiche fondamentali come il diritto allo studio e il sociale, ovvero ciò che fa crescere il Piemonte e lo protegge. Questo avviene senza aumentare l'imposizione fiscale e rimettendo in moto quanto occorre per sostenere la ripresa economica".

Affrontare questo vuol però avere a che fare con le due più importanti ricadute economiche cioè i problemi finanziari principali: le quote annuali per

il pagamento dei due disavanzi (quello finanziario e quello della revisione straordinaria dei residui attivi e passivi) e quelle per la copertura del debito: “Nel 2018 la somma delle due quote è di 683 milioni, tutte risorse distolte dalle politiche regionali. Sono impegni che peseranno fortemente in questa e nella prossima legislatura. Ciò nonostante in questi anni abbiamo provveduto a ridurre le spese regionali e a coprire 115 milioni di debiti fuori bilancio, 138 milioni di passività pregresse, 1 miliardo di residui perenti, 487 milioni di fondi impegnati e poi cancellati nel bilancio, e ad accantonare 110 milioni per contenziosi con le Province e il Mauriziano. Il tutto senza danneggiare il sistema economico. Non siamo degli amanti del rigore, ma la certezza dei conti di bilancio è la migliore garanzia che l’istituzione Regione possa essere utile alla comunità piemontese e non un problema”.

Così dopo un lungo periodo in cui la gestione delle Asl in Piemonte è stata perlomeno discutibile (e per essere chiari nessuna formazione di destra, centro o sinistra può dire di essere estranea agli errori) la sanità della regione subalpina cerca di trovare un nuovo equilibrio E ciò a prezzo di duri sacrifici e scelte non sempre condivisibili o fortemente contestate dalla popolazione e, sotto traccia, all’interno della stessa maggioranza di centro sinistra che sostiene la giunta Chiamparino. Un esempio che si impone è la chiusura di numerosi ospedali. Un esempio in tal senso che surriscalda la discussione è il caso dell’ospedale Oftalmico di Torino. Il trasferimento al San Giovanni Bosco, giustificato da una necessità di razionalizzazione, non convince e sembra ispirato più a linee guida di un progetto calato dall’alto, sordo a qualunque obiezione.

Scelte dolorose in un quadro di coerenza

Ma sarebbe ingeneroso dimenticare che soltanto nel 2014 la contabilità trasmetteva una sensazione decisamente più fosca. In quell’anno, infatti, la Corte dei Conti aveva bocciato il bilancio della Regione Piemonte, in cui i conti della sanità rappresentano l’80 per cento. Lo scarto tra il passivo dichiarato e quello reale aveva spinto la magistratura amministrativa a prendere un provvedimento infrequente: girare alla Consulta, per sospetti profili di “incostituzionalità”, due provvedimenti del 2013 con cui la Regione (governata all’epoca da una giunta di centro destra con a capo Roberto Cota, aveva stabilito di contabilizzare i fondi ricevuti dallo Stato grazie al decreto “salva imprese”. Utilizzando quella norma la Regione aveva ottenuto dallo Stato due miliardi e mezzo di euro, trasformati alla voce “mutui”.

“Un giudizio severo ma giusto”, aveva commentato con onestà il presidente Chiamparino. D’altronde il duro verdetto della Corte, arrivato durante

l’udienza di ‘parificazione’ del rendiconto, non lo riguardava direttamente, ne era estraneo, ma la sua reazione fu di estrema e rara responsabilità nel mondo della politica: “Non ho nessuna intenzione di cimentarmi in quello sport nazionale che è far ricadere le responsabilità sugli altri”. Quindi aveva esposto il suo programma di massima annunciando che la giunta avrebbe subito affrontato la questione (“nello spazio di pochi giorni”) e quindi prospettato al consiglio regionale “un piano di radicale riorganizzazione della spesa, di riordino della situazione finanziaria”. Tagli, per essere chiari, che avrebbero pesato, influito sulla sanità, l’autentico “buco nero” del bilancio. Il tutto, aveva sottolineato nella stessa occasione, “evitando ricadute fiscali su un territorio in difficoltà”. L’idea era di incorporare numerose realtà sparpagliate sul territorio e di chiudere più di un centro sanitario, sullo sfondo di una Regione, dove addirittura il bilancio delle Asl presentava numerose incognite.

Naturalmente le reazioni politiche non si erano fatte attendere: in particolare il Movimento5Stelle piemontese aveva parlato di “bagno di sangue” e definito “una catastrofe” il giudizio della Corte dei Conti sul bilancio regionale. I consiglieri regionali grillini Davide Bono e Giorgio Bertola avevano sottolineato “la situazione drammatica di un bilancio regionale costantemente in profondo rosso” dicendosi “sbalorditi dall’enormità del disavanzo rilevato dai Giudici della sezione di controllo”. A loro Chiamparino aveva sostanzialmente ribadito che non ci sarebbe stato nessun “bagno di sangue” e promesso di non aumentare le tasse regionali.

Un nodo da sciogliere: il destino dell’Oftalmico di Torino

Nel passato dunque la verità, forse non tutta, dell’origine dei tagli che stanno rendendo un continuo esercizio di equilibrismo la gestione della Sanità. Uno dei problemi più evidenti è però il frutto di un’abitudine inveterata, umanamente comprensibile, a guardare il proprio campanile, in questo caso il proprio ospedale. Nessuno vi vuole rinunciare. E quando si diffonde l’ipotesi, il sospetto di una chiusura, nel territorio, soprattutto nelle zone poco abitate, le reazioni si fanno durissime. Ma per l’Oftalmico, lo spartito è davvero diverso: elevato bacino d’utenza, interventi di elevata qualità, una posizione urbanistica in città perfetta. Eppure, sostiene a viva voce il Comitato pro Oftalmico nato negli ultimi anni, se ne stabilisce la chiusura in nome della “razionalizzazione”. Che però allunga i tempi di attesa, come ha sottolineato Marco Bongi, presidente dell’Associazione pro retinici e ipovedenti, riprendendo la protesta recente contro la ventilata soppressione del reparto di Oftalmologia al San Luigi di Orbassano. Non è possibile che prima si dica che è necessario portare l’oculistica negli ospedali generalisti

e poi si chiuda un reparto del genere in una struttura che serve un bacino di centinaia di migliaia di persone, è l'opinione di molti.

E all'Oftalmico per un intervento alla cataratta ci sono tempi di attesa che vanno da 8 a 14 mesi. La posizione dell'assessorato alla Sanità è improntata - e non potrebbe essere diversamente - alla razionalità: è innegabile che sul breve periodo la chiusura di centri e ospedali comporta profondi disagi, ma una volta "riavviato il motore" i vantaggi dovrebbero superare le difficoltà.

Ovviamente di parere opposto l'opposizione in Regione, da Forza Italia al Movimento Cinquestelle, si mostra unanimemente preoccupata di perdere un'eccellenza piemontese. Un timore condiviso dai medici che sollevano anche il rischio di perdere il contatto coi pazienti, avallando "la disumanizzazione di un sistema già sottoposto a pesanti sollecitazioni e in fase in cui la crisi si fa sentire proprio a spese dei malati e delle cure. Si legge sul sito "Salviamo l'Oftalmico": "L'Ospedale rappresenta, da sempre, per i torinesi e non solo, il punto di riferimento per qualsiasi problema legato agli occhi e alla vista. Chiunque sa dove trovarlo e come raggiungerlo. Le sue porte sono sempre aperte tutto l'anno, giorno e notte, feriali e festivi. È sempre stato ed è a tutt'oggi una garanzia di servizio pubblico efficiente".

Seguono altre ragioni, tra cui quella che nelle grandi città europee e americane, l'esistenza e l'utilità di un grande ospedale monospécialistico oculistico non è mai stata messa in discussione. E non ultima, è l'opinione dominante tra gli specialisti, l'Oftalmico trova la sua ragione d'essere nei numeri: dei pazienti, delle patologie oculistiche afferenti, dell'alta densità di popolazione assistita, oltre 2 milioni di abitanti della città metropolitana di Torino, del personale medico, infermieristico e tecnico altamente specializzato, che fronteggia più di 50.000 passaggi di Pronto soccorso. Cifre su cui riflettere senza pregiudizio.

La Regione ha dato di recente una prima risposta. L'Oftalmico diventerà un polo territoriale in cui saranno mantenute attività quali la chirurgia ambulatoriale (cura della cataratta) e il percorso per gli ipovedenti (maculopatia e ortottica) e, in via sperimentale, sarà costituito un ambulatorio diurno ad accesso libero per pazienti con problemi non direttamente riconducibili all'emergenza-urgenza. Inoltre, entro la metà di dicembre con l'apertura del nuovo Pronto soccorso oftalmico in via Cherasco, all'interno dell'Azienda ospedaliera universitaria della Città della Salute, partirà il potenziamento dell'assistenza specialistica che si avvarrà per l'attività oculistica complessa sia dell'ospedale San Giovanni Bosco, sia della Città della Salute. Ora non potrà che essere il futuro a darci le risposte che la collettività si attende.

Welfare per la salute: il Paese esige una riflessione

di Gian Paolo Zanetta

In occasione di un convegno organizzato in questi giorni dalla fondazione Ferrero di Alba il Presidente dell'istituto superiore di sanità Walter Ricciardi, per descrivere lo scenario futuro della sanità italiana, ha evocato uno scenario da tempesta perfetta determinato da quattro onde che si stanno scatenando sull'Italia, l'invecchiamento della popolazione, elemento di per sé positivo, i costi crescenti del sistema sanitario, la carenza di medici, la crisi economica generale, da cui stiamo faticosamente uscendo.

Ricetta: più prevenzione, maggiore responsabilizzazione dei cittadini, riorganizzazione del sistema sanitario, con maggior attenzione ai rapporti tra ospedali, territorio e domiciliarità.

L'importanza dell'intervento sta non solo nelle proposte che, soprattutto per quanto riguarda la responsabilizzazione dei cittadini, assume il significato di una riscrittura fondamentale ed un ribaltamento del rapporto diritti/doveri, ma in modo particolare nel fatto che si ritorni a parlare di welfare in una stagione politica che sembra affascinata da altri temi, alleanze, sistema elettorale, leadership. Ed i bisogni dei cittadini, attuali e futuri?

La riflessione del prof. Ricciardi offre molti spunti di riflessione, ma in questa sede voglio soffermarmi su due aspetti:

- 1) il cambiamento demografico in atto
- 2) l'evoluzione/innovazione del settore.

Il processo di allungamento della vita nella popolazione italiana è ripreso nel 2016. Tutto questo se unito con un mutamento sul fronte della denatalità, produce un impatto progressivamente significativo sul welfare, sanità e pensioni. La percentuale di persone over 65 era il 15 per cento nel 1991, oggi è il 22,3 per cento, i grandi vecchi sono oggi l'1,2 per cento, erano lo 0,4 nel 1991. Questo vorrà dire un cambiamento ed una diversa articolazione della domanda sanitaria che impatterà sui sistemi regionali e nazionali, probabil-

mente accentuando gli esistenti divari fra regioni in termini di equità e di accessibilità alle cure, per cui l'attenzione focalizzata sugli ospedali per acuti e sulle eccellenze sanitarie dovranno trovare un equilibrio finanziario ed organizzativo sul versante della cronicità e della assistenza alla disabilità.

Saranno competitive le aree che avranno saputo investire in tecnologie ed innovazione. Il paziente va dove ritiene di essere curato bene ed al meglio.

D'altra parte la riorganizzazione ed accorpamento di aziende ed ospedali sta portando alla creazione di una gerarchia di rete sanitaria. Potrà evitare squilibri e crescita insostenibile di costi solo una forte rete territoriale, nella quale però il cittadino impari ad "usare" correttamente i servizi sociali e sanitari e comprenda che il proprio comportamento, egoisticamente disordinato e poco rispettoso del buon utilizzo delle risorse pubbliche, rappresenta la vera sfida.

Solo così avremo disponibilità per investimenti ed analogamente solo attraverso un moderno rapporto con il settore privato, in termini di collaborazione, di capacità competitiva, di celerità nelle procedure, nella modernità e trasparenza dei processi amministrativi, nella capacità di innovare organizzazioni obsolete.

Ammontano a 10,5 mld i tagli alle risorse per la sanità certificati dalla Corte dei Conti dal 2015 al 2018 e il sistema ha comunque tenuto. Ma riuscirà a farlo nel futuro?

La preoccupazione nasce anche dal silenzio della politica nazionale sul tema del welfare, quasi dando per scontato che il sistema possa continuare a reggere con la razionalizzazione delle risorse esistenti e dimenticando che la sanità, sistema avanzato basato sempre più sulle tecnologie, o innova o invecchia e quindi diventa inadeguato. Allora più attenzione al welfare anche come risorsa per l'occupazione e volano economico può essere elemento di rilancio e di sviluppo del paese.

Alcuni recenti fatti politici, in primis la spinta indipendentista della Catalogna, più in piccolo i referendum di Lombardia e Veneto, dimostrano come il confronto politico del futuro potrebbe non più riguardare la competitività tra Stati, ma la spinta autonomistica delle aree europee forti, dove il benessere, il welfare equilibrato e competitivo può giocare un ruolo fondamentale: il rischio di questo scenario, se non governato, può essere la messa in discussione dell'equità complessiva del sistema paese.

Allora, parliamo più di sanità, meno di coalizioni, di bisogni e benessere dei cittadini, meno di percentuali di voto, più di coesione sociale e di rapporti tra generazioni, meno di rottamazione. Forse così l'utente sanitario sarà più consapevole dell'importanza della risposta a propri bisogni e più responsabile nell'utilizzo dei servizi pubblici, comprendendo l'eventuale proprio egoismo può danneggiare le generazioni a venire.

Il Pronto Soccorso, problemi e prospettive *Intervista a Franco Riccardini*

di **Dario Pagano**

"Halloween, notte di folli festeggiamenti, tre giovani finiscono al pronto soccorso per l'alcol". "Auto esce di strada, una donna in gravi condizioni al pronto soccorso". "Incidente sul lavoro: 56enne elitrasmportato al pronto soccorso. Le sue condizioni di salute classificate con un codice giallo, di media gravità, per un trauma da schiacciamento".

Per i giornali, il pronto soccorso è il fornitore di notizie di cronaca per eccellenza. Alcune di queste ci strappano persino un sorriso: "Cuneo, cane morde una passante, denunciato proprietario. La donna, portata al pronto soccorso, è stata giudicata guaribile in pochi giorni". Di rado ci lasciano indifferenti: "Incidente stradale in tangenziale: sbalzato fuori dall'auto finisce nella corsia di sorpasso. Un'ambulanza ha provveduto a stabilizzare il ferito e a trasportarlo presso il pronto soccorso, dove è stato ricoverato in prognosi riservata". Alcune riescono perfino a stupirci e a indignarci: "Taranto, calci e pugni all'autista del 118 durante un soccorso per un incidente stradale.

Ad aggredire l'operatore i familiari di una tredicenne che pretendevano l'immediato trasporto della ragazza ferita in ospedale". Altre, infine, danno il via a lunghe e dolorose polemiche: "Morta in attesa dell'ambulanza.

Fu dimessa dal pronto soccorso".

In tutte queste eterogenee notizie c'è un identico punto di partenza, ossia la consapevolezza che i reparti di pronto soccorso rappresentino uno dei cardini della sanità pubblica in Italia, il primo servizio verso cui si indirizzano le persone che pensano di avere urgenti problemi di salute. Negli ultimi decenni si è registrato in Italia un costante aumento degli accessi nei Pronto soccorso ospedalieri: secondo l'Istat, nel corso del 2010 sono stati circa 22 milioni 403 mila e di questi circa il 15% si è trasformato in un ricovero ospedaliero; nel 2013 - dati Anaa - sono saliti a circa 24 milioni, con 240 mila codici rossi (1%), 4,3 milioni gialli (18%), quasi 16 milioni codici verdi (66%) e 3,6 milioni i bianchi (15%).

Franco Riccardini, medico chirurgo, specializzato in Medicina Interna e Cardiologia, dal 1989 è dipendente dall’Azienda Sanitaria Città della Salute e della Scienza di Torino presso la Struttura Complessa di Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso: è il responsabile *Front Line* del Pronto Soccorso. A lui chiediamo di spiegarci che cosa è e, soprattutto, come dovrebbe essere organizzata una efficiente struttura di questo tipo.

Dottor Riccardini, qual è stato il processo di evoluzione del pronto soccorso?

“Negli ultimi venti anni, l’attività clinico assistenziale in pronto soccorso è passata da un modello gestionale “Admit to Work” (ricoverare rapidamente per poi effettuare diagnosi in reparto) a uno organizzativo “Work to Admit” (effettuare la diagnosi più completa possibile in pronto soccorso per poi ricoverare, se necessario, nel reparto più appropriato). L’implementazione di tale modello a livello nazionale ha avuto larga diffusione, facendone emergere i notevoli vantaggi dal punto di vista economico, soprattutto dopo la forte riduzione dei posti letto di degenza ordinaria degli ultimi anni. Questo fenomeno ha prodotto, all’interno dei Pronto soccorso, un aumento esponenziale delle attività clinico assistenziali decentralizzate nelle Unità di Osservazione Breve Intensiva (O.B.I.), dove vengono inviati casi con malattie che non hanno bisogno di ricovero immediato, bensì di terapia con osservazione per alcune ore e/o di un accertamento diagnostico”.

Il termine triage è entrato ormai a far parte del nostro lessico e non solo per gli addetti ai lavori. Perché è così centrale?

“Una delle peculiarità del processo clinico assistenziale dei pronto soccorso è proprio la fase del triage, ossia il momento in cui vengono definite le modalità di accoglienza, approccio e valutazione delle persone che vi si presentano. Il triage si identifica in un processo adatto a garantire l’omogeneità delle azioni assistenziali tramite la corretta allocazione delle risorse partendo da una valutazione della condizione clinico-assistenziale dei pazienti e del loro rischio evolutivo. L’esito di tale processo viene espresso con il riconoscimento di una priorità di trattamento che viene indicata attraverso l’attribuzione di una scala di codici colore (in ordine crescente: bianco, verde, giallo e rosso)”.

Come possiamo riassumere gli scopi di questa attività di scelta della priorità degli interventi in base alla gravità dei pazienti?

“I principali obiettivi del triage sono essenzialmente quelli di eseguire una rapida valutazione del bisogno di tutte le persone che si presentano al pronto soccorso; individuare rapidamente le priorità clinico assistenziali in base allo

stato di salute del paziente; garantire la corretta allocazione delle risorse in modo tale da favorire individualizzazione e umanizzazione dell’assistenza. La difficoltà nella selezione dei malati e delle malattie è aumentata negli anni simmetricamente con l’aumento dell’indice di vecchiaia e della comorbidità – ossia la presenza concomitante di più patologie diverse in uno stesso individuo - del grande anziano e la crescita dei tempi di degenza medi in pronto soccorso”.

Il Pronto soccorso è sinonimo di prima linea d’intervento sanitario, diffuso capillarmente pressoché ovunque.

“In Italia ne sono attivi 844, in cui lavorano 12 mila medici e 25 mila infermieri. Ogni anno gli accessi sono circa 24 milioni, ossia due milioni al mese, 67 mila al giorno, 2.800 all’ora, 45 al minuto, quasi uno ogni secondo. Nel 2016, nel Pronto soccorso generalista della Città della Salute e della Scienza di Torino, presidio Molinette, sono transitati 68 mila utenti, di cui 2,5% codici rossi, 33% gialli, 57% verdi e 7,5% codici bianchi”.

Schematizzando, che cosa cercano i cittadini in un pronto soccorso? Quali sono le principali patologie che presentano?

“Su tutti i pazienti totali, il 20% ha un problema sociale prevalente, ossia povertà, fragilità, maltrattamenti, solitudine, abbandono. Il fenomeno del disagio sociale, da sempre ben noto al pronto soccorso, non ha mai avuto un impatto così rilevante sulle strutture di emergenza ospedaliera come oggi. La problematica clinica più frequente (un terzo dei casi totali) è il trauma, categoria in cui rientrano ferite, ustioni, fratture, distorsioni, lesioni agli organi interni da incidenti stradali, sul lavoro, domestici, sportivi, aggressioni. Seguono le malattie tempo dipendenti, ossia quelle sindromi neurologiche acute (ictus cerebri), cardiologiche (infarto miocardico acuto) e infettive (shock settico) dove un precoce intervento terapeutico (in genere entro le prime quattro ore dall’esordio) riduce in modo significativo la mortalità e la morbilità (*in statistica, il numero dei casi di malattia registrati durante un periodo dato in rapporto al numero complessivo delle persone prese in esame, NdR*)”.

Perché si parla con frequenza di sovraffollamento?

“L’alta prevalenza di casi sociali oltre che sanitari è una delle cause del sempre più frequente sovraffollamento dei dipartimenti di emergenza ospedalieri, così come la presenza di un gran numero di codici con bassa priorità sanitaria (bianchi e verdi). Questi spesso celano casi di emergenza sociale e quindi presentano un bisogno importante a cui dare risposta, anche se non strettamente sanitario. Il sovraffollamento è dovuto anche al *boarding*, ossia

al tempo intercorso tra la decisione clinica del ricovero verso i reparti dell'ospedale, in costante *overbooking* per l'occupazione dei letti a disposizione legata alla difficoltà nella dimissione dei pazienti (scarsità di risorse sul territorio per post acuzie), e l'effettivo ricovero”.

Che cosa si può fare per cercare di risolvere o almeno ridurre il problema?

“Per tentare di risolvere il problema del sovraffollamento e dare una risposta ai crescenti bisogni sociali oltre che sanitari della popolazione è necessario cambiare l'organizzazione dei percorsi di cura fra territorio, pronto soccorso e altri reparti dell'ospedale. Innanzitutto, è essenziale creare una rete di servizi sul territorio che sia in grado di offrire alternative al ricorso all'ospedale per i casi meno gravi: enti e associazioni che, in stretta collaborazione con il pronto soccorso, prendano in carico i casi già visitati e seguiti in quella struttura. Si potrebbe così evitare il ricovero in ospedale utilizzando una dimissione “protetta”, un percorso che garantisce una continuità delle cure al di fuori dell'ospedale tramite una strategia globale per standardizzare gli interventi e renderne più efficiente l'organizzazione. Nello stesso momento, all'interno dell'ospedale risulta vincente l'organizzazione dell'emergenza in due aree e attività distinte e complementari: pronto soccorso e osservazione breve intensiva. Il pronto soccorso per l'accoglienza e per la prima visita; l'osservazione breve-intensiva, con letti e personale dedicato per una degenza breve, fino a 24-30 ore, che consenta di dimettere i pazienti in sicurezza dopo una prima fase di cura oppure di avviare percorsi di assistenza per pazienti fragili o con problematiche sociali. In questo contesto, la nostra Azienda ha anche attivato la figura del *Bed Manager* che coordina l'attività della gestione dei posti letto, soprattutto nelle situazioni più critiche. Il futuro dei nostri pronto soccorso sarà in definitiva nell'organizzazione per aree a diversa intensità di cura e non più per aree nosologiche di specialità. Una soluzione che può dare una risposta adeguata a molti problemi del nostro sistema sanitario e soprattutto ai bisogni sanitari e sociali dei cittadini”.

Quanto è importante una corretta educazione dei cittadini a un uso “corretto” di un Pronto soccorso?

“A quanto ho appena detto si aggiunge in effetti il grave problema culturale degli accessi impropri, di casi a bassa complessità che dovrebbero rivolgersi alle cure territoriali. Un fenomeno che si può risolvere prevalentemente con la diffusione di una migliore educazione fra la popolazione a un corretto uso dei servizi sanitari. Queste variabili generanti il sovraffollamento sono spesso fonte di aggressioni fisiche e verbali, da parte di familiari o di pazienti, nei

confronti del personale sanitario e aumentano il rischio di errore nelle pratiche clinico-assistenziali. L'*overcrowding* non deve essere visto come tempo di attesa, ma come diretta conseguenza del cresciuto tempo di attesa. Il tempo di attesa (per esempio, il tempo trascorso in barella), aumentando giorno dopo giorno, crea un sovraffollamento che assorbe risorse e non consente più di prendere in carico in tempi accettabili i nuovi casi che si presentano e, allo stesso tempo, aumenta il rischio di errore all'interno delle attività lavorative. Negli ultimi anni, l'*overcrowding* è diventato un fenomeno noto e strutturato in tutti i Pronto soccorso nazionali. Basti pensare che, secondo una ricerca nazionale pubblicata nel 2016 dalla Fondazione Gimbe, in Italia nessuno dei Pronto soccorso oggetto di analisi rispettava gli standard internazionali medi di degenza identificati come intervallo di tempo che va da quattro a un massimo di sei ore di degenza”.

Quale prospettive dunque per la struttura in Italia?

“A mio avviso il loro futuro nei processi lavorativi, affinché si garantisca un adeguato standard di performance sanitaria in termini di efficacia ed efficienza all'utenza, non può prescindere da un lavoro sinergico con il territorio, da un'adeguata e capillare campagna di educazione sull'utilizzo e finalità del servizio, da una modulazione dell'organizzazione di lavoro per intensità e complessità di cura e non più per area specialistica. In conclusione, il Pronto soccorso non è la risposta a tutto, soprattutto in relazione a problematiche socio assistenziali. Anzi, la permanenza in una struttura di pronto soccorso può solo aggravare o sviluppare la sindrome da delirio. Molte volte è difficile farlo capire e alcune volte non c'è nessuno a cui farlo capire.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità un anno fa dichiarava che la prossima epidemia non sarà rappresentata da una nuova forma di Ebola, ma da come sarà gestita la vecchiaia in tutte le sue forme. Il Pronto soccorso è fin d'ora la miglior prova concreta di come si stia medicalizzando questo problema”.

*No vax, sì vax: uno scontro pericoloso
Dialogo con Vittorio Demicheli*

di Michele Ruggiero

“L’aspetto più contraddittorio delle reazioni nel nostro Paese è emerso mesi fa: nello spazio di poco tempo, quando sono diventati pubblici alcuni casi di meningite, si è registrata un’autentica corsa al vaccino. Dall’altra parte, si sosteneva una campagna avversa alle vaccinazioni promossa da più associazioni, recalcitranti all’idea che i bambini dovessero essere vaccinati in forma indiscriminata, senza alcuna priorità, filtro e selettività”. Prende corpo da questa asserzione il dialogo con Vittorio Demicheli, già vicedirettore della sanità piemontese, epidemiologo di fama nazionale, autore di libri e soprattutto noto per la sua indipendenza di giudizio.

Affascina e colpisce il paradosso citato da Demicheli, ma è altrettanto fondamentale per comprendere le contraddizioni in cui si dibatte la società italiana, ostaggio di luoghi comuni, ma anche capace di reazioni che nella loro apparente incomprendibilità, evidenziano limiti culturali sul piano della salute pubblica. I genitori che contestano le vaccinazioni generalizzate per i loro figli sono la proiezione di una società all’interno della quale i fili della comunicazione con l’autorità e le istituzioni si sono spezzati. E se questo si dà e si è dato come scontato per la politica, alle prese con una diffusa disaffezione e abbandono del voto, molto più carsica e sotterranea si è rivelata, invece, la crisi del rapporto di fiducia tra cittadini e Stato sul piano della salute, cui le istituzioni dedicano una parte rilevante delle loro risorse. La campagna no-vax non deve farci cadere nell’errore di prendere una parte per il tutto, rimane tuttavia netta la sensazione che la riserva sui vaccini sia la punta di un iceberg di una società che si ribella non più su basi ideologiche, ma su pregiudizi contro il Potere, in cui i fermenti emotivi sono un potente detonatore per silenziare la razionalità e, in più casi, il buon senso.

La meningite, osserva Demicheli, è il perfetto paradigma di paure ancestrali che si coniugano all’irrazionalità.

La letteratura medica sulla malattia, almeno per gli ultimi trent'anni in Italia, ha escluso che vi sono stati casi di contagio da uomo a uomo. “La meningite aggredisce soggetti deboli organicamente. Eppure il suo nome evoca il fantasma di un nemico crudele che deturpa il corpo con mutilazioni e attraverso la demenza. All'opposto del morbillo che già nel suono sembra corrispondere a un diminutivo – morbillo, figlio minore di un morbo - con cui si può familiarizzare senza rischio apparente, sbagliando”.

Regressione culturale? Probabile, se non certo. Ma se è indispensabile partire da questo giudizio per spiegare gli atteggiamenti, i comportamenti e le risposte di una parte del Paese, lo stesso giudizio va sospeso se non si affrontano i nodi spinosi della perdita di fiducia cui ci si è richiamati sopra.

E la perdita di fiducia dei cittadini precipita nel rapporto, secondo Demicheli, con tre dimensioni interdipendenti e in stretta interazione tra di loro:

1) la scienza; 2) l'autorità; 3) il senso di solidarietà sociale come strumento di consenso della politica.

“Se applicata ai vaccini, la sfiducia nella scienza non è stupefacente, né eclatante. Nella storia la prima vaccinazione di massa avviene negli anni Novanta del Settecento per debellare il vaiolo che aveva falciato centinaia di migliaia di persone in Europa in quello stesso secolo. Pochi anni dopo, nonostante morti e menomazioni a causa del vaiolo, nel 1802 compare la prima vignetta satirica contro la vaccinazione raffiguranti mucche “partorite” da braccia umane...”

Parliamo di una malattia, oggi eradicata, che nei secoli, compreso il Novecento, ha mietuto milioni di vittime. Ma l'idea che ci fosse soltanto una violazione d'integrità generava sospetti. Rimaneva un'ombra e non solo nel senso letterale del termine su quella piccola lesione che agiva a tutela e a protezione di una persona sana. Una riserva che ha avuto, ricorda Demicheli, una sua continuità storica, sopravvissuta nel tempo. Negli ultimi decenni, più di un episodio hanno contribuito a far vacillare la fiducia nella scienza.

“Io non ho letture particolari sull'analisi dei dubbi che si avanzano sulla scienza, è materia filosofica, se vogliamo. Mi limito a constatare che gli scienziati hanno fatto germinare un'epoca storica lunga l'idea di onnipotenza, e non ha torto. Si pensi alla penicillina e alle cure antibiotiche dell'immediato secondo dopoguerra, la ricerca per contrastare efficacemente il cancro che oggi con una sana prevenzione fa molto meno paura”.

Una corsa al diritto alla salute tutta in discesa per l'umanità, con accenti superiori per quella parte del pianeta ricca e opulente. Luoghi da cui si è poi smarrito il senso del limite a favore dell'idea di onnipotenza e di poter sconfiggere qualunque malattia. Così quando la scienza fallisce, i giudizi diventano perentori e negativi. Ma per i vaccini la scienza non si è infilata in loup. Anzi, le risposte sono state tutte positive e generose per la cura dell'uomo.

Il distacco dalla scienza o la critica verso di essa si spiegano, però, prosegue Demicheli, con il secondo elemento: il rapporto con l'autorità, con il potere. “La credibilità delle istituzioni in questa epoca storica di massimo consumismo ed edonismo, è stata più volte picconata. Le istituzioni politiche sono state le più colpite ed anche le più esposte nel rapporto con la scienza e i cittadini. Le loro decisioni ambivalenti, derivate spesso dalla necessità di mantenere e speculare sul consenso immediato unito al timore dell'impopolarità, si sono rivelate un combinato disposto che ha scalfito ripetutamente la fiducia dei cittadini. Abbiamo episodi di un recente passato e di uno remoto, dal caso stamina di Davide Vannoni alla cura anticancro del dottor Luigi Di Bella, che fu bocciata definitivamente nel 2005 dal Consiglio Superiore della Sanità che dimostrò non soltanto l'inefficacia della multiterapia, ma la sua nocività nel negare l'accesso a farmaci di dimostrata efficacia.

“Eppure sia Vannoni, sia Di Bella, hanno trovato udienza e ospitalità presso le istituzioni politiche e mediche, e la stessa magistratura che ne imponeva alle Asl le cure. Per contrasto, questo non avviene per i vaccini, come nel caso dell'anti morbillo, a quali la comunità professionale medica trent'anni fa riserva una fredda accoglienza, una sorta di presa di distanza. Atteggiamento che in qualche misura ebbe anche riflessi sul legislatore se questi diede corso alla vaccinazione, ma con la sola raccomandazione. Sostanzialmente fu una mediazione per conciliare opposti interessi, ma che nell'immaginario collettivo genitoriale promosse e promuove ancora oggi la proiezione che si tratti di un vaccino secondario, facoltativo, meno importante rispetto ad un passato contrassegnato da obbligatorietà”.

Sulla raccomandazione del legislatore si è innestata poi la spirale della bufala che ha imperversato sui social, secondo cui il vaccino anti morbillo provoca l'autismo. Ma la vera pietra miliare della diffidenza verso i vaccini è stata la pandemia influenzale. In quel contesto, siamo nel 2009, le istituzioni hanno adottato provvedimenti non limpidi.

L'Organizzazione mondiale della sanità, racconta Demicheli, in prima battuta cambia la definizione di pandemia. Non è un cambiamento irrilevante, perché si afferma che non è necessario che l'influenza sia grave e uccida, è sufficiente che sia estesa al pianeta. Di conseguenza si dichiara la pandemia e si acquisteranno milioni di dosi che nessuno utilizzerà mai dinanzi alla diffusione leggera e modesta dell'influenza. Eppure la letalità di quella malattia la sia misurava giorno per giorno e non si era distante anni luce dai tempi della famosa Spagnola che falciò milioni di individui nel primo dopoguerra. Successivamente si scoprirà che sette esperti su 15 collaboravano attivamente con multinazionali del settore sanitario e farmaceutico: uno sfacciato conflitto di interesse.

Terzo elemento che ha concorso a minare la fiducia dell'opinione pubblica,

a ridosso della finta pandemia, è l'abbassamento del tasso di solidarietà sociale nel nostro Paese, cioè dell'attenzione posta verso la salute degli altri, che ha puntellato il nostro sistema di vaccinazioni dagli anni Sessanta almeno fino agli anni Novanta del Novecento. Non a caso in Piemonte, una regione che non ha mai mostrato sacche conclamate di rifiuto ai vaccini, la tendenza a rifiutare le vaccinazioni comincia proprio dal 2010, l'anno successivo alla manipolazione attraverso i media e al business su scala mondiale. Del resto, se vogliamo riprendere categorie mentali abbandonate, la contrattazione sui vaccini pandemici fu coperta dalla secretazione, lo strumento principe per alimentare qualunque psicosi di complottismo. Fu un grave errore delle autorità di tutti i paesi d'Europa che seguiva peraltro precedenti accordi già molto discutibili.

“Morale: effetti collaterali anche minimi hanno finito per oscurare i reali benefici collettivi di contrasto alla malattia; in altri termini l'incerto ha prevalso sul certo tra la gente. E in questo, è il caso di dirlo, i vaccini sono vittime dei loro stessi successi. A questo quadro aggiungiamo altri tre fattori che hanno accelerato un generico, ma pervasivo processo di sfiducia: 1) anche un vaccino con pochissimi difetti non è esente da diffidenze; 2) qualunque forma di occultamento produce sempre effetti boomerang devastanti sul giudizio dell'opinione pubblica; 3) il vantaggio concesso alle grandi multinazionali di pubblicare solo ricerche a loro favorevoli non ha certo creato all'esterno un clima di grande aspettativa”.

Ed è proprio in questo clima, che in alcune aree del Paese si è ampliata la forbice tra *no vax* e *sì vax* con la diminuzione della copertura vaccinale. Sono cresciute sacche di rifiuto strutturato, in particolare nella provincia autonoma di Bolzano e nel Riminese, in Romagna, dove il ciclo primario non supera oggi l'85 per cento, segno di un fenomeno di profonda diffidenza. Il Piemonte, che aveva una percentuale del 97 per cento - la soglia di sicurezza è al 95 per cento - ha fatto registrare un leggero calo.

“In questi casi, l'Organizzazione mondiale della Sanità auspica, quando cresce la diffidenza, lo studio e la ricerca delle cause scatenanti e l'adozione di strategie conseguenti. Da noi è accaduto l'inverso: le regioni hanno fatto scattare l'intolleranza, amplificando il giudizio di sdegno morale su quanti non vaccinano i propri figli. Di qui, il proposito di far intervenire le autorità e l'intero apparato repressivo con il paradosso che la crisi investe sia le madri *no vax*, sia chi crede di risolvere i problemi con l'autoritarismo. Una filosofia opposta a quella suggerita appunto dall'Oms, restia ad applicare manovre coercitive. Nella primavera del 2017, invece, in concomitanza di alcuni casi di meningite, Toscana e Emilia Romagna si sono fatte paladine nel promuovere la legge dell'obbligatorietà dei vaccini. Una scorciatoia che ha ulteriormente indebolito l'elemento di solidarietà sociale”.

Non è casuale che Toscana e Emilia Romagna sono le regioni che esercitano la leadership della salute in Italia. Ad esse si è contrapposto il modello del Veneto che ha deciso di abolire l'obbligo con accenti volutamente enfatici per riaffermare il federalismo, l'autonomia dallo Stato. Ma non senza garantirsi - osserva Demicheli - standard altissimi di copertura. È il principio di una dialettica che ancora perdura tra chi insiste sull'autoritarismo e chi percorre la strada del dialogo. L'asse Tosco-Emiliano di certo ha imboccato la prima strada per riconquistare l'idea di solidarietà sociale, ma in parallelo vi si può scorgere anche il proposito di combattere l'arrembante contestazione del Movimento cinque stelle. Come si posiziona tra questi due estremi il Piemonte?

“La Regione Piemonte ha conservato il suo tradizionale stile sobrio, distinguendosi con scelte minime per essere convincenti. Dietro c'è la lezione di Mario Valpreda, ex direttore generale della Sanità ed ex assessore regionale, che fin dagli anni Novanta aveva costruito le direttrici di marcia dell'intervento pubblico. Valpreda sosteneva che un'istituzione che dice aprioristicamente sempre *sì* ai vaccini perdeva di autorità. Prendiamo una questione delicata come la meningite. Si sono avuti tre casi per milione. Una percentuale minuscola che non ha giustificato il ciclo di vaccinazione, il cui costo è di 300 euro a bambino. Quel risparmio ha permesso altri investimenti e non si può parlare di scarsa sensibilità. Nella vicenda del vaccino anti morbillo, con l'assessore Antonio Saitta che ricopriva il ruolo di coordinatore delle Regioni, il Piemonte ha mantenuto un profilo di grande equilibrio; pur schierandosi con chi voleva la vaccinazione si è lavorato per evitare contrapposizioni frontali o guerre di religione. E, in ultimo, Saitta ha dato prova di saper interpretare la realtà politica, chiedendo che fosse il governo a pronunciarsi per interrompere un intollerabile balletto di indicazioni autonome slegate dal senso dello Stato”.

In Parlamento è entrata una legge dai toni intimidatori, che minacciava sanzioni severe e salate, per poi uscirne timida, che risolve il contenzioso con una multa di 150 euro se non vaccini tuo figlio. L'istituzione, se voleva mostrare i muscoli, ha sbagliato tempi e modi. La credibilità si conquista sul campo - osserva Demicheli - e deve spaziare dai vaccini agli interventi per una corretta alimentazione, alla lotta contro il tabacco, all'adozione di stili di vita salubri. Interventi che hanno un'efficacia altissima e costo relativamente poco. Ergersi a paladino contro le mamme *no vax* farà anche audience, ma rischia di diventare soltanto nutrimento per l'anticamera del sospetto e per il partito che vede complotti ovunque, se non si fa nulla in tutti quei settori dove primeggiano interessi commerciali che impattano negativamente sulla salute. Agli occhi dell'opinione pubblica, come nel caso della pandemia, è una scelta opaca che conferma indirettamente il condizionamento che potenti multinazionali esercitano in danno del supremo interesse collettivo.

E ancora meno limpida appare la scelta dei mancati controlli e dell'obbligatorietà del controllo.

“Quello che io e molti altri abbiamo consigliato nelle audizioni in Senato il consiglio è stato di conservare l'obbligatorietà dei vaccini come opzione e ricorrervi qualora sussistessero concreti pericoli. Nel caso del morbillo, dove in Italia non si hanno numeri significativi, un atteggiamento flessibile e motivato sarebbe stato più che appropriato, sebbene l'offerta andava resa più cogente almeno fino al trentesimo anno di età. Oggi i casi che si sono registrati viaggiano su quella fascia d'età, attorno ai 27 anni, persone nate appunto a cavallo tra gli anni Ottanta e Novanta, quando è cominciata la contestazione ai vaccini”.

Malattie croniche nell'anziano, una sfida di civiltà

di Fausto Fantò

L'invecchiamento della popolazione rappresenta l'evento più importante che sta caratterizzando i paesi occidentali, determinando una trasformazione senza precedenti della struttura demografica, con profonde influenze sulle dinamiche culturali, sociali, economiche e politiche.

L'allungamento della vita, che si è verificato soprattutto negli ultimi 70 anni, è un evento straordinario; basti pensare che all'inizio del secolo scorso, l'aspettativa di vita alla nascita era di poco superiore ai 40 anni e che oggi la vita media nei paesi ad alto reddito è superiore agli 80 anni.

In Italia, paese tra i più vecchi al mondo, la speranza di vita alla nascita è di poco superiore agli 80 anni nell'uomo e supera gli 85 anni nella donna.

L'allungamento della vita tenderà ad aumentare ancora nel prossimo futuro, e le previsioni più ottimistiche prevedono che l'uomo, alla fine del secolo, potrà avvicinarsi alla soglia dei 100 anni. Se in passato, gli studi demografici rappresentavano con una piramide la struttura della popolazione con, alla base, molti giovani e al vertice pochi anziani, oggi si tende a raggiungere la forma di parallelepipedo dove, il numero di giovani ed anziani si equivalgono.

L'allungamento della vita ha determinato un aumento della popolazione anziana in generale, ma percentualmente più alto è stato l'aumento della fascia di popolazione molto anziana (ultra 80enne o grandi vecchi) e si prevede che nel 2030 ci sarà un ultra80enne per 3 giovani-adulti.

Se l'aumento dell'aspettativa di vita consente a molti soggetti di raggiungere l'età avanzata in discreto benessere ed indipendenza (secondo i dati ISTAT, in Italia nel periodo 2009/12 il numero di anni vissuto in *buona salute* è aumentato di più di 2 anni), contemporaneamente stiamo assistendo ad un aumento esponenziale di una *nuova categoria di malati* (malati cronici, pluripatologici, fragili) che pone problematiche assistenziali così complesse da rappresentare una “sfida” non solo per il sistema sanitario, ma

per l'intero sistema economico e sociale del paese. Se questo è il quadro del prossimo futuro, la sfida potrà essere superata solo mettendo in campo tutte le energie e le professionalità che devono lavorare in sinergia ed in modo inter- multidisciplinare, con l'obiettivo di aumentare la quota di persone che invecchiano bene e che vivono più a lungo "in buona salute" e liberi da malattie e disabilità.

È necessario dunque, prepararsi e saper gestire in maniera adeguata problematiche mai prima affrontate; l'operato del medico, per esempio, è profondamente diverso in quanto "*è cambiato il quadro epidemiologico e la tipologia dei malati: da un sistema sanitario costruito nei secoli per la lotta alle malattie infettive, basato sull'identificazione, eliminazione o controllo dell'agente eziologico, si è passati ad una realtà nella quale sono le malattie croniche a prevalere, che non riconoscono uno specifico e singolo agente causale, alla cui patogenesi concorrono numerosi fattori...*" (Plsek P.E., Greenhalgh T., 2001).

Le gravi patologie

Le società occidentali, sempre più nel prossimo futuro, dovranno farsi carico di soggetti sempre più portatori di patologie croniche in cui gli interventi sanitari dovranno raccordarsi con situazioni economiche articolate e condizioni personali sempre più complesse che portano addirittura a pensare a trasferire i pazienti in paesi dove il costo dell'assistenza risulta meno cara, ma con rischi sulla qualità della medesima.

In Italia, attualmente, ci sono 25 milioni di malati che presentano almeno una patologia cronica; 8 milioni risultano affetti da 3 o più malattie croniche e di questi oltre 7 milioni presentano una grave patologia (diabete mellito, cardiopatie ischemiche, bronchiti croniche, tumori maligni, demenze, Parkinson, ecc). Le donne sono più colpite e presentano una prevalenza di malattie croniche doppie rispetto agli uomini.

Le patologie che prevalgono nel sesso femminile sono l'artrosi e l'artrite, l'osteoporosi, l'ipertensione arteriosa, malattie che, presentano un basso rischio di mortalità ma un alto tasso di disabilità e di perdita dell'autonomia.

La cronicità della patologia, indotta dal potenziamento delle capacità curative, viene considerata dal sistema stesso, una conseguenza quasi indesiderata, gestita spesso in modo non adeguato. Per molte patologie, l'aspettativa di vita di coloro che ne sono affetti spesso non differisce sostanzialmente da quella della restante popolazione: ne consegue, che i principali problemi di salute dei pazienti cronici non sono più legati alla sopravvivenza, ma alle complicanze che possono influenzare il loro stile di vita.

Condizione necessaria per migliorare la qualità di vita di un soggetto affetto da patologie croniche, è in primis, disporre di una rete di servizi integrati e coordinati. La qualità del singolo intervento da solo costituisce una condizione necessaria, ma non più sufficiente, in quanto l'approccio alle malattie croniche presuppone una presa di coscienza generale e una crescita culturale che travalicano gli stessi confini della sanità per coinvolgere tutta la società.

I pazienti cronici diventano sempre "meno autonomi" nell'espletamento delle abituali attività quotidiane e progressivamente vedono sempre più compromesse e a rischio le proprie condizioni di vita. La perdita della propria autonomia e la necessità di dipendere dagli "altri" anche per attività elementari della vita quotidiana incide profondamente sulla qualità di vita del paziente ma anche su chi si prende cura.

La medicina tradizionale che storicamente si è andata costruendo sul soggetto giovane-adulto, di solito affetto da una sola malattia, non è in grado di far fronte ad un quadro complesso quale quello che colpiscono i pazienti anziani o grandi anziani, affetti da patologie che durano nel tempo e di regola coesistono con altre malattie (comorbidità).

La medicina geriatrica pone al centro del suo intervento il malato e non la malattia, operando una innovazione metodologica di approccio al paziente che potremmo definire un modello biomedico della "*medicina centrata sul paziente*" e non della "*medicina basata sulla patologia*". In definitiva la medicina geriatrica con la sua visione olistica, opera nel prevenire la perdita dell'autonomia prevenendo la disabilità.

Da anni la medicina geriatrica utilizza uno strumento operativo e di gestione: la Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMD). una metodologia validata e ampiamente utilizzata da molti anni che ci permette di "*... identificare e spiegare i molteplici problemi dell'individuo anziano, valutare le sue limitazioni e le sue risorse, definire le sue necessità assistenziali ed elaborare un programma di cura complessiva per commisurare gli interventi a tali necessità...*" (Salomon DH. 1988).

Le aree della VMD geriatrica sono :

- Lo stato fisico
- Lo stato cognitivo ed affettivo
- Lo stato funzionale
- Lo stato socio-economico
- Condizioni ambientali

Numerosi sono gli studi, effettuati nei diversi setting assistenziali, che hanno dimostrato l'efficacia di tale metodologia.

L'anziano fragile (frail elderly)

L'aumento della popolazione anziana, ed in particolare della popolazione con età più elevate (ultra80enni), ha determinato, oltre all'aumento delle patologie croniche-degenerative, una nuova condizione clinica di comune riscontro nel paziente anziano: la "fragilità" o "sindrome della fragilità".

La fragilità (frailty) è un termine comunemente usato nella pratica clinica ed è una condizione clinica descritta da oltre 40 anni.

Linda Fried (la maggiore studiosa della fragilità nell'anziano) descrive la sindrome della fragilità come; *"una condizione dinamica di aumentata vulnerabilità che si associa ad un rischio elevato di eventi avversi, che deriva dalla diminuzione delle riserve fisiologiche e da una disregolazione degli organi e da una ridotta capacità a rispondere alle sollecitazioni interne ed esterne ed a mantenere l'omeostasi"*.

Qualche anno fa Hazzard W.R. così definiva il paziente fragile:

... pensa al paziente più anziano, al più malato, al più complicato ed al più fragile dei tuoi pazienti... un uomo, o più spesso una donna, che vive sul filo del rasoio, in bilico tra il mantenimento della propria indipendenza ed il rischio di una tragica cascata di eventi patologici, disabilità e complicanze, che troppo spesso si dimostrano irreversibili...".

In altre parole la fragilità è determinata dalla combinazione di influenze biologiche (in primis le malattie), fisiologiche (i cambiamenti e le modiche che intervengono in tutti gli organi e tessuti di un organismo) e socio-ambientali (povertà, solitudine, ecc), il cui risultato è quello di rendere l'organismo meno resiliente e meno capace di rispondere agli eventi stressanti e conseguentemente un aumento del rischio di eventi negativi per la salute. Dal punto di vista clinico con il termine di anziano fragile si intendono quei soggetti di:

- Età molto avanzata
- Cronicamente affetti da patologie multiple
- Stato di salute estremamente instabile
- Elevato rischio di disabilità
- Elevato rischio di cadute e fratture
- Ospedalizzazioni prolungate e ripetute
- Elevato rischio di perdita dell'autosufficienza
- Elevato rischio di istituzionalizzazione
- Elevata mortalità (anche per eventi di per sé di modesta entità)

La prevalenza della fragilità aumenta in modo esponenziale con l'avanzare dell'età, ed in particolare dopo i 75 anni. In USA la prevalenza degli anziani

fragili che vivono in comunità è del 7% negli ultra 65enni e sale al 30% nel sottogruppo degli ultra80enni.

Il concetto di fragilità deve essere distinto da quello di disabilità, anche se spesso queste due condizioni coesistono nello stesso paziente.

La fragilità è presente in moltissimi soggetti anziani che non sono disabili, ma ad alto rischio di futura disabilità.

La fragilità è per definizione una condizione dinamica ed instabile, per cui piccole alterazioni (una semplice riacutizzazione bronchitica) possono provocare effetti devastanti fino all'immobilità ed all'exitus.

La questione "badanti"

La presenza di momenti acuti obbliga ad interventi di carattere sanitari, anche complessi che però una volta risolti, non "restituiscono" il paziente alle sue normali attività, ma lo "passano" ad altre forme di assistenza, interne alla sanità (lungodegenza o riabilitazione) oppure esterne alla sanità (la famiglia del malato o strutture più o meno idonee). La carenza di strutture tende ad aggravare il carico di lavoro del settore sanitario, ed in particolare della sanità pubblica.

Molti anziani non autosufficienti vengono assistiti dai cosiddetti "badanti", privi di qualsiasi formazione, assunti e gestiti all'esterno delle logiche istituzionali, anzi spesso senza l'osservanza di una qualsivoglia regolamentazione. Ne consegue una profonda difformità di trattamenti dettati da variabili del tutto casuali, dove anche adeguate disponibilità economiche del singolo individuo non permettono di acquisire forme di assistenza adeguata, correndo il rischio di essere oggetto di attenzioni inutili per poter giustificare maggiori costi. I "badanti" sono spesso privi di qualsiasi formazione e per di più provenienti di solito da altri paesi, con le conseguenti difficoltà di adattamento reciproco legate alle differenti lingua e cultura.

L'andamento demografico che porta a dover assistere un numero sempre crescente di anziani e la necessità di adeguamento all'evoluzione tecnologica, rende improbabile ogni affermazione di mantenere la spesa sanitaria stabile rispetto al periodo precedente.

La (eccessiva?) medicalizzazione dei soggetti cronici non produce spesso i risultati sperati. Ovviamente, non si tratta di negare nessuna prestazione o cura a questi malati, ma di assicurare che vengano fornite le cure appropriate e nel setting assistenziale adeguato.

Assodato che non è più possibile pensare di curare queste persone con i parametri organizzativi fin ora utilizzati, occorre predisporre un approccio interdisciplinare volto a coinvolgere tutte le conoscenze necessarie.

L'ipotesi di attivare forme di self-care nello svolgersi delle patologie croniche risponde all'esigenza di un individuo di accentuare la capacità di auto-assistersi, in alternativa o in supporto ad un bisogno di nursing offerto dalla famiglia o da una struttura socio sanitaria.

Ciò non risponde tanto ad un'esigenza economico-finanziaria (risparmio di risorse), quanto alla necessità di mantenere un ruolo sociale all'individuo facendolo sentire parte attiva di un processo. Prima "patologia" di molti anziani è proprio quella di essere esclusi e l'episodio malattia, con la necessità di superare alcune problematiche quotidiane, può costituire la ragione per affrontare una nuova sfida.

Il mix di tali interventi fin ora sviluppati, tendono a coinvolgere *le cure domiciliari, i centri diurni integrati, le unità operative specializzate, i servizi di supporto alla persona/famiglia, il sostegno al volontariato impegnato nel settore.*

La richiesta di attenzione alla persona sta infatti diventando un aspetto dominante nei processi di cura in una moderna società, dove i pazienti non accettano più un processo meccanicistico di diagnosi/prescrizione (sul modello di domanda/offerta) ma richiedono una presa in carico in grado di soddisfare una serie multipla di esigenze. Se in passato l'aspetto predominante era la cura di una singola patologia, oggi il baricentro della attività sanitarie si sta spostando sul rapporto "individuo/sistema di cura", con la conseguente necessità di mantenere alto il livello tecnico professionale dei singoli interventi collocandoli in un contesto armonioso di interventi per ottimizzare i benefici.

In questo contesto il prendere in considerazione le ragioni di un eccesso di domanda inappropriata generata da fattori riconducibili a cause esogene al paziente permette di invertire i termini dell'approccio al problema.

Il sistema ospedale-centrico che si è sviluppato nei decenni precedenti e che ha assorbito la maggioranza delle risorse destinate alla sanità non è più in grado di rispondere alle esigenze ed ai bisogni di questi nuovi pazienti. *"... L'ospedale, oltre a non essere stato concepito ed organizzato per accogliere questa tipologia di malati, si trova in una fase di progressiva modificazione del proprio ruolo, sempre più orientato verso la cura dell'acuzie (vedi sistema DRG). L'anziano malato cronico, disabile e/o fragile necessita di un sistema assistenziale in grado di garantire risposte tempestive ed efficaci a bisogni complessi, che sono nel frattempo sociali e sanitari e mutevoli nel tempo"* (U. Senin).

La risposta è il modello della Continuità Assistenziale organizzata in un modello a "rete" in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni dei pazienti con pluripatologie croniche, disabilità e fragilità.

La "sfida" che il nostro Sistema Sanitario e la Società nel suo insieme si

troveranno ad affrontare nei prossimi decenni sarà una sfida di civiltà; l'uomo, da quando si ha conoscenza, ha sempre lottato per vivere il più a lungo possibile, ottenendo risultati eccellenti negli ultimi decenni, si tratta ora di affrontare l'altra faccia della medaglia che l'invecchiamento determina, dando risposte adeguate ai bisogni dei più deboli e bisognosi di cure e di assistenza, appunto *i fragili più fragili.*

Filosofia della cura, ovvero la necessità di curarsi

di Stefano Cavalitto

La definizione storica e ben conosciuta di “salute” data dall’Organizzazione Mondiale della sanità fin dal 1946 recita: “Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità.” Tali parole sarebbero sufficienti per farci riflettere ancora oggi su quanto sia poco accolta e presente nei nostri contesti sociali contemporanei “occidentali” e cosiddetti evoluti. Va da sé che in molti angoli del pianeta lacerati da guerre e difficoltà economiche evidenti, le cose sono ancora più problematiche.

In realtà, l’attenzione che si vuole dare in questa sede al concetto di salute va al di là dei contesti socio-economici o culturali ma prova a tracciare un segno rosso che unisce tali differenze e marca una dimensione trasversale, collettiva, che ci accomuna come esseri umani.

Igino, trascrivendo nelle sue *Fabulae* una copiosa quantità di miti greci nel I secolo a.c. racconta di Cura che un giorno attraversando un fiume, colpita dall’argilla che si depositava sull’argine fangoso ne raccolse un po’ e iniziò a modellarla: ne trasse una figura umana. Fiera della sua creatura si rivolse a Giove affinché egli vi infondesse lo spirito vitale, cosa che Giove in effetti fece senza difficoltà. A questo punto decise di dare il proprio nome alla creatura, ma Giove glielo impedì in quanto secondo lui spettava ad egli medesimo dare il nome poiché gli aveva lui stesso dato il soffio vitale. A questa contesa si unì anche la Terra portando le proprie ragioni: “Sono io che ho fornito la materia prima, quindi spetta a me dare il mio nome alla creatura”. Fu scomodato a questo punto addirittura Saturno per dirimere la questione; questi si pronunciò così: “A Giove che ne ha infuso lo spirito, tale spirito tornerà dopo la morte della creatura; alla Terra che ne ha fornito la materia tornerà il corpo parimenti dopo la morte; ma a possedere la creatura durante tutta la sua vita sarà la Cura, cioè l’inquietudine che è stata la prima a plasmarlo”.

L'opera di Martin Heidegger

Igino ed il mito da lui tramandato è ai più sconosciuto, ma ha trovato una certa visibilità con la cultura del Novecento tedesco ed espressamente con Martin Heidegger che lo richiama nel suo capolavoro *Essere e Tempo* del 1927. Heidegger, spesso ricordato per le sue sciagurate esternazioni filohitleriane, in realtà mette l'accento nell'opera citata sulla nostra *necessità di cura*. Non è certo possibile riassumere qui il pensiero di Heidegger, tuttavia richiamarlo ci è utile per inserirci nel solco del bisogno con una duplicità che trovo fondamentale per non appiattirsi: cura nel doppio senso di pro-curare quanto è necessario al bisogno di vivere, per conservarci e riprodurci e cura come "dedizione", cioè come prendersi cura delle proprie aspirazioni, dei propri desideri, o meglio, con una parola di netto stampo heideggeriano, delle nostre possibilità. Siamo cioè chiamati continuamente al compito di dover "divenire" e così rispondere alla nostra sostanziale impossibilità di abitare il mondo in modo semplice ed immediato (cioè non mediato dalla coscienza). L'uomo nella percezione di se stesso e del proprio mondo interno non è qualcosa di finito e compiuto o completo, ma è un essere in continuo divenire che lo obbliga - per vivere veramente e non come passiva incoscienza - ad un costante "andare oltre" (che potremmo chiamare anche trascendenza, pur con gli equivoci che tale termine implica).

Una sufficientemente buona cura materna non si limita a soddisfare i bisogni del bambino attraverso la decodifica del comportamento di quest'ultimo grazie a quella sorta di sesto senso materno che mette in comunione la diade madre-bambino per una soddisfacente crescita del piccolo, ma favorisce e attiva tutte quelle spinte allo sviluppo ed alla gemmazione di nuclei autentici del suo essere fino a far acquisire a tali spinte un valore sul piano ontologico; un insegnante valido non si limiterà a fornire aderenza ai programmi didattici curricolari, ma cercherà (quasi spontaneamente, vien da dire) quei contesti di apprendimento e quelle modalità che favoriscano crescita emotiva, cognitiva, spinta intersoggettiva e sociale in cui ciascuno, a proprio modo, si possa riconoscere; analogamente un buon operatore in ambito sanitario non si fermerà ad erogare una prestazione tecnicamente competente, ma includerà nel proprio paradigma terapeutico (o di cura, qui usiamo i termini in maniera interscambiabile) l'atto di creare o favorire e stimolare quelle condizioni di cura di sé e della propria unicità da parte del paziente come individuo, volte anche a riconquistare spazi di autonomia e autodeterminazione che la malattia aveva eroso.

La cura, questo particolare aspetto della cura qui descritto, significa quindi anche tendere verso qualcosa.

Contraddizioni e desideri

I termini tendere e tensione hanno la stessa radice e condividono una condizione esistenziale importante: quella dell'inquietudine. O per usare un termine più forte, ma filosoficamente più adeguato, dell'angoscia. Angoscia o inquietudine di cosa? Essenzialmente di ciò che potrebbe essere e non è, o perlomeno non lo è ancora. Nel bene e nel male, ovviamente. Nella nostra piccola grande quotidianità di essere umani pensiamo a ciò che vorremmo che (ci) fosse e a ciò che al contrario vorremmo che non ci fosse; e anche a ciò che ci attende ma ancora non è... Cura quindi è anche prendersi cura di tali possibilità dell'essere.

Affinché avvenga ciò, tuttavia, è necessaria una premessa di fondo: quella che ci definisce come esseri umani ontologicamente "bisognosi" di cure, e cioè che afferma la cura come una ragione ontologica (che attiene all'essere) primaria. Essere umano come essere non finito e quindi ontologicamente necessario di cure.

È da chiarire, tuttavia, che tale ammissione di necessità nulla o poco ha a che fare con la debolezza o l'impotenza intesa come rinuncia o ignavia. Anzi, per contrasto, è proprio il contrario: cura come partecipazione attiva al proprio destino, intesa come rifiuto dell'accidia del non esistere. In sostanza, seguendo ciò che dice Armando Massarenti nel suo "Il filosofo tascabile", senza la ricerca di tale cura, senza l'impegno costante alla ricerca del disvelamento delle proprie possibilità, facendolo consapevolmente, l'uomo è come se vivesse da zombie: gran parte delle nostre azioni di esseri umani vengono compiute in una sorta di stato di incoscienza, cioè sembra non ci sia il bisogno di dare un senso altro, una dimensione prospettica -una cura di tale prospettiva- che vada verso un punto altro, oltre al mondo del qui ed ora che ci è dato ed in cui viviamo. Tale attenzione e tensione alla dimensione prospettica è proprio un aspetto del bisogno di cura di cui stiamo parlando.

Proviamo a fare un salto. In un contesto sociale votato alla ricerca della performance, al successo e soprattutto alla sua esteriorizzazione, all'efficienza, dire che l'essere umano è sostanzialmente fragile e ontologicamente bisognoso di cure è quasi una bestemmia. La coscienza collettiva e gli oggetti che la presentificano come il successo sul lavoro, i guadagni, anche la capacità di coping, cioè di adattamento e risoluzione di eventi stressanti, le relazioni interpersonali brillanti (ma a volte fondate su pesanti maschere che ne inficiano la genuinità) ci dicono che c'è poco spazio per l'uomo "bisognoso di cura". Tale bisogno è anche probabilmente spostato ed alimentato su un altro piano: quello del consumo compulsivo e a volte maniacale che definiamo società dei consumi.

Ben inteso, non vorrei che queste righe vengano lette come un invito all'ascesi e alla fustigazione dei costumi dissennati dei nostri tempi, urlate dalla voce di un profeta che predica nel deserto. Tutt'altro, anzi... Visto che ci è concesso vivere credo sia bene farlo nei migliori dei modi possibile.

E farlo senza passioni, desideri, ambizioni ed anche qualche errore proiettati nel mondo in cui viviamo rischierebbe di farci vivere una vita grigia e scialba. Tuttavia lo scarto tra la visione della cura come necessità primaria (nell'accezione sopra sia pur sinteticamente descritta) e quella dell' "uomo che non deve chiedere mai", come recitava un profetico slogan pubblicitario di ormai parecchi anni addietro, pare evidente.

Da sempre tuttavia l'uomo si è dotato di spazi deputati alla cura, i cosiddetti luoghi di cura, a cui potersi riferire nel momento del bisogno. Generalmente si trattava anticamente di luoghi sacri, intrisi di fattori religiosi come aree deputate alla richiesta di cura fatta alla divinità e spesso mediata da un suo "ministro" sulla terra che svolgeva il compito di traduttore della prescrizione divina per poter ritrovare lo stato di salute. Valga per tutti l'esempio dei templi greci di Asclepio di cui conserviamo traccia anche qui in Italia, in meridione, in quella che fu la Magna Grecia.

La ricerca del benessere

Ma oggi come sono i nostri luoghi di cura? O meglio come stanno? Ospedali, ambulatori, centri clinici per poter funzionare richiedono essi stessi una cura: in sostanza per poter curare, tali luoghi, devono essere curati a loro volta, poiché anche essi si ammalano. Si ammalano di affollamento, di gestioni non sempre efficienti ed efficaci, si ammalano perché soffrono le persone che ci lavorano che sono ovviamente il vero motore della cura. Curare chi cura, o meglio prendersi cura di chi cura - siano essi le persone che interpretano il gesto di cura, siano le istituzioni in cui tale cura viene erogata e che le rendono possibile - diventa un atto fondamentale. Non un lusso per aumentare gradi di benessere, ma una necessità stringente per far sì che il gesto di cura sussista e venga messo in atto. Analogamente a quanto accade agli uomini, secondo il punto di vista qui adottato, anche le istituzioni di cura (con questa parola indico qui genericamente tutto ciò che è stato istituito con un fine curativo, quindi ospedali, cliniche, ambulatori, ma anche la rete dei medici di famiglia, gli istituti di ricerca, ecc.) e la loro organizzazione (cioè le regole e le modalità che si sono date per poter funzionare) sono bisognose di un'attenzione che possiamo chiamare pacificamente bisogno di cura.

È pur vero che tale consapevolezza e sensibilità è da tempo nota a chi si occupa di salute a vario titolo, sia da un punto di vista amministrati-

vo, economico, gestionale ed anche ovviamente clinico in senso stretto. Alcuni cenni di attenzione alla questione stanno emergendo anche al di fuori dell'ambito sanitario e raccontano di scelte retributive che riguardano la partecipazione al welfare dei lavoratori: queste si concretizzano in una serie di offerte come benefit, occasioni formative o aziendali che includono maggiore sostenibilità di luoghi e tempi di lavoro o presa in carico in qualche forma della salute del dipendente, anche nella sua accezione più ampia di benessere psicofisico. Tuttavia la restrizione dei capitoli di spesa, le difficoltà varie che ben conosciamo a tal proposito ed anche una non sempre condivisa visione al di fuori del mondo della sanità di ciò che stiamo descrivendo qui - e forse tanto altro ancora - creano condizioni difficili all'operare oggi in sanità.

Proviamo a spingerci ancora un po' oltre. Come ci raccontano Anna Rosa Favretto e Francesca Zaltron in "Qui sono come a casa mia" che ha come sottotitolo un significativo "L'umanizzazione delle cure e l'esperienza della malattia nei contesti sanitari", un aspetto centrale ed imprescindibile nei percorsi di cura analizzati nella ricerca esposta in questo testo è la presenza di forme organizzative che contemplino, per il loro funzionamento efficace, processi sociali a carattere relazionale tra paziente ed operatore come elementi strutturali dell'organizzazione stessa e da questa motivati, sostenuti ed incentivati. Il processo tuttavia appare bidirezionale: se tale cultura organizzativa risulta ben accettata (ed efficace ed efficiente) dai pazienti, analogamente se riproposta isometricamente come modello intersoggettivo di gestione delle relazioni tra operatori porta ad un benefico risultato analogo anche tra chi fornisce la cura. Una dinamica che potremmo descrivere con questa reiterazione: la cura curata.

Tutto ciò ci fa ritornare all'importanza della cura ed alla sua centralità sociale. Come meccanismo di funzionamento collettivo ed attivatore di benessere lungo il continuum individuo-società.

La strategia di governo che ha permesso tale cura a livello sociale è ben resa con il già citato termine anglofono welfare.

A tal proposito, il 29 Aprile 2017 il Censis ha fatto uscire uno studio dal titolo: "*Fuori dal letargo: soluzioni per una buona crescita - Il welfare del prossimo futuro: le innovazioni per dare nuove tutele e riattivare la mobilità sociale*". Nel titolo è già compresa un'intenzione; tuttavia mi sembra molto interessante ai nostri fini la premessa che ne diventa anche la riflessione centrale al tempo stesso. Vale la pena citare testualmente: "[...] *il welfare è stato un attore decisivo dello sviluppo italiano perché coprendo le spalle agli italiani rispetto a sanità, previdenza, istruzione e assistenza sociale, ne ha stimolato la propensione al rischio creando presupposti decisivi per la proliferazione dell'imprenditorialità di massa, così come per l'assunzione di*

rischi nella costituzione di patrimoni con l'acquisto dell'abitazione in cui si vive tramite i mutui. Oggi la sua erosione successiva alla crisi di bilancio pubblico lo rende un pericoloso moltiplicatore di insicurezze e disuguaglianze, in antitesi rispetto alla sua mission originaria. Allora la domanda chiave è: quali sono le innovazioni nel welfare che lo possono riportare a giocare quel ruolo decisivo di piattaforma di assicurazione sociale e di produttore di coesione comunitaria senza i quali sarà molto difficile per l'Italia tornare sul sentiero della crescita reale, uscendo dall'attuale letargo?"

Lo studio del Censis citato successivamente espone e ragiona attorno ad alcune possibilità di intervento tra cui riporto il reddito di cittadinanza, il sussidio ai disoccupati ed appunto il welfare aziendale. Qui tuttavia mi fermo, in quanto si fermano le mie competenze d'analisi del fenomeno e delle possibili direzioni verso cui andare. Sottolineo però alcuni termini con cui si chiude l'interrogativo sopra esposto che da un punto di vista strettamente psicologico diventano basilari per uno sviluppo successivo: il bisogno di assicurazione sociale e di coesione comunitaria come spazi reali e mentali in cui il singolo individuo con la propria unicità e le istanze collettive possono incontrarsi.

Riferimenti bibliografici:

Favretto A.R. , Zaltron F. "Qui sono come a casa mia", ed. Il Mulino, Bologna 2015

Fondazione Censis: "Fuori dal letargo: soluzioni per una buona crescita", 2017

Massarenti A. "Il filosofo tascabile", ed. Guanda, Parma, 2011

Mortari L. "Filosofia della cura" ed. Cortina , Milano, 2015

La via giudiziaria per il recupero di risorse

di **Mauro Nebiolo Vietti**

Quando si parla di finanza nella sanità il riferimento è generalmente a cifre importanti, del tutto estranee ed indifferenti alle persone comuni, tant'è che queste tendono a non ricordarle o a non farci caso più di tanto.

L'oggetto di quest'attenzione attiene invece ad iniziative volte a costituire entrate di valore modesto, se rapportate ai volumi di cui dianzi si diceva, ma che potrebbero costituire un flusso costante.

Quando un paziente ricorre alle cure ospedaliere determina un costo e questo è un concetto ovvio; è un po' meno ovvio se sussista o meno il diritto dell'ente sanitario a farsi rimborsare la spesa da chi abbia eventualmente provocato la lesione curata.

Non è certo un problema che si pone ora perché negli anni passati si è dibattuto a lungo arrivando anche a soluzioni diverse; i giuristi vorranno scusare la semplificazione dei concetti qui esposti, ma la relazione ha come destinatari appartenenti al settore medico ed amministrativo a cui è logico destinare uno schema di sintesi e non una comparazione analitica di tesi contrapposte. Per chi volesse approfondire le tematiche sul punto si rinvia agli atti del convegno 8/10/2002 "*la rivalsa per spese sanitarie: un diritto delle aziende?*" organizzato dall'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della provincia autonoma di Trento ove si esaminano *funditus* i vari profili che, se in parte superati da aggiornamenti normativi e giurisprudenziali, hanno il merito di aver evidenziato tutti i possibili punti critici a cui l'operatore deve prestare attenzione.

Breve excursus storico

Prima del 1988, e cioè quando si versavano i contributi per il servizio sanitario, questi erano considerati di natura previdenziale, collocazione che

determinava un diritto di surrogazione; in altre parole, poiché il paziente avrebbe dovuto spendere per farsi curare e poiché tale spesa era stata sostenuta dall'ente ospedaliero, questi si sostituiva al primo nel pretendere il rimborso. Occorreva però una preventiva comunicazione all'interessato ove si dichiarava l'intenzione di surrogarsi, dichiarazione che non sempre poteva essere condivisa dal destinatario se questi, a sua volta, intendeva farsi risarcire dal soggetto colpevole. Iniziava così una gara perché la dichiarazione di surroga era priva di effetti se nel frattempo il paziente aveva ottenuto il risarcimento anche parziale (in questo caso in via transattiva).

I contributi per il servizio sanitario sono stati aboliti nel 1998 e sostituiti dall'IRAP, modifica che ha minato alle fondamenta la teoria della surrogazione.

Diritti e gratuità

Si è allora fatta strada un'altra tesi; l'ente sanitario dispone di una propria capacità patrimoniale destinata a rimediare ai problemi di salute dei cittadini; quando l'ente si occupa di un paziente, riduce la propria capacità perché utilizza una parte delle sue risorse per curare il malato, ma, se questa riduzione delle risorse è provocata dal comportamento illecito di un terzo soggetto, può essere a lui imputabile il costo delle cure? Non si trascuri che la gratuità delle prestazioni è assicurata a chi ne ha bisogno, non anche a chi, con la propria condotta illecita, abbia determinato la lesione alla salute di terzi.

Per rispondere al quesito occorre ricordare che un principio fondante del nostro ordinamento obbliga chiunque abbia provocato un danno per colpa o dolo a risarcirlo (art. 2043 codice civile), ed il concetto è applicato al settore sanitario dalla Corte d'Appello civile di Torino già da alcuni anni; ancora un'ultima decisione del 29/7/2014 conferma *“che il fatto che le prestazioni che l'ASL siano gratuite per i beneficiari non ha nulla, ma proprio nulla a che vedere col problema di cui si discorre. Qui l'ASL non sta chiedendo ai soggetti che ha curato di pagarle le spese sostenute per questo; sta chiedendo a chi, danneggiando la salute di quei soggetti, l'ha costretta ad intervenire e quindi a sostenere spese, di rifonderle i danni”*.

Con sentenza del 26/5/2017 n. 24289 la Corte di Cassazione conferma che *“sebbene l'infortunato non debba sostenere alcun esborso, ciò non toglie né che le prestazioni medico sanitarie rese abbiano un costo oggettivo, né che di tale costo possa essere chiamato a rispondere, secondo la clausola generale della responsabilità aquiliana, il danneggiante”* concludendo *“l'erogazione gratuita delle prestazioni medico sanitarie in favore dell'infortunato, del malato o del ferito, infatti, non comporta l'irresponsabilità del danneggiante”*.

Ma v'è di più; quando la lesione alla salute non è circoscritta al singolo, ma provoca gravi alterazioni ambientali, l'ente sanitario diventa titolare di interesse alla tutela del territorio perché tramite esso è tutelata la salute psicofisica della popolazione e questa sua legittimazione determina il diritto al risarcimento dei danni che non possono che essere rilevanti perché in tali casi l'ASL è costretta a mettere in campo notevoli risorse umane, materiali ed economiche.

Il Tribunale penale di Torino, in uno dei processi collegati all'inquinamento da amianto, ha condannato gli imputati a risarcire all'ASL cinque milioni di euro riconoscendo che se l'ASL è preposta alla tutela della salute della popolazione *“tale finalità, unitamente al territorio ed alla popolazione di riferimento, individuano l'interesse proprio dell'Azienda, di tal che essa assume la qualità di soggetto danneggiato sia in relazione al pregiudizio arrecato al territorio e alla popolazione dai fatti oggetto del processo, sia in relazione al discredito della sfera funzionale, alla frustrazione degli scopi ed alla perdita di prestigio dell'ente derivante dalle condotte illecite degli imputati”*.

Non fa parte della relazione, perché ormai consolidata, l'attività volta ad ottenere il risarcimento del pregiudizio economico derivante alla struttura sanitaria per la corresponsione al proprio dipendente della retribuzione e degli oneri accessori durante il periodo di mancata prestazione lavorativa a seguito di invalidità temporanea determinata da fatti attribuibili alla responsabilità di terzi.

Gli aspetti operativi

L'assetto giuridico può apparire semplice (in realtà così non è perché è frutto di un articolato dibattito che qui si è tralasciato per non tediare i destinatari della relazione), ma è sicuramente complesso quello operativo.

Sono preliminarmente da escludere le lesioni connesse ai sinistri stradali perché una legge del 1982 (n. 526) ha escluso l'azione per il recupero degli oneri anticipati per cure agli infortunati per incidenti stradali sostituendola con un contributo annuale da parte delle compagnie assicuratrici rivolto ad alimentare un apposito fondo inteso come compensazione di tutti i danni che determinano un onere per le strutture sanitarie.

In tutti gli altri casi l'azione di risarcimento è configurabile, ma è evidente che la prima difficoltà operativa è l'impostazione di un metodo di lavoro che non sia più costoso dei ricavi che può produrre.

Per evitare una diseconomia il sistema deve prevedere fasi successive quali:

- La raccolta delle informazioni
- La valutazione delle informazioni
- La determinazione del valore dell'addebito
- La gestione del recupero

La raccolta delle informazioni

Poiché in sede di ricovero o di intervento urgente sono già raccolte alcune informazioni, si tratta di completare la scheda con alcune caselle aggiuntive; presumendo in essere un sistema di codifica uniforme, sarà sufficiente barrare una nuova casella quando l'operatore può sospettare, dalle dinamiche e/o dalle dichiarazioni dell'interessato, che potrebbe sussistere una responsabilità di terzi con l'effetto di trasmettere in via informatica l'informazione ad un ufficio centrale. Al primo livello l'operatore non deve quindi svolgere alcuna funzione critica, ma limitarsi a segnalare tutti i casi che paiono sospetti.

La valutazione delle informazioni

Un ufficio centrale costituirà il punto di raccolta di tutta la struttura e dovrà svolgere una funzione complessa; acquisendo il materiale informativo dal reparto coinvolto, l'addetto dovrà classificare l'evento, operando distinzioni alle volte semplici (es. l'infortunio sul lavoro) ed in altri casi problematiche (es. incidente domestico connesso ad un imperfetto funzionamento di un utensile o macchinario).

In alcuni casi potrà essere utile la collaborazione del soggetto leso, anche se non è detto che si riscontri la collaborazione auspicata sia per diffidenza, sia per timore di compromettere un'eventuale azione risarcitoria attivabile dal danneggiato.

In questa fase occorre anche valutare se si riscontrano informazioni sufficienti per un'azione risarcitoria, problema di facile soluzione se del fatto è investito il giudice penale perché la costituzione di parte civile da parte dell'ente sanitario autorizza l'accesso al fascicolo processuale. Di maggiore difficoltà è la ricerca di informazioni atte a sostenere un'azione civile di risarcimento che, se non supportata di adeguate prove, è destinata all'insuccesso. L'ufficio dovrà quindi valutare, a fronte di dati giudicati insufficienti, se procedere alla verifica di ulteriori riscontri.

La determinazione del valore dell'addebito

Poiché la struttura sanitaria dispone dei centri di costo, la determinazione del valore dell'assistenza erogata non dovrebbe costituire un problema; il reparto interessato dovrà fornire i dati di base, comprensivi delle spese vive sostenute. Così facendo l'ufficio che ha gestito l'informazione valuterà se l'attività di recupero rischia di determinare un costo superiore al vantaggio atteso oppure se passare la pratica al settore che deve procedere concretamente al recupero.

La gestione del recupero

In questa fase è essenziale una valutazione corretta delle potenzialità economiche del debitore per evitare azioni inutili con un bilancio finale passivo, ma soprattutto occorre valutare la fondatezza del profilo giuridico di responsabilità e cioè, fondamentalmente, il nesso di causalità tra l'evento dannoso e la lesione, valutazione che in alcuni casi potrà comportare la collaborazione del medico legale. Come nella fase precedente, ove è necessario procedere ad uno screening per eliminare i casi poco convenienti da un punto di vista economico, così in questa si procederà ad un'ulteriore selezione vuoi per ragioni di debolezza economica del debitore, vuoi per l'eventuale fragilità della tesi difensiva che non giustifica i rischi processuali.

In conclusione si tenga conto che il servizio può determinare risultati positivi nel solo caso l'organizzazione risponda a criteri di efficienza e non si tratta di un'affermazione di stile, ma di sostanza come ha dimostrato uno studio sulle principali cause dell'insoluto (che nell'immaginario collettivo sono imputate alla cattiva volontà del debitore); l'analisi condotta ha concluso che il 15% dei crediti si perde per una gestione contabile non corretta ed un 10% per dimenticanze ed errori.

I casi concreti

È impossibile definire un elenco, ma, ricordando i più significativi:

- infortunio sul lavoro
- malattia professionale
- lesioni connesse al malfunzionamento di attrezzature domestiche (in tema di responsabilità del produttore)
- lesioni connesse al malfunzionamento di attrezzature sportive

- lesioni connesse alla omessa manutenzione di immobili
- lesioni connesse ad aggressioni e/o risse
- contagi sessuali per imprudente comportamento di soggetti affetti da infezioni
- lesioni connesse all'esercizio di attività pericolose organizzate da terzi
- lesioni patite da minori nel corso di attività didattiche
- infezioni per alimenti assunti in esercizi pubblici ecc.

Esprimo un vivo ringraziamento per la collaborazione nel fornire materiale ed informazioni, senza le quali la stesura di questa relazione sarebbe stata problematica, all'avv. Elio Garibaldi, responsabile dell'ufficio legale dell'Azienda Sanitaria di Alessandria, che da anni studia e raccoglie materiale sull'argomento, ed all'avv. Silvia Di Palo, responsabile dell'ufficio legale dell'Ospedale Molinette, che mi ha guidato con attenzione e disponibilità nell'analisi dell'organizzazione ospedaliera).

Il sistema sanitario tra bisogni e limiti: un problema globale

di Emanuele Davide Ruffino e Germana Zollesi

L'inconfessabile desiderio d'immortalità ha caricato la sanità di aspettative impossibili da realizzare e, con la crisi finanziaria, ne ha spento anche molte illusioni sulle potenzialità del settore obbligando a confrontarsi con le fredde leggi dell'economia. Avvertire un bisogno si è spesso trasformato nel rivendicare un diritto che per concretizzarsi deve però essere supportato da soluzioni che garantiscano almeno un soddisfacente stato di salute. Oggi che il problema assorbe ingenti risorse (in alcuni Paesi la percentuale delle risorse indirizzate verso la sanità supera il 10% della ricchezza prodotta) ed è generalmente considerato uno degli aspetti più qualificanti della "vivibilità" di una società (non vi è programma politico che non dedichi, sia a livello nazionale che a livello locale, un ampio spazio a questo aspetto), non si dispone ancora di modelli generalmente accettati, anche se gli sforzi compiuti in sede O.M.S. hanno permesso negli ultimi decenni di portare il problema sanitario a livello planetario, obbligando i singoli Stati a misurarsi sulla loro capacità di rispondere alle esigenze della loro popolazione.

La capacità dimostrata da una società di affrontare e risolvere i problemi connessi con lo stato di salute è, sempre di più, uno dei principali indici per valutare l'evoluzione che la società stessa ha compiuto verso forme più avanzate di civiltà. Non si può neanche immaginare un tentativo di risolvere i problemi sanitari con la semplice applicazione di un modello o la costruzione di un insieme di strutture, ma occorre concepire una società che sappia, oltre che predisporre i mezzi, anche introdurre una cultura proiettata verso stili di vita più confacenti a quelli che sono le caratteristiche fisiche e psichiche dell'uomo. Il diritto alla felicità sembra essere diventato un imperativo cui una società moderna deve garantire, non solo più ai propri membri, ma anche alle altre collettività, in una prospettiva di crescita adeguata alle esigenze e alla natura dei singoli.

Benessere “governativo”

Questa necessità individuale giustifica e legittima sul piano pratico l'applicazione di un governo del benessere esercitato da autorità centrali. È cioè per garantire la libertà assoluta al singolo che una società deve impegnarsi a eliminare le cause che possono generare malattie o disturbi connessi allo stato di salute. Il singolo individuo è libero se l'ambiente che lo circonda gli permette di essere tale, ma se l'ambiente gli impedisce, o pone in grave pericolo la sua salute, di fatto è come se una parte della libertà fosse espropriata. Il possesso del miglior stato di salute costituisce uno delle maggiori aspirazioni che un essere umano può inseguire, qualunque sia la sua razza, religione od opinione politica.

La conquista della sanità come diritto per ogni essere umano, oggi sancito da fondamentali documenti e attestazioni, in primis dall'OMS, si sono andate lentamente ad elaborare presso le civiltà che ci hanno preceduto. Oggi queste elaborazioni sono la base del nostro vivere: risanare l'ambiente, mettere in opera tutte quelle misure sociali idonee per assicurare la conservazione della salute, insegnare ai singoli le regole d'igiene personale, lottare contro le malattie di importanza sociale, organizzare i servizi per la diagnosi e la cura delle patologie e, più in generale, prevenire le malattie, aumentare la longevità, migliorare la qualità della vita di ogni singolo individuo.

Però la scarsità di risorse che caratterizza la vita dell'uomo sulla terra, fa sì che ogni sforzo compiuto per migliorare lo stato di salute sia frutto di un processo decisionale e ogni scelta implica necessariamente un sacrificio rappresentato da un costo economico o alternativo (qualità e quantità degli input impiegati) cui la società o l'individuo si sottopone, più o meno consapevolmente, in base alla maturità raggiunta. L'illusione di potersi comportare senza considerare la limitatezza delle risorse è, purtroppo, soltanto un sogno che non ha mai compiutamente potuto tradursi in realtà. L'ipotesi di godere di alcuni benefici senza doverne pagare il prezzo, o più esattamente di poter rimandare al resto della società il costo è diventato un atteggiamento generalizzato, tant'è che il problema sanitario è uscito dalle programmazioni nazionali per diventare un problema globale coinvolgente più aspetti.

Costi e giustizia sociale

L'individuazione di un giusto prezzo per quanto concerne i prodotti sanitari è una questione, oggi come in passato, aperta per tutti i tipi di servizi sanitari. La loro definizione non può prescindere dalle esternalità indotte: l'esempio maggiormente evidente è offerto dalle epidemie che, a livello mondia-

le, obbligano a predisporre programmi in grado di prevenire il diffondersi di patologie da cui tutti gli individui possono subire danni irreversibili.

L'esperienza offre un'infinità di occasioni per dimostrare come un intervento generalizzato possa contribuire a migliorare la qualità della vita. Come si è giunti a questa presa di coscienza è però ancora una questione ampiamente dibattuta e perciò si rende necessario capire come i sistemi sanitari si possano ulteriormente sviluppare. Il diritto alla salute, quale orizzonte simbolico della nostra società, è sempre più anelato nelle nostre società spinto da una demagogia di facile presa e da interessi industriali non sempre trasparenti. Però, l'allettare una persona o una collettività che un qualcosa non si paga, fa perdere coscienza del valore stesso del bene offerto e della fatica compiuta per conseguire i risultati raggiunti: non si tratta solo di evitare un azzardo morale, ma della consapevolezza che il realizzarsi di una serie di condizioni operative, deve essere codificato in un compiuto processo conoscitivo.

Sia pur nell'inesauribilità della materia, occorre superare l'analfabetismo organizzativo serpeggiante in diversi strati dell'organizzazione sanitaria per cogliere le ampie potenzialità di miglioramento ancora possibili.

Il rebus dell'ingresso nella crisi

Se, quando e come siamo entrati in crisi è diventato un rebus che apre un dibattito interdisciplinare con un coinvolgimento dell'etica, dell'economia, della programmazione socio-sanitaria e della legislazione in materia. Che non si tratti solo di un problema contabile di bilancio o di contenzioso con i fornitori per il ritardo nei pagamenti è ormai accettato dagli operatori e dagli stakeholder, ma non si è ancora identificato un paradigma interpretativo in grado di sintetizzare le variabili in gioco.

La richiesta/rivendicazione o la chiusura di servizio sono infatti atti programmatori che dovrebbero rappresentare l'attuazione di una visione strategica e non il semplice soddisfare un bisogno percepito. Il sapere-come e il sapere-dove rappresentano momenti manageriali volti ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili, ma non spiegano quale priorità debba essere assegnata ai diversi valori caratterizzanti una collettività riflettenti il "sapere-perché". Storicamente, nel 1948 disponevamo di meno risorse, ma si divideva una speranza. Oggi le risorse a disposizione sono decisamente superiori, ma si fatica a raggiungere una comunione di intenti. Gli scontri elettorali (caratterizzati dal "contro" l'avversario), le rivalità nel fruire un'agevolazione ed ora, in ambito sanitario, quale gruppo/zona dimostra di avere un maggior diritto a richiedere/mantenere un determinato servizio o la divisione manichea pro o contro i farmaci generici o contro i vaccini, evidenziano come il problema

più che finanziario sia ideologico. Ogni individuo è naturalmente portato a richiedere qualsivoglia servizio sotto casa (tranne quelli inquinanti, dove vale l'inverso) e a disporre del miglior prodotto possibile. La crisi finanziaria diventa così la manifestazione dell'insostenibilità nel mantenere il sistema.

L'analisi sanitaria ha rilevato come "bisogno domanda offerta" si muovano in forme antitetiche, condizionati da tematiche quali la medicina difensiva e la professionalità compartecipata (dove emerge come non tutte le prestazioni erogate rispondano ai bisogni dei pazienti), l'appropriatezza (dove si analizzano quali interventi comportino un miglioramento dello stato di salute), l'aderenza (dove, a fronte di una correttezza prescrittiva non segue un comportamento collaborativo del paziente). Ed in più contesti ci si comincia a chiedere se sia etico obbligare parte della popolazione a sostenere il peso tributario per costi derivanti da comportamenti palesemente colposi di altri individui (non mettersi le cinture di sicurezza, il fumo o altro abuso di sostanze, il non conformarsi ad un stile di vita corretto etc.).

Al momento della promulgazione della Costituzione veniva previsto un obbligo di "garantire" da parte dello Stato l'erogazione dei servizi e un riconoscimento alla libertà del cittadino di accettare quanto imposto. Ma non si prevedeva l'atteggiamento da assumere nel caso l'individuo adotti un comportamento contrario al mantenimento di un buon stato di salute, obbligando il resto della popolazione a sopportare il peso fiscale per assicurare anche a loro le cure del caso.

In effetti la costituzione, sicuramente illuminante se collocata nel contesto storico del 1948, prevedeva l'obbligo di erogare cure sanitarie a tutti (ancorché gratuitamente solo agli indigenti) e non poteva prevedere che il confine tra cure sanitarie e assistenza si andasse progressivamente confondendo, così come non poteva prevedere la possibilità che qualcuno non accettasse o non collaborasse.

Il fattore "paziente"

È così obbligatorio accettare un soggetto al Pronto soccorso o ricoverarlo, ma nulla si dice su quelle fattispecie dove il paziente pretende assistenza, ma poi assume un comportamento non coerente (scarsa aderenza alle cure o comportamenti non coerenti con il proprio stato di salute), ponendo così in discussione il ruolo che deve assumere lo Stato e la finanza pubblica. Alcuni paesi (ad esempio Gran Bretagna e Spagna), hanno modificato l'impegno dello Stato per renderlo maggiormente etico oltre che maggiormente sostenibile in tempi di crisi. Il complesso delle attività sanitarie deve cioè assumere una funzione regolatrice, non solo al suo interno, ma anche nell'individuare,

con strumenti legislativi e regole di comportamento, un sistema razionale di servizi. Cioè un sistema erogativo dove il singolo intervento trova la sua attuazione e il suo completamento in un contesto di efficacia generale. Il prodotto sanitario, inteso nella sua accezione più ampia, proietta nello scenario collettivo, locale e internazionale, l'immagine di una rappresentazione sociale derivata dal sistema Paese: cioè il graduale processo di evoluzione di una cultura incentrata sulla Sanità basato sulla capacità del sistema di rispondere alle esigenze della collettività. La Sanità appare sempre meno come un sistema chiuso o rigido, ma un complesso incentrato su frequenti interscambi con gli altri settori della società, e oggi anche inserito in un contesto internazionale che obbliga a confrontarsi con mercati alternativi.

Di fronte alla crisi i sistemi occidentali, se da un lato faticano a ridurre la domanda, dall'altro vincolano l'offerta a sottostare a controlli e pressioni da parte degli stessi soggetti che tendenzialmente richiedono nuove prestazioni. Sintetizzando, si è creata una situazione dove, vi sono significativi interessi a far recepire, specifici bisogni come "essenziali" e i gestori della sanità sono chiamati a misurarsi sulla convenienza etica, sociale ed economica degli interventi.

In questo scenario, occorre rivedere non solo i saldi contabili, facilmente soddisfatti con una riduzione dei servizi erogati, ma la visione generale attraverso una ridefinizione del sistema intervenendo sulle condizioni che possano influenzare lo stato di salute di una collettività, quale fattore determinante per migliorare la qualità della vita nel suo complesso e non solo come difesa di un interesse particolare. L'allettare una persona o una collettività che un qualcosa non si paga, porta a perdere coscienza del valore stesso del bene offerto e della fatica compiuta per raggiungere i risultati, generando così un pericoloso rischio morale.

Parte II

Il problema visto dagli americani

Comunque andrà a finire, la legge fortemente voluta dall'ex presidente degli Stati Uniti Barak Obama, l'America ha riportato l'attenzione su un problema irrisolto: garantire la salute in forme sostenibili. Ma non essendo un problema solo a stelle e strisce, forse occorre parlare di uno scarso livello di conoscenze sul settore da parte delle società occidentali, per non parlare di una vera e propria forma di analfabetismo economico-sanitario, che genera un clima di generale incertezza.

Il Senato, a maggioranza repubblicana, non ha più volte accettato la proposta presidenziale di Trump, volta a cancellare l'Obamacare (ACA Affordable

Care Act), obbligando tutte le forze politico-sociali a rivedere le posizioni di un fronte ad un problema sicuramente di forte impatto demagogico, ma non ancora governato da regole razionali.

Nelle ultime campagne elettorali di tutti i paesi occidentali, il problema “sanità” ricopre un ruolo sempre più determinante: è sufficiente visionare i giornali di dieci/venti anni or sono per verificare come lo spazio dedicato dai mass media a questo settore è enormemente cresciuto. Come succede negli Stati Uniti, si stanno sviluppando dibattiti volti a ridefinire una nuova visione della società in grado di dare attuazioni alle sensibilità andatesi a maturare negli ultimi anni tenendo però in debita considerazione la limitatezza delle risorse dedicabili.

La legge sulla sanità a buon mercato (ACA Affordable Care Act) ha rappresentato il tentativo della presidenza Obama di sottrarre la popolazione americana da una specie di ricatto medico, che tende a utilizzare il bisogno di salute come veicolo per trovare spazio alle potenzialità dell’offerta, cercando in alternativa di garantire una copertura se non ancora universale, il più allargata possibile. Un problema tutt’altro che risolto, che esce dai confini della sanità se, come afferma, il consigliere per la sanità di Obama, Ezekiel Emanuel: “Gli Stati Uniti devono imparare a fornire assistenza di qualità ai nostri cittadini a costi ridotti o affrontare la perdita della nostra leadership economica nel mondo”.

Lo scontro durante le presidenziali

Una pubblicità assillante sui media americani inquadrava una donna triste che afferma con sicurezza come purtroppo, Obamacare “semplicemente non funziona.” Nonostante ciò le iscrizioni sono costantemente cresciute. I dati riportati dal HealthCare.gov riportava come almeno 9.5 milioni di persone precedentemente non assicurati hanno già ottenuto copertura sanitaria dal momento che la legge è entrata in vigore (superando l’obiettivo originale di 7 milioni riportato dallo stesso Healthcare.gov). Tale numero include le persone che hanno acquistato piani di salute direttamente da imprese di assicurazione o che si sono iscritti nel Medicaid. Questo successo ha fatto sì che il numero di americani senza assicurazione sia scesa al 13,4 per cento, il tasso più basso mai registrato. Prima dell’introduzione dell’Obamacare nel 2013, il tasso di non assicurati dell’America raggiungevano il 18%.

La diffusione del sistema non è però avvenuta in modo uniforme: nel Kentucky grazie anche all’azione informativa del sito web statale, più di 300.000 persone hanno aderito al Medicaid portando Obama ad elogiare il Governatore Steve Beshear, durante il discorso sullo stato dell’Unione in gennaio

2016. In altri Stati il discorso ha assunto aspetti solo marginali, nonostante le indicazioni federali.

Ma proprio la possibilità di un generale successo ha fatto prefigurare, secondo i critici, uno scenario catastrofico-fallimentare, essendo soprattutto i soggetti già ammalati ad assicurarsi. I “sani”, infatti, risultano più restii ad assicurarsi facendo così mancare il necessario sostegno finanziario al sistema: preoccupazione che ha fatto presa in diverse fasce dell’elettorato. Per ovviare al problema delle cosiddette “precondizioni” di salute prima di assicurarsi, si è ipotizzato un sostegno pubblico, superiore ai 100 miliardi di dollari, per sostenere chi già è ammalato, evitando così di soffocare il sistema alla nascita. In effetti, sono in molti ad interrogarsi sulla sostenibilità del sistema e, prima ancora, a chiedersi se “sia morale promettere qualcosa che si sa che non possiamo pagare”, asserisce il senatore repubblicano Robert Benvenuti.

Il dibattito di fondo negli USA contrappone chi ritiene che le prestazioni debbano essere pagate direttamente dal beneficiario (o tramite la propria assicurazione) e chi sostiene la necessità di tutela generalizzata dove il costo sia rappresentato dalla capacità di contribuire e non dalle prestazioni richieste, come già avviene da decenni per il Medicare. Tale sistema è riuscito a fornire una copertura quasi totale agli americani di età superiore a 65 anni, ottenendo un alto indice di apprezzamento dai fruitori.

Un sistema basato sulle possibilità del singolo pagante e non più sul pagamento delle prestazioni richieste, secondo i sostenitori dell’Obamacare costituisce uno stimolo all’economia in quanto, garantendo la sanità per tutti costituisce una forma tangibile di sicurezza sociale, apprezzabile anche da quegli imprenditori, specie dalle medio-piccole imprese che così saranno libere di sviluppare i loro business plan senza preoccuparsi del costo e della difficoltà nel fornire le cure sanitarie per loro stessi e i loro impiegati. Verrebbero così rimossi i vincoli che obbligano a continuare a lavorare in un posto, perché le loro famiglie necessitano di particolari cure mediche. A ciò si aggiunge che gli ospedali, con il consolidamento dell’Obamacare, vedrebbero significativamente ridurre i contenziosi per cure non rimborsate: il pagamento a prestazione da parte del singolo fa sì che siano in molti a richiedere cure che poi non sono in grado di pagare, generando difficoltà notevoli e dispendio di energie per il recupero crediti.

Il livello di “sofferenze” degli ospedali americani verso soggetti insolventi con l’Obamacare è, in effetti, decisamente diminuita: il contenzioso causato da cure non pagate aveva infatti raggiunto i 5 miliardi di dollari annui. Sofferenze non sopportabili per un sistema ospedaliero direttamente o indirettamente quotato in borsa e sottoposto alle turbolenze dei mercati finanziari.

Lo stesso Presidente Obama, promise in numerose occasioni nel 2007 e

2008 che il suo piano avrebbe ridotto i costi addizionali per la media familiare fino a 2.500 dollari all'anno. Gli americani hanno invece dovuto affrontare un incremento dei costi contribuendo così alla sconfitta del partito democratico accusato di aver creato un sistema non sostenibile finanziariamente. Con il senno del poi, anziché focalizzarsi sulla massiva espansione e ristrutturazione del Sistema sanitario, si sarebbe dovuto concentrare sulla riduzione dei costi sanitari, ponendo maggiormente l'enfasi sulla prevenzione e benessere.

Oltre alla preoccupazione che, nel lungo termine, l'ACA non sia in grado di rallentare l'inflazione sanitaria, ha fatto breccia la tradizionale irritazione degli americani quando costretti ad adeguarsi ad un eccessivo intervento dello stato nella loro vita.

Il principio che le persone più ricche devono fondamentalmente contribuire alle spese sanitarie dei meno fortunati, negli USA contrasta spesso con la ritrosia nell'attribuire allo Stato la possibilità di sostituirsi alla persona nel determinare le proprie scelte. Tale sospetto è inoltre rafforzato dal fatto che con l'introduzione del Affordable Care Act, il numero dei piccoli uffici medici andati fuori mercato sono decisamente cresciuti: tali attività sono state in gran parte assorbite dalle grandi organizzazioni, riducendo la concorrenza. La concentrazione delle attività sanitarie, chiamato consolidamento, tende a compromettere, infatti, le possibilità di scelta del paziente costringendolo a rivolgersi ad un mercato sempre più oligopolista.

Sotto un profilo meramente contabile, a preferire l'Obamacare sono i pazienti ad alto rischio, (comprese le persone che fumano, che non si sono presi cura di se stessi e non controllavano il loro peso), che pagando un premio fisso si garantiscono una gamma elevata di prestazioni: mentre i giovani e le persone in buona salute, rischieranno di doversi far carico, in un futuro più o meno prossimo, del peso fiscale per sostenere le cure di chi, con premio contenuto, ha esercitato una domanda consistente di servizi sanitari.

Non si tratta solo di un problema economico legato ai possibili aumenti delle imposte, ma di una fattispecie di moral hazard (letteralmente "rischio morale") in quanto i fruitori di un servizio offerto a tariffa prestabilita oppure ad un prezzo politico, siano portati a ritenere che questo non abbia alcun costo reale; ciò provoca, di conseguenza, un consumo spesso indiscriminato del servizio, anche oltre la soglia di un'utilità marginale pari a zero (cioè che si continui a richiedere servizi anche quando questi non comportino più alcuna utilità). Il cosiddetto out-of-pocket (tirar fuori i soldi dalla propria tasca) rimane infatti uno dei deterrenti più incisivi a limitare l'eccesso di consumi. Anche se questo discorso stride un po' con il fatto che da decenni, gli americani siano la popolazione che più spende per acquisire servizi sanitari.

Occorre ricordare come la storia americana sia nata da un insieme di co-

munità che si eleggevano direttamente lo sceriffo e il giudice e che provvedevano direttamente a costruirsi l'ospedale: ora che lo stato Federale voglia sostituirsi a loro (con un aumento del peso fiscale) sono in tanti a non accettarlo culturalmente, prima ancora che economicamente. Per una parte significativa dell'elettorato appare sempre più evidente che un indebitamento contratto nel presente corrisponde ad una minore possibilità di azione nel futuro, su cui graveranno detti debiti. Vengono di fatto invertiti i principi delle politiche Keynesiane che vedevano proprio nella spesa pubblica un volano per la crescita economica. Chi ha ragione lo deciderà la storia, ma i malati di oggi, da anni spettatori del dibattito sulla salute, vorrebbero soluzioni più immediate e concrete. Le elezioni hanno dato ragione agli scettici, ma poi alla prova dei fatti il sistema è sopravvissuto grazie ad una spaccatura all'interno dello stesso partito del neo presidente Trump, scatenando ancor più il dibattito ed obbligando a riflettere anche gli altri paesi occidentali.

La sanità americana: luci ed ombre

I costi sanitari negli Stati Uniti sono i più alti al mondo in termini di percentuale sul PIL, ma nonostante cioè gli "esclusi" dal sistema sono decine di milioni. A muovere verso l'Obamacare è stata sicuramente la consapevolezza che il paese più ricco della Terra non garantisce la sanità a tutto il suo popolo, mentre permette forme di malversazione (profiteering) dell'industria farmaceutica e delle compagnie private di assicurazioni, in alcuni casi accusate di sciacallaggio. Gli Stati Uniti spendono, pro capite, quasi il doppio nella sanità di altre nazioni (tra cui Gran Bretagna, Italia, Francia), ma continuano a registrare mortalità (compresa quella infantile) poco confortanti.

A difesa degli alti costi sostenuti, va riconosciuta la capacità del sistema americano nel settore della ricerca e la conseguente posizione di leadership a livello internazionale nel mercato farmaceutico e della strumentazione medica, con un significativo impatto sull'export americano.

Se da un lato è innegabile che gli Stati Uniti hanno offerto il maggior contributo all'evoluzione delle scienze mediche con un'infinità di studi e scoperte, dall'altro cresce la preoccupazione di un eccesso di utilizzo di beni e servizi sanitari oltre i limiti dell'appropriatezza, riducendo l'efficacia complessiva degli interventi. In effetti l'ACA non è stata sufficientemente incisiva nell'affrontare le cause di aumento dei costi sanitari, né di reinventare il Sistema ospedaliero, anzi si sono andate a consolidare forme di oligopolio che in alcune realtà si sono trasformati in monopoli locali e regionali incontrollati, con conseguente aumento delle spese sanitarie e farmaceutiche. Queste tendenze di fondo stanno spingendo gli assicuratori a proteggere le proprie posizioni

con nuove tattiche, compreso il tentativo di guidare i pazienti ad alto costo, i cosiddetti “non-preferreds”, fuori dai piani medici: cioè non più assicurarli.

L’ACA, ha tentato di introdurre una specie di trasparenza forzata per contrastare le preoccupazioni che le prescrizioni dei medici e le scelte dei trattamenti siano influenzate da ragioni di convenienza finanziaria, cercando di far uscire il problema dalle sacche della burocrazia e dei cavilli legali ed accrescere gli studi basati sull’appropriatezza. Argomento difficilissimo per le possibili complicanze su cui poco è stato fatto e comunque non in forme esaustive, ma che sarà il banco di prova per qualsivoglia sistema sanitario si voglia approntare: l’Obamacare ha avuto il merito di evidenziare il problema e di tentare un primo approccio basato su una maggiore conoscenza dei dati disponibili.

Il ruolo dei Datori di lavoro

Attualmente gran parte delle polizze assicurative sono a carico dei datori di lavoro (169 milioni di americani ricevono la loro copertura attraverso i loro datori di lavoro) ma nelle previsioni di Ezekiel Emanuel, il primo assistente di Obama e architetto della legge, tale condizione si sarebbe ribalta nel 2025 allorché i costi delle polizze a carico del datore sarebbero risultati residuali nel contesto generale.

Dagli ultimi dati disponibili, senza correttivi, i costi in capo ai datori di lavoro passeranno da 4,800\$ a 5900\$ dal 2015 al 2023.

Gli impiegati percepiscono con immediatezza quando i loro premi crescono, ma lamentano scarsa informazione circa il perché di detta crescita, avvalorando il sospetto che qualcuno speculi sulle loro necessità. I datori di lavoro dovrebbero fornire informazioni adeguate ogni anno durante il periodo d’apertura di iscrizione, ma siamo ancora distanti da una effettiva trasparenza sui benefici dei piani assicurativi e dei loro costi.

Milioni di lavoratori hanno l’impressione di pagare di più per la loro sanità, perché i loro datori di lavoro hanno lentamente riorganizzato i parametri in modo che gli impiegati abbiano minori coperture, con conseguente rischio di sopportare direttamente alcune spese sanitarie.

Le prospettive

L’ACA non ha risolto uno dei più grandi problemi nella sanità USA: come finanziare la cura a lungo termine per pazienti che soffrono di disabilità o di malattie croniche come l’Alzheimer. Con l’ACA si è pensato di estendere la copertura anche a questo tipo di patologie, ma ogni tentativo è stato smorzato

dagli eccessivi costi, lasciando però spazio a parecchi programmi pilota mirati a trovare modi per permettere a persone molto fragili e malate di ricevere direttamente a casa propria cure e servizi sociali.

Il successo dell’operazione passerà inevitabilmente attraverso un maggiore coordinamento delle cure tra medici, infermieri, specialisti, ospedali e altri operatori cui i pazienti possono rivolgersi per l’assistenza sanitaria. Diversamente dal sistema italiano o inglese, predisposti a gestire il coordinamento tra più livelli assistenziali, la sanità americana è meno abituata ad assicurare che medici di famiglia e infermieri siano partner degli ospedali nel gestire i percorsi delle cure.

La legge sanitaria di Obama prevedeva anche la creazione di hospice per permettere a persone con malattie terminali di ricevere assistenza senza dover rinunciare ai trattamenti ancora utili.

Per dare effettività a questi progetti occorre però superare un altro punto critico: la cronica difficoltà (o forse sarebbe più corretto parlare di riluttanza) degli attori del sistema a scambiarsi documenti sanitari al fine di garantire che i pazienti possano disporre all’abbisogna di una copia completa di tutti i loro documenti elettronici sanitari, semplicemente tramite un codice di accesso. Oltre alle scelte di impostazione, il dibattito sugli assetti della sanità americana ha permesso di approfondire le conoscenze sulle variabili che caratterizzano il sistema. Oggi uno dei principali costi che le strutture e i singoli professionisti devono sostenere sono collegati alle cause giudiziarie connesse alla cosiddetta negligenza medica. Per integrare l’efficacia della riforma si è infatti proposto di inibire le cause contro strutture e personale sanitario che abbiano seguito linee guida e protocolli di buona pratica clinica, riconosciute dalle organizzazioni mediche accreditate.

In effetti uno stato deve garantire ex ante la qualità e la professionalità di chi opera in ambito sanitario, limitando i contenziosi solo laddove questi parametri non sono rispettati: dal trend in crescita quasi esponenziale dei contenziosi in ambito sanitario, in America come in Europa, e dalla scarsa attenzione a prevenire questo problema sembra quasi che il sistema sia più interessato a garantire lavoro agli studi legali che non a prevenire gli incidenti sanitari. Se un professionista viene lasciato operare in una struttura pubblica o privata è perché questo risponde a definiti, controllabili e controllati requisiti.

Repubblicani e Democratici continuano ad ispirarsi a impianti ideologici profondamente diversi su alcuni degli elementi chiave. Sono in disaccordo sul ruolo del governo, sulle libertà del singolo individuo e soprattutto sul dilemma della spesa complessiva. Anche fuori dagli Stati Uniti le forze politiche di tutto il mondo occidentale stanno dibattendo sugli stessi problemi, ed in particolare su come impostare gli asset del sistema stesso. Per superare questa

fase occorre definire senza partigianeria di parte individuare tutte le possibili soluzioni. Le pagine che seguono tentano di mettere un po' d'ordine.

Parte III

La scelta del sistema sanitario: ossia di che sanità sei?

Alla domanda, “quale sanità preferisco?” i talk show hanno insegnato a rispondere con frasi ad effetto del tipo “che funzioni”, “che assicuri cure adeguate”, “che fornisca risposte tempestive” e via dicendo. Tutte risposte condivisibili, ma che non spiegano “come” e prima ancora “con quale sistema”.

Ed allora ci permettiamo di proporre una classificazione delle possibili organizzazioni sanitarie in modo da aiutare a definire le preferenze verso il mondo sanitario, sapendo che se anche noi non ci interessiamo di sanità, prima o poi sarà la sanità ad interessarsi a noi!

Abbandonate le lotte ideologiche che vedevano contrapposto pubblico e privato come modelli alternativi, l'evoluzione delle politiche che governano i sistemi sanitari dei paesi occidentali si caratterizzano per l'ambizione di dominare e rielaborare i fenomeni sanitari tramite mediazioni, necessariamente temporanee, ma che permettano l'applicazione di un sistema normativo confacente alle istanze presenti nella società.

Molti Stati rispettando, anzi esaltando, i margini imprescindibili di libertà individuale, pongono tra i loro fini il miglioramento delle condizioni di salute della collettività, attraverso una, più o meno marcata socializzazione del rischio. In quest'ottica, molte politiche sanitarie hanno cercato di sviluppare il settore passando dalla gestione della cura assistenziale e dell'emergenza, alla prevenzione ed infine alla promozione della salute, con una concezione dell'igiene ambientale intesa nel suo significato più ampio ed esteso.

Istituzionalmente lo Stato è chiamato a stabilire verso quale tipo di sistema vuole indirizzare il settore sanitario, al fine di assicurare la tutela della salute di tutta la popolazione.

Tra i due estremi (sola presenza dello Stato accentratore e pianificatore e la totale libertà delle componenti d'affermarsi secondo le regole di mercato) si possono identificare un'infinità di soluzioni intermedie, anzi si può affermare che le ipotesi estreme risultino ormai solo visioni concettuali, mentre tutti i sistemi presenti nel mondo, dagli Stati Uniti (dove la spesa pubblica ha superato quella privata) alla Cina (dove viceversa la spesa privata ha superato quella pubblica) possono definirsi misti con la contemporanea presenza di componenti pubbliche e privatistiche. Può quasi risultare un “gioco” individuare qual è la posizione individuale di ognuno di noi e verificare, tra le diverse soluzioni, quella che più si avvicina alla propria posizione individuale.

Se si esaminano le ipotesi su come si sono andati a realizzare i sistemi sanitari si può costruire una successione di ipotesi (evidentemente le possibilità di combinazioni sono pressoché infinite e questo schema ne riassume solo i principali). In dettaglio:

Prevalenza del settore pubblico:

- presenza esclusiva del settore pubblico con servizi offerti a prezzo zero o a prezzi politici (stabiliti dalle autorità centrali);

- mercati interni ai rispettivi servizi sanitari. Tutto il servizio rimane pubblico ma si possono sviluppare forme di concorrenza tra i vari enti operanti nel settore;

- il settore pubblico si rivolge anche a privati fornitori tramite convenzioni (produzione di servizi privata, ma il pubblico conserva sempre una posizione di monopolio sul mercato).

Sistema misto:

- intervento pubblico con servizi offerti gratuitamente o a prezzi politici ma dove i privati possono organizzarsi per offrire prodotti sanitari intermedi o prestazioni dirette a pagamento, sottoposte a controllo pubblico;

- entrambi i sistemi convivono anche se con finalità diverse in un regime di confronto/concorrenza;

- prevalenza di forme assicurative obbligatorie sia pubbliche che private gestite in modo autonomo.

Libera concorrenza:

- sistema misto dove il pubblico garantisce solo alcune prestazioni a particolari categorie di persone e/o per determinate patologie;

- preponderante presenza del privato sottoposto a un articolato complesso di norme e di controlli;

- solo intervento del privato caratterizzato da forme di libera concorrenza regolamentate da norme e regolamenti.

Se negli Stati Uniti vige un sistema essenzialmente privato, con alcuni interventi pubblici (Medicare e Medicaid che la riforma Obama ha cercato di sviluppare), in Europa i vari sistemi sanitari sono riconducibili sostanzialmente a due modelli: il Beveridge e il Bismark. Il primo, dal nome del ministro inglese che lo ideò, è caratterizzato da una copertura universale di tutti i cittadini e da una partecipazione dello Stato sia nella fase di finanziamento, basata sul prelievo fiscale, che nell'erogazione dei servizi.

In pratica lo Stato si fa garante in proprio della salute dei cittadini, gestendo direttamente la maggior parte delle strutture assistenziali. Questo modello è la base dei sistemi sanitari operanti in: Inghilterra, Irlanda, Portogallo, Danimarca e Italia.

Il modello Bismark prevede invece che la copertura universale di tutti i cittadini sia ottenuta attraverso la contemporanea presenza del pubblico e del privato nei fattori di produzione. In questo caso i cittadini sono, per legge, obbligati a stipulare una qualche forma assicurativa, ma possono rivolgersi per il soddisfacimento dei loro bisogni optando liberamente tra strutture pubbliche e private poste su un piano paritetico e concorrenziale. I paesi europei che adottano questo modello sono: Olanda, Germania, Lussemburgo, Grecia, Francia e Spagna. Ma le forme per attuare questi modelli e le direttive dell'O.M.S. (che offrono un valido termine di confronto nel misurare i progressi compiuti da un sistema sanitario) trovano, in base ai criteri politici adottati, diverse applicazioni nei singoli Stati. Parecchi sono, infatti, i parametri che possono caratterizzare i singoli sistemi:

- grado di equità orizzontale e verticale che si vuole ottenere;
- possibilità di scelta da parte dei pazienti;
- responsabilità e possibilità operative dei singoli attori;
- grado d'influenza della sfera politica e competenza decisionale dei tecnici;
- contrapposizione in termini economici tra chi fornisce i servizi (ospedali, medici, poliambulatori), chi li sovvenziona (autorità sanitarie) e chi li acquisisce (Assicurazione, singolo paziente o raggruppamenti di questi), realizzando un diverso grado di concorrenzialità sui mercati tra i vari attori;
- grado di decentramento della responsabilità ai singoli operatori (burocrazia o *deregulation*);
- spirito d'imprenditorialità presente nel sistema;
- livello qualitativo che si vuole raggiungere.

Indipendentemente dal sistema adottato, si pone il problema dell'articolazione delle responsabilità gestionali sia da un punto di vista di coinvolgimento degli enti locali o periferici, sia per quanto concerne il potere di programmazione del singolo medico o équipe. Se un maggior grado di decentramento permette di meglio conoscere i problemi dei cittadini e di fornire risposte adeguate alla situazione, a questo corrisponde però una maggiore possibilità di creare disuguaglianze di trattamento. A favore delle responsabilità centralizzate dello Stato spingono, infatti, quelle correnti ideologiche rivolte alla realizzazione di sistemi universali ed egualitari di sicurezza sociale.

L'uguaglianza nell'erogazione delle prestazioni (in genere connessa a forme gratuite di distribuzione che annullano l'elemento reddituale del singolo) è, infatti, l'obiettivo ultimo di molti sistemi sanitari, non solo a economia pianificata, ma anche nei paesi occidentali a libero mercato.

Questo primo inquadramento permette di sviluppare il ragionamento evidenziando i punti di forza e di debolezza che possono caratterizzare le singole posizioni.

Privato puro

Mercato scarsamente regolamentato dove le componenti sono libere di prendere e attuare le proprie decisioni senza dover rispondere a nessuno se non la ricerca del massimo vantaggio.

Tipo di mercato

L'assenza di regole rigide fa sì che il tipo di mercato viene dettato dalle situazioni che si vengono a formare spontaneamente in base a condizioni oggettive: possono così ritrovarsi forme di monopolio o di oligopolio quando gli investimenti o il know how sono tali per cui solo una o poche aziende riescono a fornire un determinato servizio, ma la mancanza di vincoli dovrebbe permettere (o più correttamente non impedisce) l'ingresso di più imprese nel settore in base alle condizioni di mercato.

Livello di libertà del cittadino

Teoricamente massima: la mancanza di vincoli formali permette, infatti, al cittadino di operare le sue scelte come meglio crede. In realtà però problemi di asimmetria informativa e, per le cure more expensive, la disponibilità finanziaria fanno sì che la mancanza di regole non porti inequivocabilmente ad una soluzione di piena libertà.

Grado di concorrenzialità del sistema

Al limite del "selvaggio", per le attività a larga diffusione: per le altre si registra il serio rischio di forme locali e/o settoriali di monopolio.

Ruolo economico del medico di fiducia

Sotto un profilo economico è un libero professionista che, in base al mercato in cui opera, ricerca il massimo profitto soddisfacendo soprattutto le esigenze immediate (in primis bisogno d'attenzione, comfort alberghieri e supporti logistici) dei clienti/pazienti.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Massima possibilità operativa perseguita attraverso l'individuazione di quelle attività maggiormente remunerative (tralasciando invece attività che nel breve non ottengono soddisfazione dal mercato).

Autonomia finanziaria

Essendo l'impresa stessa a determinare l'utilizzo dei propri fondi (capitale proprio, riserve e utili non distribuiti) questi vengono indirizzati laddove si ritiene ci saranno maggiori possibilità di ritorno sugli investimenti.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere dovrebbe essere polverizzato tra tutti coloro che prendono decisioni in campo sanitario e, quindi, i cittadini/pazienti, quali detentori della domanda, dovrebbero poter giocare un ruolo di primo piano: in realtà però notevole può essere il ruolo esercitato da "agenzie di marketing" criptate che in mancanza di regole possono influenzare il comportamento dei singoli individui.

Privato regolato

Mercato dominato dalla presenza di attività private, la cui libertà di azione viene da un lato garantita da apposite regole dall'altro viene inserita in un contesto in cui al bene del singolo è affiancato la tutela del benessere collettivo. La presenza di regole certe e determinate permette d'indirizzare il sistema verso alcuni obiettivi considerati prioritari e di verificare che le condizioni di mercato, ritenute opportune, trovino precisa concretizzazione nelle singole situazioni (cioè se si vuole una situazione di libera concorrenza occorre installare un insieme di regole che la garantiscano da degenerazioni).

Tipo di mercato

A determinare il tipo di mercato non sono solo le oggettive condizioni rilevabili nella società ma anche la volontà normativa d'indirizzare la Sanità, o settori di questa, verso determinate forme di monopolio, oligopolio, concorrenza perfetta, considerate di volta in volta utili per affrontare una situazione. Ad esempio la gestione dell'elisoccorso e delle ambulanze, lasciata senza regolamentazione creerebbe solo del caos mentre, pur in presenza di fornitori privati per questi servizi, ma con un'efficace regolamentazione, si dovrebbe poter raggiungere un sistema in grado di rispondere anche ad obiettivi pubblici.

Livello di libertà del cittadino

Fatto salvo il rispetto delle norme regolanti la materia (alcune delle quali poste in essere proprio a tutela del cittadino) il sistemare tutte le componenti in esso operanti, possono godere di ampi margini d'azione.

Grado di concorrenzialità del sistema

Il sistema conosce le regole e le sue componenti cercano di operare per ottenere il massimo vantaggio, rispettando le suddette regole. La funzionalità del sistema è data dalla bontà delle regole e dalla loro attuazione: esiste però il pericolo che alcune componenti lobbistiche cerchino di entrare nella fase di determinazione delle norme per indirizzarle a loro esclusivo vantaggio.

Ruolo economico del medico di fiducia

L'imposizione di regole può non contrastare (anzi è possibile imporre direttamente l'applicazione di alcuni indirizzi etici) con la mentalità ippocratica del medico che si vede così tutelato da effetti distorsivi che possono derivare da un clima di eccessivo confronto non controllato (primo esempio è il bisogno del medico di salvaguardare la sua professionalità: da qui la necessità di prevedere il reato di esercizio abusivo dell'arte medica o del reato di comparaggio).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

In rapporto ai vincoli stabiliti le imprese operanti in questo mercato ricercano una "nicchia" che soddisfi le esigenze di profitto e la prospettiva futura di ricoprire un più significativo ruolo all'interno del sistema se non altro per poter far rilevare l'utilità della propria attività;

Autonomia finanziaria

Tranne la parte di disponibilità finanziarie destinate a soddisfare i vincoli imposti dal sistema (esempio: norme di sicurezza, obbligo a erogare determinate situazioni...) vi è completa autonomia nel destinare i fondi (la programmazione aziendale probabilmente viene influenzata dalle possibili previsioni, oltre che sull'andamento del mercato, sull'evoluzione normativa).

Chi detiene il potere decisionale?

Il Legislatore ricopre un ruolo importante nel momento della definizione delle regole e nella verifica della loro attuazione: ma una volta stabilite le regole questo tipo di mercato lascia ampia autonomia di decisione a tutte le componenti ad esso interessato (cittadini e loro medici broker, imprese private e no profit, associazioni di volontariato...)

Regime delle assicurazioni obbligatorie

La possibilità di affrontare eventuali disagi connessi allo stato di salute sono delegate a società a ciò predisposte: vi è cioè la consapevolezza che il problema salute non può essere affidato solo alla lungimiranza dei singoli, ma occorre che ogni individuo, per obbligo di legge si occupi della questione ricercando sul mercato quella forma (autorizzata e accreditata) che meglio soddisfi le proprie esigenze. In prima battuta le Società assicurative s'inseriscono come terzo soggetto in un mercato che vede sul lato della domanda la quasi totalità della popolazione e sul lato dell'offerta, un insieme di attività di cui le società assicurative rappresentano i maggiori acquirenti.

Tipo di mercato

Se le Società assicurative sono numerose e non vincolate dalle sottoscrizioni di cartelli, il mercato presenta un alto livello di concorrenzialità: se invece poche società controllano gran parte del mercato (o se tra loro ci sono accordi che obbligano le società sottoscrittrici ad un comportamento uniforme) siamo in presenza di un oligopolio.

Livello di libertà del cittadino

Persa la "possibilità di disinteressarsi del problema salute" il cittadino è obbligato a scegliere tra le diverse opportunità offerte dalle società assicurative concorrenti. Lo Stato può garantire e verificare che non si vengano, di fatto, a creare forme di monopolio dove la libertà di scelta del cittadino sarebbe di fatto annullata.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità è data, oltre che nel momento della scelta del cittadino fra le diverse assicurazioni, anche tra le assicurazioni che si vedono impegnate nella ricerca di soluzioni maggiormente conformi alle esigenze che il mercato presenta.

Sul lato dell'offerta, questo sistema obbliga le strutture sanitarie a confrontarsi non più solo con il cittadino/paziente, ma anche con società che per esperienza e possibilità soffrono meno il problema dell'asimmetria informativa.

Ruolo economico del medico di fiducia

Contemporanea necessità di soddisfare il cliente/paziente e la società con cui è convenzionato e da cui è remunerato. Non sempre le due esigenze coincidono. Quando infatti un individuo ha sottoscritto una polizza ha poi tutto l'interesse a richiedere prestazioni. Il medico se remunerato a prestazioni tende a fornirle, aumentando così le spese per l'assicurazione; se invece il medico è remunerato su base capitaria avrà tutto l'interesse a ridurre le prestazioni, che per lui rappresenterebbero solo un aggravio.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Ricerca di stipulare contratti con una o più Società Assicuratrici, facendosi carico della necessità di soddisfare parte delle condizioni previste nella polizza.

Autonomia finanziaria

Se sono le stesse società assicuratrici ad avere le proprietà delle strutture sanitarie l'autonomia finanziaria di queste sarebbe dettata esclusivamente dai piani di previsione e sviluppo delle Società medesime. Se invece gli assetti proprietari sono diversi le strutture sanitarie possono avanzare i loro progetti e poi verificare il ritorno di utilità in base al successo riscosso dai pazienti e dalle loro Società Assicuratrici.

Chi detiene il potere decisionale?

Indubbiamente il potere delle Assicurazioni è molto forte ma deve costantemente confrontarsi con il successo riscosso tra i cittadini e le possibilità contrattuali da stipulare con le singole strutture ospedaliere, capaci di trattare su più punti in posizione di non subalternità.

Sistema misto in concorrenza

La contemporanea presenza del settore pubblico (basato sul prelievo fiscale e rivolto a tutti gli individui in base alle loro necessità) e del settore privato (che ricerca nel mercato, cioè nella capacità di appagare i bisogni dei singoli individui, la propria ragione d'essere), permette di garantire livelli di assistenza sanitari a tutta la popolazione e di offrire servizi differenziati in un regime di confronto/competizione non solo fra aziende diverse ma tra sistemi diversi.

Tipo di mercato

Il mercato elabora continui confronti tra settore pubblico e strutture private, anche se non si può parlare di vera e propria concorrenza, in quanto le condizioni in cui operano i due sistemi sono spesso profondamente diverse; certo è però che il bisogno da soddisfare può coincidere ed è proprio dal confronto su come si riescono a risolvere i singoli problemi che si può instaurare

confronto (oltre a quello che si realizza all'interno dei due sistemi tra le imprese in esso operanti).

Livello di libertà del cittadino

Il cittadino è obbligato a partecipare alla copertura delle spese della Sanità Pubblica (in genere con un prelievo fiscale proporzionale al proprio reddito) ma può scegliere tra alternative diverse. Anche nel caso in cui un cittadino scelga di rivolgersi al privato deve comunque sottostare ad un esborso aggiuntivo a favore del settore pubblico, di cui solo in parte potrà poi ritornargli come servizi resi (servizi d'emergenza) o come fruitore di un benessere sociale diffuso.

Grado di concorrenzialità del sistema

Nel sistema convivono due forme di concorrenza: tra strutture private e tra enti pubblici (ammesso per questi ultimi che il sistema permetta un'effettiva concorrenzialità: in ultima istanza, tutte le unità operative sono riconducibili al volere di cui l'autorità politica e, quindi, strategicamente governate con finalità simili). A queste due concorrenzialità, per così dire "interne", si aggiunge il confronto tra i due settori: dovrebbero di conseguenza crescere le possibilità di elaborare soluzioni originali e alternative (il settore pubblico in questo può presentare forme di dinamismo manageriale in quanto obbligato a confrontarsi quotidianamente con il settore privato).

Ruolo economico del medico di fiducia

Il medico di fiducia deve aiutare a scegliere quale struttura meglio si adatta alle necessità del proprio paziente: succede però che, pur nel rispetto delle leggi, le strutture private possano attivare processi di marketing volto a convincere il medico sulla bontà delle prestazioni erogate, mentre la struttura pubblica difficilmente pone in essere simili comportamenti: anzi un'eventuale crescita della domanda porta a sviluppare controlli sui medici per i loro "eccessi" (un paziente in più, per un privato, è un cliente, mentre per la struttura pubblica è, in ultima istanza, un costo).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Alla concorrenza all'interno dei rispettivi settori e al confronto fra strutture diverse possono instaurarsi anche momenti collaborativi e sinergici volti a permettere lo sfruttamento dei reciproci punti di forza (molteplici possono essere, infatti, i tipi d'accordo che si possono stipulare tra i soggetti operanti in questo sistema).

Autonomia finanziaria

In entrambi i sistemi, l'autonomia finanziaria (e soprattutto le possibilità di investimenti futuri) devono costantemente confrontarsi su cosa altre strutture hanno già avviato presso la stessa collettività. La presenza del pubblico può infatti sopperire, tramite fondi stanziati ad hoc, l'erogazione di servizi proprio

laddove il privato è più debole o dove sono necessari forti investimenti iniziali, mentre il privato garantisce il rispetto di certi margini d'efficienza nell'uso delle risorse i cui standard, riveduti e corretti, devono trovare applicazione anche nel pubblico.

Chi detiene il potere decisionale?

La presenza di più soggetti fa sì che anche il potere risulti frazionato: dai pazienti che comunque possono decidere; dai medici di fiducia, dal legislatore, dagli ospedali privati (imprenditori) e pubblici (classe amministrativa espressione di un management che agisce applicando quelle che sono le direttive politiche stabilite per la Sanità).

Sistema misto senza concorrenza

Nella ripartizione dei compiti tra settore pubblico e libera iniziativa del privato possono identificarsi alcune materie che per scelta o per tradizione sono da considerarsi, con maggiore facilità, di pertinenza di uno di essi.

Di fatto si divide il comparto sanitario in due mercati distinti all'interno dei quali si vengono a creare regole diverse che possono sinergicamente concordarsi se la normativa che governa detto comparto indirizza verso comportamenti confacenti entrambi i settori.

A limitare il predominio di un settore sull'altro non è però, dove questo modello viene applicato correttamente, un dettato normativo quanto un'impossibilità finanziaria a sostenere ulteriori spese per il settore pubblico (limite di bilancio) e un limite di convenienza per l'impresa privata (il mercato deve cioè assorbire eventuali proposte il cui costo ricade totalmente sul cliente/paziente).

Esasperando il modello si può ipotizzare un mercato ad hoc per ogni raggruppamento di patologie (la complessità della materia e la sua estrema modificabilità, anche nel breve periodo, non permettono però di dare attuazione a questo tipo di ragionamento).

Tipo di mercato

La duplicità che caratterizza questo modello provoca la formazione di due distinti modelli: uno monopolista con la sola presenza del settore pubblico (in genere di competenza del pubblico sono i servizi di emergenza, l'alta specialità, i servizi more expensive...), l'altro, quello privato (in genere interessato alle specialità ambulatoriali tipo odontoiatria, oculistica...) può prevedere al suo interno tutte quelle combinazioni tipiche di questo settore (concorrenza perfetta, oligopolio e, in alcuni casi, anche il monopolio).

Livello di libertà del cittadino

In base alla patologia il cittadino è indirizzato verso uno dei due settori. Il privato può proporre, per quei servizi prodotti dal pubblico, prestazioni sussidiarie, con attenzione rivolta, soprattutto, agli aspetti alberghieri.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità si sposta da tutto il sistema a particolari settori di questo (cioè all'interno dei due settori dove maggiori sono le possibilità di confronto tra imprese diverse).

Ruolo economico del medico di fiducia

Informa il paziente delle disponibilità del servizio pubblico mentre seleziona, in funzione delle patologie (la non concorrenza tra i due sistemi dovrebbe escludere soluzioni adottate in funzione del tipo di pazienti,) le proposte avanzate dalle strutture private accreditate.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Il mercato sanitario scomposto in due settori obbliga le imprese a rispettare i vincoli preposti per il tipo di mercato in cui operano. Trattasi però di confini e regole mutevoli in base alle tendenze politiche dominanti e all'evoluzione tecnologica (nei paesi ad economia avanzata si è potuto constatare con quale rapidità sono avvenuti cambiamenti relativi alla "socialità" delle patologie).

Autonomia finanziaria

Sia all'interno del settore pubblico che in quello privato possono realizzarsi forme di autonomia finanziaria per le singole imprese rappresentate da budget non rigidamente vincolati se non per il raggiungimento delle rispettive finalità.

Chi detiene il potere decisionale?

Nell'ambito del sistema pubblico notevole peso decisionale e gestionale è di competenza del legislatore e delle autorità sanitarie chiamate a gestire i budget disponibili; mentre nel settore privato si ricreano le condizioni tipiche di questo mercato dove giocano un ruolo determinate pazienti e medici (quali detentori della domanda), imprese (quali detentori dell'offerta), oltre ovviamente allo Stato che determina i confini entro i quali gli attori possono muoversi.

Erogazione pubblica di servizi prodotti direttamente o acquistati sul mercato

Questo tipo di mercato è caratterizzato dall'esclusiva presenza del settore pubblico nella fase di erogazione delle prestazioni sanitarie, le quali possono essere prodotte oltre che da aziende pubbliche anche da quelle private. La logica economica che sottende questo modello è che lo Stato è sì obbligato a erogare gratuitamente o a prezzo politico determinati servizi ma non necessariamente deve produrli direttamente ad un costo maggiore di quello che può proporre, a parità di condizioni e di qualità, un privato.

Tipo di mercato

Il mercato (monopolista per quanto riguarda non più la figura del produttore, ma quella dell'acquirente/erogatore) si presenta governato da precise regole programmatiche dove la singola impresa deve soddisfare gli obiettivi

fissati dal sistema (cioè da un ente politico in rappresentanza degli interessi globali della popolazione), ma può disporre di un'ampia autonomia su come procedere nella sua attività.

Livello di libertà del cittadino

Il cittadino può godere della possibilità di rivolgersi alla struttura che più gli aggrada e così facendo ne determina, più o meno consapevolmente, il successo. Pur essendo tutto nell'ambito pubblico, l'individuo rimane comunque "cliente" e come tale deve essere trattato, soprattutto, se la struttura cui si rivolge (pubblica o privata che sia) è chiamata a soddisfare le sue esigenze per veder riconfermato il proprio potenziale produttivo.

Grado di concorrenzialità del sistema

La concorrenzialità del sistema si manifesta nel momento in cui il pubblico si rivolge alle strutture private per l'acquisizione di determinati prodotti/servizi che intende erogare, mettendo in competizione più imprese.

Ruolo economico del medico di fiducia

Potendo ribaltare la domanda di sanità dei propri pazienti esclusivamente al settore pubblico (il fatto che poi a monte ci siano forniture private, salvo casi di comparaggio, non è un dato influente per il medico di fiducia) l'attenzione si sposta sulla ricerca della rispondenza dei servizi erogati dalle singole imprese ai casi trattati.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

L'operatività della singole imprese deve rispondere alle logiche informanti il sistema nel suo complesso (possono proporre nuove soluzioni, la cui bontà non può essere verificata dal mercato, ma deve sottostare all'autorizzazione, all'accreditamento e alle possibilità finanziarie del pubblico). Sono possibili forme di promozione da parte delle ditte private, ma non presso il pubblico (al di là di possibili norme vincolanti in tal senso, non è il pubblico che decide e paga l'intervento) mentre maggiore può risultare la pressione presso eventuali soggetti che possono disporre della domanda. Si ritrova in questo caso una pluralità di attori: un soggetto (il medico) che richiede il consumo di un determinato servizio, un soggetto (il paziente) che gode delle prestazioni e un terzo soggetto (il cosiddetto terzo pagante) che provvede a ricoprire le spese sostenute e, infine, un soggetto (l'impresa) che provvede a erogare le prestazioni.

Autonomia finanziaria

Il budget delle singole imprese viene fissato in base ai programmi stabiliti e non vi è un'immediata possibilità di verificare se il mercato non gradisce più (o vorrebbe una crescita) di determinati servizi.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere di decisione dei cittadini perde di peso a favore di uno Stato dirigista che determina quali e quanti servizi erogare (producendoli direttamente

o scegliendo dove acquistarli), mentre rimane nella scelta delle singole imprese erogatrici.

Servizio pubblico impostato su mercati interni

L'esigenza di soddisfare livelli minimi di assistenza sanitaria, indipendentemente dalla capacità dei singoli a remunerare le prestazioni richieste e la necessità di attivare un sistema comunque concorrenziale e selettivo, suggerisce l'adozione di un modello di mercato basato sui cosiddetti mercati interni: dove cioè le singole imprese pubbliche si confrontano con un insieme di regole ad hoc capaci di selezione ed escludere l'inefficiente.

Tipo di mercato

Concorrenza interna al settore pubblico dove ogni impresa, in un regime di libera competizione, cerca come meglio rispondere alle esigenze che provengono dalla volontà politica espressione della volontà popolare.

Livello di libertà del cittadino

I cittadini sono obbligati a scegliere la struttura sanitaria all'interno del settore pubblico e questa loro scelta contribuisce in modo più o meno determinante al successo economico delle singole strutture.

Grado di concorrenzialità del sistema

Il sistema pur essendo pubblico gode di un minimo di concorrenzialità poiché ogni struttura vede collegata la propria possibilità di crescita e di sviluppo alla capacità di soddisfare, meglio degli altri, necessità presenti nella società e rilevate dalla classe politica dominante.

Ruolo economico del medico di fiducia

Potendo ribaltare la domanda di sanità dei propri pazienti esclusivamente al settore pubblico l'attenzione si sposta esclusivamente sulla ricerca della rispondenza dei servizi erogati dalle singole imprese ai casi trattati (oltre a massimizzare il suo tempo libero rinviando ad altri soggetti il maggior numero di casi). In questi casi il medico è spesso diretta espressione del servizio sanitario pubblico e deve rispondere a questo sull'uso delle risorse e della domanda sanitaria da lui indotta. Classico è l'esempio degli studi condotti sul consumo di farmaci dove alcuni sistemi hanno posto tetti finanziari (un budget in Gran Bretagna che se violato comporta appesantimenti amministrativi e maggiori controlli in capo ai medici; vincoli finanziari in Germania dove addirittura si ipotizza di collegare parte della retribuzione del medico alla sua capacità di contenere i costi...).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Le strutture sanitarie pubbliche acquisiscono una condotta imprenditoriale nel momento in cui la loro opera risponde alla necessità di comparare i ricavi (economici e sociali) con i costi sostenuti. Tendenzialmente i prezzi in questo

tipo di mercato sono fissati dall'autorità centrale, per cui la concorrenza non dovrebbe avvenire su diversità monetarie ma sulla capacità di erogare servizi di maggiore qualità.

Autonomia finanziaria

Il budget è solo parzialmente determinato dall'Ente Centrale tramite trasferimenti, ma dipende anche dalla capacità della singola struttura di trovare sul mercato il riscontro del suo valore con la capacità di soddisfare un maggior numero di individui.

Chi detiene il potere decisionale?

Il potere è tutto nel settore pubblico anche se ripartito a diversi livelli: da quello centrale di legiferazione a quello periferico del management chiamato a gestire le singole strutture.

Sistema delle risorse stabilite a priori

La necessità di fissare un tetto massimo di spesa nel settore della Sanità pubblica (ma la cosa può verificarsi anche in alcuni passaggi nel settore della gestione dei pacchetti assicurativi) porta ad ipotizzare un sistema basato sull'attribuzione di risorse prestabilite a ogni singola struttura con l'obbligo di provvedere ai fabbisogni presenti in una determinata area e/o presso una determinata collettività (o dei propri assicurati).

La funzionalità del sistema perderebbe di significato se solo alcune componenti fossero soggette ai vincoli di budget: se infatti una struttura ne fosse esclusa, verso questa si verificherebbe un "rimbalzo di domanda" sempre maggiore e, alla lunga, insostenibile (cioè verso l'ospedale senza vincolo di budget verrebbero mandati tutti i casi more expence, per non farli gravare sul budget assegnato).

Tipo di mercato

I cittadini sono vincolati alla struttura sanitaria assegnata e sostengono il prelievo fiscale per il funzionamento della stessa: le richieste di prestazioni fino ad un determinato volume quantitativo servono a giustificare il budget assegnato, oltre quest'importo non diventa più un'opportunità di guadagno per la struttura bensì uno splafonamento del budget disponibile che, se non coperto dall'ente centrale, provoca un passivo finanziario. Se però l'individuo appartenete a una determinata collettività e/o residente in una determinata zona si rivolge ad un'altra struttura si può prevedere la possibilità di compensare le spese sostenute con un prelievo dal budget della struttura di competenza.

Livello di libertà del cittadino

Le richieste del cittadino, se la struttura è sottoutilizzata rappresentano una ricchezza: se viceversa il budget attribuito è già giustificato da altri in-

terventi diventano un pericoloso aggravio sotto il profilo finanziario. L'unica libertà in cui può sperare è che il sistema gli permetta, con una certa facilità di potersi rivolgere anche ad altre strutture che possano accettarlo sapendo che a monte le prestazioni rese saranno poi rimborsate.

Grado di concorrenzialità del sistema

Se i pazienti hanno la possibilità di rivolgersi ad altre strutture (almeno entro certi limiti questa possibilità deve essere concessa a chi, per ragioni di lavoro o di turismo, deve ricorrere a strutture sanitarie diverse a quella attribuita) deve scattare un sistema di compensazione, in genere basato sui D.R.G, che permetta di trasferire un corrispondente monetario alla struttura che ha effettuato l'intervento.

La facilità di movimento/trasporto e i nuovi mezzi di comunicazione portano a considerare quasi impossibile per un sistema sanitario moderno non considerare l'eventualità che un paziente si possa rivolgere a più strutture e, se il sistema di rimborso è attendibile, si viene a ricreare un minimo di concorrenzialità del sistema (esisterebbe cioè la possibilità da parte delle strutture operanti di confrontarsi e misurarsi in base alla capacità di attrarre clienti).

Ruolo economico del medico di fiducia

Il medico è tenuto a rispettare anch'esso i limiti di budget assegnati, anzi può essere visto come un gestore delle necessità terapeutiche del gruppo a lui assegnato che, se sufficientemente numeroso tale da annullare differenze casuali, non deve registrare esplosioni ingiustificate della domanda.

La possibilità di vincolare il budget del medico di base è spesso la prima operazione per impedire che la spesa sanitaria cresca in modo ingiustificato a tal punto che per soddisfare le esigenze non strettamente necessarie (il raffreddore, comunque lo si calcoli, è ancora una delle malattie più costose per un servizio sanitario pubblico) non si dispone più dei fondi necessari per le altre patologie (il cui costo è realmente proibitivo per gran parte della popolazione).

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

Col budget messo a disposizione, ogni azienda tenderà a soddisfare gli obiettivi assegnati e, con gli eventuali risparmi operati, può avviare propri piani di sviluppo cercando di andare a cogliere quelle esigenze presenti sul mercato ma non ancora soddisfatte. Nel lungo periodo è quindi possibile pensare che un'azienda sanitaria dotata di un proprio budget cui sia permesso di reinvestire eventuali surplus gestionali, acquisisca una certa autonomia finanziaria tale da potersi considerare come un'impresa no profit volta al soddisfacimento, oltre che degli obiettivi fissati dal sistema, anche di obiettivi che gli attori o i gruppi, operanti al suo interno, si sono assegnati.

Autonomia finanziaria

Il budget è assegnato a priori (cui possono aggiungersi, se il sistema lo permette, il surplus degli anni precedenti e il ricavato derivante dalla “vendita diretta” di alcuni servizi) ma all’interno di questo si può riscontrare un’autonomia gestionale abbastanza elevata. Al legislatore interessa infatti che siano erogati determinati servizi a livelli qualitativi accettabili, come operativamente questo può essere raggiunto non è più una questione politica da fissare con norme vincolanti, ma un problema gestionale risolvibile presso le strutture stesse (le cosiddette “sperimentazioni gestionali” avviate in molti settori dei pubblici servizi rispondono proprio a quest’impostazione).

Chi detiene il potere decisionale?

Inevitabilmente chi ha la possibilità di stabilire il budget da assegnare a ciascuna struttura detiene un significativo potere all’interno di questo sistema, ma un certo margine decisionale rimane a chi è chiamato a gestire le singole strutture soprattutto per quanto concerne l’organizzazione interna della struttura.

Pubblico centralista

L’esigenza di assicurare a tutti i cittadini uguali forme di trattamento sanitario, dando così piena attuazione al concetto di diritto alla salute, ha portato alcuni sistemi a concepire tutto il sistema governato centralmente applicando rigidamente le regole elaborate dalla classe politica dominante. È il concetto del “tutto a tutti” che spesso rappresenta un obiettivo irrinunciabile nell’elaborare un sistema che voglia superare, davanti al fattore salute, qualsiasi diversità concernete il reddito, il livello di cultura...

Tipo di mercato

Sistema monopolistico, dove il successo di una struttura non è dato dal mercato ma dal gradimento espresso dall’ente centrale.

Livello di libertà del cittadino

La libertà di scelta del cittadino è soffocata dalle esigenze di programmazione stabilite a livello centrale.

Grado di concorrenzialità del sistema

Pressoché nullo perché tutto viene deciso a livello centrale dove si stabilisce la priorità degli interventi e le modalità con cui devono essere eseguiti e dove si decide come ripartire il peso finanziario del settore (prelievo fiscale, disavanzo dello Stato, forme di partecipazione diretta...).

Ruolo economico del medico di fiducia

Ammesso che si possa ancora parlare di “fiducia” e non di “imposizione”, il medico di famiglia perde il ruolo di gestore di risorse ma, riconosciuta una patologia da lui non trattabile, si limita a indicare la struttura idonea al paziente. Per evitare che il medico di fiducia (proiettato sulla ricerca della

massimizzazione del guadagno e del tempo libero a sua disposizione) rinvii alle strutture ospedaliere anche pazienti che non necessitano di questo tipo di cure, si può però ipotizzare un complesso di norme che obblighino il medico di base a seguire il paziente anche durante la fase ospedaliera (essendo il sistema tutto pubblico, ciò è attuabile) o altri indicatori che rilevino contemporaneamente anomalie nella domanda indotta provocata dai medici.

Possibilità operative per le singole imprese ospedaliere

La singola struttura sanitaria deve solo ed esclusivamente adempiere ai compiti ad essa attribuiti. L’assolvimento di eventuali altre attività non comporta nessun vantaggio alla struttura e agli attori in esso impegnati, anzi turba l’egualitarismo assoluto perseguito dal sistema.

Autonomia finanziaria

Le risorse finanziarie vengono concesse per assolvere i compiti assegnati e non vi è alcuna possibilità per indirizzare eventuali residui. Per assicurare il “tutto a tutti” possono essere predisposti dei sistemi di rimborso a piè di lista: cioè si rimborsa tutto quanto la struttura spende. Ciò però non aumenta l’autonomia finanziaria in pratica si può solo spendere molto ma solo con le modalità previste, mentre non si può determinare indirizzi gestionali diversi.

Chi detiene il potere decisionale?

Tutto il potere è nelle mani dell’Ente centrale che dovrebbe avere una visione completa delle diverse situazioni sanitarie e, di conseguenza, intervenire laddove vi è bisogno di ristabilire livelli uniformi di assistenza: il condizionale è d’obbligo perché non sempre nei sistemi fortemente accentrati si è poi verificata a posteriori una distribuzione delle risorse migliore di quella realizzata con le regole di libero mercato (la non attenzione ai costi da parte della classe politica può infatti portare a investire anche in base a criteri non razionali, ma di opportunità).

Nell’ipotesi di successione presentare, si può notare come spesso imprese pubbliche e private finiscono per ricoprire ruoli simili ponendo i manager di entrambi i settori a operare scelte che richiedono lo stesso grado di professionalità e, comunque, un apprezzabile livello di conoscenze. La dicotomia Pubblico/privato cessa così di avere un valore dominante nel settore dell’economia sanitaria, trattandosi ormai tutte di imprese che devono convivere con una forte regolamentazione pubblica e con obiettivi sempre più delineati su principi aziendalisti.

L’impresa cessa così di ricoprire un ruolo strettamente operativo cui veniva affidato un generico compito (produrre utili o soddisfare indirizzi politico/programmatici) per assumere un ruolo di attore propositivo dei processi in corso in una società. Non vi è una soluzione sempre vincente sulle altre, in quanto trattasi di una scelta politica riflettente l’idea di società che si intende

realizzare: sotto un profilo pragmatico, il tutto dipende dalla volontà di perseguire un modello e della capacità del management ad attuarlo. Purtroppo nella nostra società si fatica ad individuare un modello (come evidenzia l'esperienza USA) e, per quanto riguarda l'Italia, la classe manageriale rischia di presentarsi obsoleta, in quanto formatasi nel rispetto ossessivo di regole burocratiche anacronistiche ed analfabeta sulle elementari conoscenze economico-manageriali.

I diritti alla salute nell'Unione Europea

di Mercedes Bresso

Si tratta di un diritto garantito dal Parlamento europeo, ma poco conosciuto dai cittadini. Sto parlando del diritto che hanno i pazienti di poter usufruire di cure mediche in un altro paese dell'Unione Europea.

A sancirlo è la Direttiva 2011/24/UE del Parlamento europeo e del Consiglio siglata il 9 marzo 2011 che stabilisce l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera. Un provvedimento che volendosi inserire in un contesto di sistema si pone l'obiettivo di creare un quadro generale volto a: chiarire i diritti dei pazienti relativamente al loro accesso all'assistenza sanitaria transfrontaliera e al loro rimborso; garantire la qualità e la sicurezza delle prestazioni di assistenza sanitaria fornite in un altro Stato dell'UE; promuovere la cooperazione in materia di assistenza sanitaria tra gli Stati membri.

Il successo di questa direttiva dipende molto anche dall'impegno dei singoli Stati membri dell'Unione Europea. Tutti quanti infatti devono assolvere dei compiti come per esempio designare uno o più punti di contatto nazionali che hanno il ruolo di consultare le organizzazioni dei pazienti, i prestatori di assistenza sanitaria e le assicurazioni sanitarie al fine di fornire ai pazienti informazioni sui loro diritti e le coordinate dei punti di contatto nazionali di altri Stati membri quando questi decidono di beneficiare dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Per l'Italia il punto di contatto è presso il Ministero della Salute.

Non ci si limita però solamente a dare informazioni e mettere in collegamento perché lo Stato membro che si occupa di offrire la cura deve fornire, oltre all'assistenza sanitaria, anche la sicurezza del paziente assicurandosi

che siano rispettate le norme di qualità al momento della prestazione sanitaria. Tutto questo in un contesto di tutela dei dati personali e della parità di trattamento dei pazienti di altri Stati membri. A farsi carico del rimborso economico del paziente ci penserà lo Stato membro di affiliazione dopo aver verificato che il trattamento ricevuto rientri nelle cure rimborsabili previste dalla legislazione nazionale.

Credo che questa direttiva rientri appieno in quelli che sono gli obiettivi che ci siamo posti per questa seconda metà di mandato del Parlamento Europeo che dovrà essere caratterizzata dai Diritti. Il nostro obiettivo deve essere quello di creare un pilastro dei diritti degli europei che siano economici o sociali: garantire un'assistenza sanitaria di sistema in tutta Europa rientra in questo discorso.

Purtroppo la crisi economica ha avuto un forte impatto sull'accesso alle cure sanitarie, soprattutto per la popolazione più vulnerabile e quindi maggiormente esposta all'esclusione sociale. Per ottenere risultati in questo ambito però è necessario instaurare una vera cooperazione tra Stati e incentivare l'impegno da parte degli attori sanitari a livello europeo e nazionale.

I dati del 2015 sullo stato di attuazione della Direttiva 2011/24/UE da parte degli Stati membri ci dicono che però che deve essere fatto ancora tanto lavoro di informazione sui cittadini europei. A fine 2016 la Commissione europea ha messo in evidenza come ci sia stata una battuta d'arresto nell'applicazione del regime introdotto dalla direttiva. La maggioranza degli Stati che hanno risposto alla Commissione ha ricevuto meno di 100 richieste di autorizzazione preventiva durante tutto il 2015; la metà di tali richieste sono state autorizzate. La maggioranza delle richieste riguarda l'accesso a prestazioni sanitarie in Stati membri confinanti con quello di iscrizione del paziente. La maggior parte dei trattamenti autorizzati hanno avuto luogo in Germania e coloro che hanno utilizzato di più questa direttiva sono stati gli inglesi.

La direttiva c'è e può essere uno strumento valido a disposizione dei pazienti europei però il lavoro di informazione che dobbiamo fare è ancora tanto.

Una questione di prevenzione

di **Daniele Viotti**

L'Unione Europea è una comunità politica che si fonda su valori comuni e condivisi. Uno di questi, che per noi è inalienabile e da non mettere in discussione (nonostante si entri spesso nel discorso con idee bislacche e balzane sulla privatizzazione del sistema sanitario) è il diritto alla salute. Una società veramente equa fa in modo che le differenze sociali ed economiche non vadano a scapito della salute dei cittadini. Non è possibile pensare che la salute sia direttamente proporzionale al reddito e al censo. Per questo l'Unione Europea, che non ha potere legislativo sui singoli stati nelle materie relative alla salute e alle politiche sociali, genera economie di scala - attraverso la condivisione delle risorse, anche attraverso la Commissione Bilancio - per aiutare e integrare le politiche nazionali ad affrontare le sfide comuni come le pandemie, le malattie croniche o l'impatto del sempre più progressivo invecchiamento della popolazione (come segnalato anche nelle scorse settimane dall'ISTAT) sui sistemi sanitari. È evidente, infatti, che lottare per la salute del cittadino vuol dire lottare per una società migliore e più prospera. Una maggiore spesa sanitaria può generare, sulla lunga distanza, crescita economica. Ed è anche per questo che l'Unione Europea adotta strategie di comunicazione e sensibilizzazione su un tema che mi sta molto a cuore, a che va ad affrontare il problema alla sorgente, come sarebbe sempre giusto fare, e cioè quello della prevenzione.

Esigenze culturali e intervento politico

Prevenire è prima di tutto una questione culturale e politica. E si può iniziare anche prima di pensare a norme e leggi. Ad esempio, con le campagne di prevenzione contro le malattie sessualmente trasmissibili. Un tema fon-

damentale che molto spesso, dopo la grande comunicazione che ci interessò tutte e tutti quanti negli anni Novanta, ricorderete, tendiamo a dare per scontato o sottostimare: secondo alcune statistiche, invece, il problema non è assolutamente debellato. Per questo ogni anno, in occasione della giornata mondiale della prevenzione, il 1° dicembre, mi impegno con una campagna di sensibilizzazione sul tema. Due anni fa, ad esempio, abbiamo inondato l'Italia di preservativi, regalandoli e ricordando che non esiste metodo migliore per evitare ogni rischio. L'anno scorso, abbiamo tappezzato Torino, Milano, Alessandria e Brescia con cartelloni che mandavano un messaggio chiaro, da mettersi in testa, sull'uso del preservativo. Sono piccole cose, forse, ma fondamentali per dirci che l'Europa e gli stati membri fanno molto, ma le azioni concrete devono anche partire da tutte e tutti noi.

Poi ci sono delle azioni specifiche che l'Europa intraprende per aiutare i paesi ad una migliore prevenzione e una migliore tutela dei diritti dei cittadini. Ad esempio applicare leggi e norme ai prodotti sanitari, ad esempio per uniformare l'informazione sui farmaci; fornire agli stati membri gli strumenti per aiutarli a collaborare a partire dalle best practices in giro per il continente; erogare finanziamenti per favorire iniziative di prevenzione attraverso il programma UE per la salute, su cui torneremo. Ma anche attraverso una corretta politica di informazione sul cibo e la filiera alimentare, che è un tema fondamentale, che tocca anche aspetti di natura economica e di comunità; oppure con programmi per promuovere un'alimentazione sana e l'esercizio fisico, incoraggiando governi, ONG e industria a collaborare per aiutare i consumatori a cambiare, in meglio, il proprio stile di vita. Inoltre, l'operazione culturale dell'Europa include anche la prevenzione alle malattie: ad esempio aiutando i governi nazionali a essere meglio preparati per affrontare gravi minacce transfrontaliere per la salute e coordinare con più efficacia la loro risposta - ad esempio con l'acquisto congiunto di vaccini (che sì, servono e sarebbe anche ora di piantarla con altre fantasiose teorie anti-scientifiche) e altre contromisure mediche. Esiste il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie di Stoccolma, che studia le nuove minacce per la salute per consentire all'UE di rispondere rapidamente.

Maggiori tutele e maggiore libertà

C'è già molto, ma potrebbe esserci molto di più e *dovrà* esserci molto di più. Questo perché ogni diritto non è mai un diritto "finito", ma un diritto transitorio verso una sempre maggiore tutela, una sempre maggiore tutela e una sempre maggiore libertà. Le intenzioni sono ottime, e sono molto contento di poter dire che l'Europa, attraverso il programma Horizon 2020, investirà

nella ricerca quasi 7,5 miliardi di euro per migliorare l'assistenza sanitaria, ponendosi obiettivi ambiziosi come una sempre maggiore conoscenza e comprensione delle cause alla base delle malattie; il miglioramento della capacità di monitoraggio della salute; dare un maggiore sostegno per la popolazione più anziana, destinata a crescere. Vi ho già detto del programma UE per la salute. Uno strumento molto "pesante", di circa 450 milioni di euro, che cerca di dare un contributo per la creazione di sistemi sanitari innovativi, efficienti e sostenibili, puntando molto anche sulla ricerca e sul volontariato.

Tutto bene? No, direi di no. Ci sono tante sfide nuove, che si rinnovano di continuo, e su cui la politica ha il dovere di farsi trovare sempre pronta. La prima sfida, l'abbiamo già citata, è quella del cambiamento demografico. L'invecchiamento della popolazione ha una conseguenza sulla gestione dei bilanci delle strutture sanitarie pubbliche: si prevede che il rapporto tra occupati e soggetti in età avanzata diminuirà da 4 a 2 entro il 2060, e questo comporterebbe un forte peso sulle spalle delle generazioni più giovani, costrette a pagare tanto per un sistema di welfare poco funzionante. Inoltre, c'è un costante movimento d'opinione che vorrebbe tagliare i costi della salute, aumentando le disuguaglianze. È necessario attuare riforme innovative che da un lato eliminino le inefficienze, dall'altro favoriscano le innovazioni. In terzo luogo - nonostante le crescenti scoperte in campo biomedico e l'evoluzione dell'intelligenza artificiale abbiano comportato diverse innovazioni - si devono affrontare ulteriori sfide come l'aumento del numero dei pazienti e i costi elevati dei trattamenti sanitari in questione. Data la situazione, cosa può fare l'Europa? Ricordiamoci sempre che gli Stati membri hanno insistito per la salute un tema di interesse nazionale. L'UE ha quindi poteri limitati per attuare quanto previsto dall'art 168 TFUE, ovvero garantire un elevato livello di protezione della salute nell'attuazione di tutte le politiche europee. Ciò nonostante, si dispone di alcuni strumenti di azione: ad esempio possiamo armonizzare le legislazioni dei paesi membri e accompagnare gli stati membri nel processo decisionale e nella valutazione del proprio sistema sanitario. Inoltre, possiamo agire indirettamente individuando politiche per i trasporti, per l'ambiente, per il territorio, per la sicurezza sul posto di lavoro, e via dicendo.

Salute come sinonimo di crescita

Quando parliamo di salute e prevenzione, parliamo anche e soprattutto delle conseguenze di tanti errori che si possono commettere in tantissimi campi. Per questo anche il tema della prevenzione resta fondamentale e, principalmente, il campo su cui possiamo operare. Una sorta di "accerchiamento" al tema della salute, per rendere tutto più armonico e funzionale. Detto questo,

l'Unione Europea deve sempre di più riconoscere il valore della salute in tutte le sue politiche: salute è sinonimo di crescita. Prevenire è sinonimo di prosperità. Le persone più sane sono una risorsa per la società e per l'economia. Bisogna promuovere sempre di più la prevenzione come "fatto culturale".

Ad esempio spingendo le persone a non avere paura di effettuare controlli periodici. Spesso si ha paura, e questa paura genera immobilismo. Credo, invece, che una maggiore innovazione debba aiutare il cittadino a sentirsi più a suo agio coi meccanismi e con le pratiche di prevenzione.

Come abbiamo visto, si è fatto tanto, ma si dovrà lavorare sempre di più. Certo, ne vale la pena, ed è davvero per un bene comune. Penso che un maggior uso della tecnologia, che in questi anni sta raggiungendo grandissimi risultati, dai Big Data per aiutare la pubblica amministrazione e la burocrazia (un ostacolo anche psicologico per l'utente che vuole fare una visita specialistica nel settore pubblico), alla micro-robotica che renderà gli esami sempre meno intrusivi e dolorosi, possa aiutare per rendere più vicina al cittadino la prevenzione e innescare quel processo culturale che è davvero alla base di ogni duraturo ed effettivo progresso politico.

La comunicazione tra scoop e fake news

di Pierpaolo Berra

Benvenuti nell'era della Sanità 3.0. In un mondo dove la comunicazione ha un ruolo ormai preponderante su tutto, è evidente e sotto gli occhi di tutti quanto lo sia ancor di più nel campo della sanità. Scoop. Fake news. Il ruolo dei giornali e delle televisioni. Internet. Comunicazione istituzionale delle Aziende Sanitarie. Comunicazione interna e comunicazione esterna. Crisis management delle notizie negative. Rapporto medico - paziente. Questo il caleidoscopio delle numerose e variegatae pirandelliane facce della comunicazione in sanità.

È un diritto del cittadino essere informato sui problemi che riguardano la salute ed è un dovere del giornalista trasmettere, far conoscere in modo documentato e serio tutto ciò che serve a far guadagnare salute alle persone che ascoltano. Comunicare (communis) significa "mettere in comune" con altri, informazioni e idee. Far capire. Fare una divulgazione corretta.

Aiutare i cittadini a difendere la loro salute, a vivere meglio. Le persone devono avere più informazioni possibili per meglio difendersi, per adottare stili di vita equilibrati, per fare prevenzione. Buona comunicazione è quella che accorcia le distanze, è quella che supera l'immagine di una medicina inaccessibile. La sanità è da qualche anno ormai diventata una specializzazione del giornalismo. Un settore vero e proprio della medicina. Buona informazione contribuisce a fare buona medicina. Cattiva informazione aggrava i problemi e danneggia chi ascolta. Nel 1985 ad Atlanta, nel primo congresso sull'AIDS, Robert Gallo disse ai giornalisti che per frenare l'epidemia HIV, per tenerla sotto controllo, sarebbero stati necessari metodi non soltanto medici e clinici, non solo la ricerca, ma informazioni corrette date dai Media. "Dipenderà da voi, - disse - il risultato ci sarà se farete un'informazione corretta, utile e non scandalistica". Robert Gallo aveva ragione: l'epidemia è stata frenata grazie a tanta ricerca, ma anche grazie ad un'informazione che ha svolto un ruolo

educativo e di prevenzione. In quella circostanza nacque il famoso motto: “Prevenire è meglio che curare”. In sostanza più il cittadino è informato, più è in grado di controllare ciò che influenza la sua salute. Un sistema sanitario moderno deve puntare su un’informazione corretta ed ampia.

La notizia

La salute è un bene primario. Con la sanità si entra in un campo che affronta i temi della vita e della morte: grandi attese e grandi paure. Sul termine “malasanità” gravano tanti stereotipi e bisognerebbe utilizzarlo con maggiore parsimonia. Ma la salute riguarda la vita di tutti. Il perchè fa notizia è semplice: “primum vivere”. Spesso la notizia viene enfatizzata al punto da fare spettacolo. C’è una spettacolarizzazione della realtà sia in senso positivo sia in quello negativo.

I giornali vanno a caccia di queste notizie: basta una notiziola per sparare in prima pagina una notizia sanitaria. Soprattutto nei casi di malasanità. La stampa, in questi casi, crea una frattura, un baratro: si passa da una medicina onnipotente, miracolistica ad una sanità non in grado di mettere queste possibilità al servizio del cittadino. Difficile trovare vie di mezzo. La nostra sanità è ottima: guarigioni per tumori maggiori che in altri Paesi, mortalità infantile più bassa, siamo, dopo il Giappone, il Paese al mondo con maggiore speranza di vita. La nostra sanità è una delle migliori al mondo e pesa meno che in altri Paesi sul bilancio dello Stato. 10 milioni di ricoveri l’anno. 4 milioni di interventi, 600 milioni di ricette rosse dei medici di famiglia. Medici di famiglia e pediatri di famiglia. Le liste d’attesa sono un problema, ma non ci sono per determinate specialità, quali l’oncologia, o per i grandi interventi, vedi la cardiocirurgia.

Spesso i giornalisti, quando presentano un caso di malasanità, considerano il medico responsabile di ogni evento avverso, di ogni complicità che viene sempre vista come errore, cattiva pratica, colpa.

Ufficio stampa

Ecco che per comunicare al meglio e governare le informazioni sono nati gli uffici stampa in sanità. Insomma per mantenere i rapporti con i Media. Un’ottima comunicazione aziendale nasce da un’altrettanto buona comunicazione interna ed esterna. Se funziona al meglio la comunicazione interna è conseguentemente favorita e facilitata quella esterna. Per questo rivestono un ruolo importante anche gli URP (Ufficio Relazione con il Pubblico).

È fondamentale imparare ad utilizzare tutti i mezzi di informazione diver-

sificando i linguaggi della notizia, in modo da declinarla secondo le esigenze di ogni singolo strumento. Diversificare i linguaggi. Nel 2000 non si può pensare di “sfuggire” ad una rete di informazione pervasiva ed onnipresente, pensare di poterla ignorare o addirittura nascondere. Oggi “parlano anche i muri”. E allora, se non puoi evitare la comunicazione, devi imparare a governarla. Snellire i propri tempi di comunicazione con l’esterno, confezionare in maniera accurata e completa la notizia. Quest’ultima deve arrivare già “confezionata” al giornalista. Maggiore è la completezza dell’informazione, con una comunicazione molto chiara e breve, maggiore è la probabilità che la notizia possa essere pubblicata o trasmessa. Fondamentalmente per l’ufficio stampa esistono due tipi di comunicazione in sanità. Quella programmabile e gestibile a lungo raggio, quali campagne di informazione, inaugurazioni, presentazioni, conferenze stampa, avvisi all’utenza e convegni e congressi.

Ma ben di più difficile gestione è la quotidianità, che peraltro caratterizza questo mestiere. Quasi sempre le notizie in sanità nascono nell’arco di poche ore, sia quelle positive (come potrebbe essere un trapianto) sia soprattutto quelle negative, che devono essere gestite attraverso il “crisis management”, che rende l’ufficio stampa in sanità anomalo nel suo genere. Proprio per questo è assolutamente fondamentale mantenere rapporti privilegiati, costanti e di reciproca fiducia con i Media. Per le notizie positive è importante valorizzare gli aspetti umani che tanto piacciono. Una bella storia vale molto di più di una notizia asettica infarcita di termini scientifici. I veri testimonial della sanità non sono i medici, ma i pazienti. Capire le dinamiche dell’informazione per utilizzare al meglio i Mass media, trasformando in opportunità quelle che altrimenti potrebbero essere solo negatività. Costruire il messaggio in modo chiaro e sintetico, preciso e semplice, usando i veicoli di trasmissione più idonei ed efficaci nei confronti del destinatario. È necessario suscitare interesse. Un comunicato stampa deve essere breve e diretto, con un linguaggio semplice e divulgativo, con un titolo forte ed il contenuto nelle prime righe.

Le aziende sanitarie, il marketing e l’empowerment

In sanità sono nate le Aziende. Tutto ciò a cascata ha comportato effetti anche sulla comunicazione. Il 23 dicembre 1978 è nato il Sistema Sanitario Nazionale con la Legge n. 833. Ma il vero passaggio cruciale è avvenuto il 30 dicembre 1992 con il Decreto Legislativo n. 502, quando le USL si sono costituite in Aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ed una propria economicità. Nella prospettiva commerciale o del marketing, diviene sempre più importante per le Aziende non solo “saper fare”, ma anche “far conoscere” le proprie capacità e gli elementi di diffe-

renziamento rispetto ai concorrenti. Ne consegue che molte Aziende devono sviluppare un intenso scambio informativo con l'esterno e gli interlocutori (stakeholder, in questo caso i cittadini potenziali pazienti), per condividere conoscenze e costruire una reciproca fiducia. Una comunicazione di "marketing", caratterizzata da un'idea di bidirezionalità che presuppone ascolto e conoscenza condivisa. Il tema della fiducia diviene una questione fondamentale. Il controllo dell'efficacia del messaggio inviato ad un destinatario si realizza con il metodo del feedback, ovvero della valutazione della ricezione. Sapere ciò che si deve dire e come lo si deve dire. Usare un linguaggio chiaro e comprensibile a tutti. La comunicazione istituzionale riguarda l'Azienda nella sua interezza e pone al centro del messaggio la sua identità, i suoi valori ed i suoi progetti, oltre che specifici elementi relativi alla sua attività. L'identità è pertanto il presupposto dell'immagine (o reputazione), ossia della rappresentazione che l'Azienda offre di sé ai propri interlocutori. Comunicazione come strumento per le politiche di sanità pubblica e per le strategie volte a contrastare la "disinformazione" ed a migliorare i processi decisionali dell'utente in una logica di empowerment.

In questa logica, la comunicazione consente la partecipazione attiva degli utenti ai processi decisionali, la valutazione dei servizi, la scelta di alternative sulla base di propri criteri e valori preferenziali, in sintesi la garanzia dell'autonomia di scelta. Comunicazione in sanità come strumento per la promozione dell'autonomia decisionale dell'individuo. Interventi da parte di Aziende pubbliche su orientamenti, percezioni e comportamenti della collettività e dei singoli individui. Comunicare per modificare questi orientamenti e comportamenti riguardo la sanità. La formazione di un atteggiamento positivo verso un cosiddetto "brand sanitario" e la creazione di una relazione di fiducia con gli interlocutori. Relazione che deve essere costantemente alimentata dalla conferma delle aspettative dell'utente. La centralità del cittadino nel SSN.

La comunicazione a livello di istituzione ha l'obiettivo di legittimare e rafforzare il ruolo dell'Azienda nell'ambiente di riferimento. Ad esempio nell'esperienza della Direzione Generale dell'ASL di Crotone nel periodo 2005 - 07, la comunicazione è stata una vera e propria risorsa per affrontare una situazione problematica, di percezione negativa di "ente ammalato", "fuori controllo". Nel 2006, su precisa iniziativa dell'allora nuovo D.G., si sono progressivamente strutturate varie iniziative, in cui l'attenzione agli aspetti comunicazionali svolgeva un ruolo determinante, e che hanno consentito un importante recupero di immagine e fiducia dei cittadini. Tra i risultati conseguiti si segnalano:

- un aumento del gradimento complessivo, che è passato da una minoranza

del 44% dei cittadini ad una maggioranza del 65%, diretta conseguenza e conferma del miglioramento dell'immagine esterna;

- un incremento della propensione per le strutture pubbliche locali, con una diminuzione del 9% degli attratti dalle strutture del Nord Italia ed una riduzione delle fughe extra regionali;
- una maggiore fiducia nel futuro della ASL e nella nuova dirigenza, espressa da una percentuale di valutazioni tra molto e abbastanza del 68%.

Il processo di comunicazione si è sostanziato in un vero e proprio cambio di identità e quindi di immagine. Un'Azienda che non abbia una chiara identità e, conseguentemente, abbia un'immagine poco definita è, più di altre, suscettibile ai cambiamenti di contesto e può non avere la capacità di affrontare discontinuità e momenti di crisi. Molte Aziende Sanitarie si sono trovate in difficoltà per aver trascurato le relazioni con alcuni pubblici.

I Media rappresentano un vero e proprio pubblico a cui deve rivolgersi la comunicazione aziendale: un pubblico a sé stante, che ha proprie esigenze, aspettative, regole di comportamento. La Direzione Generale dovrebbe ritenere essenziale, fin dall'inizio del suo mandato, innovare rispetto ad un atteggiamento, non infrequente nelle Aziende Sanitarie, di chiusura nei confronti della stampa che, a sua volta, genera incomprensioni ed attacchi. Il cambiamento di atteggiamento rende l'interlocutore meno diffidente ed, anzi, sollecita un'attitudine alla collaborazione, consentendo di veicolare più efficacemente strategie e politiche aziendali. Più dialogo. A maggior ragione quando si tratta di fatti incresciosi, quelli che i giornalisti chiamano malasanità ed i medici preferiscono definire eventi avversi. È sempre meglio parlare al giornalista che viene a conoscenza del caso e che, in ogni modo, deve scrivere, piuttosto che erigere muri di silenzio.

Compito principale dell'ufficio stampa è proprio quello di creare e curare la qualità di questa speciale relazione, ricercando, sia con la struttura interna, sia con gli organi di Direzione, di costruire un rapporto aperto, diretto e franco. Garantire trasparenza, visibilità e riconoscibilità. La comunicazione al pubblico, sviluppata a mezzo stampa, permette alla Direzione Generale di amplificare la pressione sulla stessa organizzazione, costituendo un importante meccanismo di accelerazione nei processi aziendali di cambiamento. Ad esempio nel caso dell'ASL di Ravenna il fatto di godere di una relazione di fiducia e collaborazione reciproca con la stampa ha permesso recentemente di affrontare efficacemente situazioni di allarme: in occasione dell'epidemia di Chikungunya, per esempio, ha fornito all'ASL una leva fondamentale per controllare e gestire la situazione, evitando pericolose derive, sia di allarmismo incontrollato, sia di sottovalutazione di una situazione di rischio per la popolazione, peraltro in un periodo ad alto affollamento turistico.

Dottor Internet

Stiamo assistendo al boom delle autodiagnosi (o peggio auto – cure) che la gente fa attraverso i siti internet, che nella grande maggioranza dei casi sono pieni di informazioni sballate, se non pericolose. Vere e proprie trappole in cui la popolazione cade facilmente. Il dottor Internet: l'abitudine di cercare sul web cure e rimedi tocca l'88% degli italiani. Ma il rischio di seguire percorsi inappropriati è alto. Fare attenzione alle fonti. Forum e blog sono insidiosi. Controllare la data della notizia. Conoscere i meccanismi del web. Attenzione ai meccanismi psicologici. In guardia se il sito propone facili soluzioni.

Secondo gli ultimi dati elaborati da GFK sono 15 milioni gli italiani che hanno visitato un sito di salute e benessere almeno una volta al mese. Google registra che ogni 20 ricerche una è relativa a temi di salute e nello specifico il 23% delle ricerche online è fatta per avere informazioni prima di una visita medica. Sembra che i social siano più efficaci nel modificare gli stili di vita delle persone. Secondo Digital Health Italia, il 64% dei pazienti visita profili / pagine Facebook generaliste, mentre il 49% quelle specialistiche. Il 10% preferisce profili LinkedIn specialistici contro l'8% che visita quelli generalisti. Il 23% sceglie profili Twitter generalisti e solo l'11 quelli specialistici. Da sottolineare gli effetti positivi: negli USA Facebook ha contribuito ad aumentare il numero di donazioni di organi.

Rapporto medico - paziente

Un'ottima comunicazione esterna nasce anche se non soprattutto da una buona comunicazione medico – paziente. Una buona informazione è fondamentale per una sanità che funzioni. La comunicazione è strategica per la precocità della diagnosi e la terapia. Attraverso la comunicazione si costruisce il rapporto tra medico e malato. Tutti devono fare la loro parte. Tra le competenze richieste al medico c'è dunque anche e sempre di più il saper comunicare, il medico deve essere un buon comunicatore e questo vale nei confronti del paziente e di tutti i cittadini. Un medico non deve temere di essere considerato poco professionale se parla alla gente con un linguaggio semplice e chiaro, semplificando le informazioni affinché possano venire comprese meglio dal pubblico.

Una buona comunicazione potrebbe evitare parte del contenzioso. Un paradosso dei giorni nostri è rappresentato dal fatto che un ottimo medico che non sa comunicare spesso riceve tante segnalazioni di protesta. Mentre un medico mediocre ma ottimo comunicatore quasi mai riceve una segnalazione negativa. Ora i pazienti ed i loro famigliari si sentono più preparati.

In parte può essere vero grazie al contributo dei Media. Non sempre avviene con internet. Questa evoluzione delle conoscenze ha cambiato nella storia radicalmente il rapporto tra medico e paziente. Una volta il rapporto era di tipo quasi autoritario. In seguito si è trasformato in un rapporto di tipo cooperativo. Recentemente è diventato un rapporto di tipo partecipativo.

I pazienti quando affrontano il colloquio con il medico hanno alcune loro idee personali precostituite su ciò che il medico dovrebbe dire e fare. Il compito del medico non è più soltanto quello di spiegare i fenomeni che si stanno verificando nell'organismo del paziente, ma anche quello di aiutare il malato a dare un senso a quei fenomeni. Un medico deve essere empatico per rispondere alle emozioni espresse dal paziente ed ascoltarlo. Un medico centrato sul malato che coinvolge lo stesso nei processi decisionali con etica e deontologia professionale.

Una buona comunicazione medico – paziente è fondata su un modo di comunicare che soddisfa le aspettative del secondo, genera nel paziente stesso un desiderio di coinvolgimento, sottolinea il buon intervento clinico, ha valore di per sé come aiuto al paziente e protegge il medico dalle denunce, che a loro volta generano notizie di presunta malasana sui Media e mettono in difficoltà la comunicazione esterna. Da qui l'importanza della comunicazione interna come fondamento di una sanità che funziona e con un'ottima immagine.

Gli autori

Berra Pierpaolo. Giornalista, da ottobre 2000 addetto stampa prima dell'ospedale San Giovanni Battista - Molinette e poi della Città della Salute e della Scienza di Torino. Da ottobre 2015 addetto stampa anche del Mauriziano di Torino. Dal 2014 ideatore, organizzatore e docente di un corso di comunicazione presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università di Torino.

Bresso Mercedes. Europarlamentare dal 2014, membro delle Commissioni per lo Sviluppo Regionale e per gli Affari Costituzionali. Professore di Economia al Politecnico di Torino, ha insegnato a Pavia, Udine e all'Università di Torino. Esperta di Economia dell'Ambiente, è autrice di libri e saggi. Ha ricoperto la carica di presidente della Federazione Mondiale delle Città Unite (FMCU), del coordinamento Mondiale delle Associazioni di Città (CAMVAL) e di Metrex, rete delle aree metropolitane europee. Ha presieduto la Conferenza delle Alpi Franco-Italiane (CAFI). È Grand'Ufficiale al Merito della Repubblica. Nel 1985 è stata eletta per la prima volta in Consiglio Regionale e nel 1994-1995 è stata assessore regionale alla Pianificazione territoriale e ai Parchi. Dal 1995 al 2004, presidente della Provincia di Torino e dell'Unione delle Province Piemontesi. Eletta al Parlamento europeo nel 2004, dal 2005 al 2010 presidente della Regione Piemonte.

Cavalitto Stefano Maria. Psicologo, psicoterapeuta. Scuola di medicina, Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche. Corso di Laurea in Infermieristica, Dipartimento di Psicologia-Scuola di Specialità in Psicologia Clinica, Università degli Studi di Torino. Socio, docente e membro

della Commissione Scientifica Nazionale Coirag, Candidato Analista Arpa. Autore di pubblicazioni in ambito clinico, di ricerca e approfondimento.

Demicheli Vittorio. Medico, specialista in epidemiologia e sanità pubblica. Si è dedicato in particolare alla sorveglianza e alla prevenzione delle malattie infettive e ha svolto attività di ricerca sulla efficacia e sicurezza dei vaccini nell'ambito della Cochrane Collaboration.

Fantò Fausto. Laureato in medicina e chirurgia presso l'università di Torino nel 1979. Specializzato in geriatria e gerontologia. Dal 2000 responsabile del centro UVA (Unità di Valutazione Alzheimer) e dal 2010 direttore della Geriatria dell'ospedale San Luigi Gonzaga di Orbassano (To). Autore di numerosi articoli su riviste nazionali ed internazionali sulle problematiche degli anziani fragili ed in particolare dei pazienti affetti da demenza.

Lami Maurizio Jacopo. Laureato in Lettere indirizzo storico, giornalista, si occupa di ricerche storiche, è stato capo archivistica al "Il Nostro Tempo", ha lavorato all'Indipendente, al Giornale del Piemonte, Voce del Popolo, a Pagine del Piemonte e numerose altre testate. Ha lavorato alle Teche RAI per catalogazione materiale sulla Lombardia e Friuli Venezia Giulia. Ha pubblicato presso Giunti editori il libro "Antico Egitto" con diverse ristampe. In prossima uscita altri titoli con Giunti, Araba Fenice, e altre case editrici su argomenti storici. Collabora con l'ufficio stampa del Salone del Libro e con la Giunti per pubblicazioni di argomento storico e cura per la comunità parrocchiale di San Massimo la rivista "Borgo nuovo".

Nebiolo Vietti Mauro, torinese, avvocato dal 1975, è iscritto all'albo dei Revisori Contabili. Autore di numerose pubblicazioni di settore, tra cui "La fideiussione bancaria a prima richiesta (Atti del Salone della Banca – Assicura 92) e "ASTER – sistema informatico guidato per i rapporti del personale nel pubblico impiego" (edito Maggioli 2002), è coautore del commento al D.Lgs. 10/9/03 n. 276, cosiddetta Riforma Biagi (Maggioli s.p.a.) ed è stato Direttore della rivista www.ilpersonale.it dal 2002 al 2012 edita da Maggioli s.p.a. Nel giugno del 2011 è stato designato dall'ufficio di presidenza Unionmeccanica a far parte della delegazione imprenditoriale deputata a discutere da settembre il rinnovo CCNL metalmeccanici.

Pagano Dario. Giornalista professionista, si occupa di comunicazione d'impresa da diversi anni. Dopo la laurea, ha collaborato con settimanali e quotidiani locali, prima di occuparsi di riviste aziendali e, successivamente, di uffici stampa aziendali. Attualmente è responsabile della comunicazione di una società operante nel settore *automotive*. È nato a Milano, ma da sempre vive a Torino.

Riccardini Franco. Medico chirurgo, specializzato in Medicina Interna e Cardiologia, dal 1989 è dipendente dall'Azienda Sanitaria Città della Salute e della Scienza di Torino presso la Struttura Complessa di Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso. È il responsabile Front Line del Pronto Soccorso.

Ruffino Emanuele Davide. È autore di diversi saggi di economia sanitaria, tra cui "Sanità al Bivio" e il "Dizionario della Sanità", pubblicati dal Sole24ore. Il suo primo lavoro risale al 1995 con "Nozioni di economia sanitaria" (CESPI ed), cui sono seguiti "Economia Sanitaria: da stato di necessità a disciplina scientifica" (Usas ed), "Sistemi sanitari a confronto. Europa e Usa: dopo il Welfare State, prospettive per una riforma della Sanità" (Blu editoriale), "Capire la sanità" (Politea ed.), cui si aggiungono più di cento pubblicazioni su diverse riviste specializzate tra cui l'Agenzia sanitaria italiana, il Notiziario Medico (Piccin Editore), Il medico d'Italia, Torino Medica, Mecosan, "Pensiero economico moderno", "Diritto ed Economia", "Economia, Società ed Istituzioni" etc. È Presidente del Consiglio di amministrazione del Centro Ortopedico di quadrante di Omegna e revisore conti presso RivaBanca e presso enti e società sia pubbliche che private.

Ruggiero Michele. Giornalista professionista, si è laureato in Lettere, indirizzo storico, all'Università di Torino, città in cui vive e dove lavora presso la Rai, Telegiornale del Piemonte. Autore di numerose pubblicazioni, le ultime in ordine di tempo: *Una vita da secondo* (coautrice Alessandra Demichelis), *Il terrorismo, testimonianze nella memoria di chi l'ha vissuto*, con postfazione di Carole Beebe Tarantelli, Atti del convegno promosso il 15 giugno 2015 dal Comitato Resistenza e Costituzione del Consiglio regionale del Piemonte e "Pronto, qui Prima linea" (coautore Mario Renosio). Insieme a Enza Carpignano ha realizzato per l'Associazione dei consiglieri della regione Piemonte "Anni intensi", un documentario sulla vita politica di Aldo Viglione. Inoltre è coautore con Enza Carpignano e Lorenzo Gigli dei documentari "600 mila fibre in un respiro", che affronta la vicenda

Eternit e dell'amianto, e "Il Male subdolo", dedicato alle vittime di Sla, la sclerosi laterale amiotrofica.

Pietro Terna. Già professore ordinario di Economia a Torino e, in precedenza, segretario della Confindustria del Piemonte, è uno studioso dei modelli di simulazione ad agenti per le scienze sociali e per le scelte di *policy*; ha fondato due associazioni torinesi per la partecipazione dei cittadini.

Ora è presidente della Fondazione Collegio Carlo Alberto e docente a contratto di Econofisica nel corso di Fisica dei sistemi complessi. Il suo lavoro di ricerca è nei campi (I) delle reti neurali artificiali applicate in economia, (II) della simulazione sociale con modelli di agenti e (III) della simulazione del comportamento dell'impresa e delle organizzazioni, anche in campo finanziario, con ricerche su rischi sistemici in collaborazione con la Banca d'Italia). Ha preparato un nuovo sistema di simulazione ad agenti in Python (Swarm-Like Agent Protocol in Python), SLAPP, derivato dal progetto Swarm.

Viotti Daniele. Parlamentare europeo, eletto nel maggio 2014, nella circoscrizione nord-ovest (Piemonte, Lombardia, Liguria, Valle d'Aosta) per il Pd di cui è tesoriere a Bruxelles. Titolare della Commissione per i Bilanci (BUDG) e membro sostituto della Commissione per le Libertà Civili, la Giustizia e gli Affari Interni (LIBE), ha assunto anche la co-presidenza dell'Intergruppo per i diritti LGBTI del Parlamento europeo. Inoltre è membro titolare della delegazione per le relazioni con la Bosnia-Erzegovina e il Kosovo e membro sostituto della delegazione alle commissioni di cooperazione parlamentare UE-Kazakistan, UE-Kirghizistan, UE Uzbekistan e per le relazioni con il Tagikistan, il Turkmenistan e la Mongolia.

Zanetta Gian Paolo. Dal marzo 2017 Commissario dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, dopo esserne stato dal 1° aprile 2014 Direttore generale. Dal 23 luglio 2015 Consigliere della Fondazione Città della Salute di Torino Onlus. Dal 19 giugno 2015 Presidente di Federsanità Anci Piemonte.

Dal 16 maggio 2012 al 31 dicembre 2013 era stato Amministratore Unico della Federazione Sanitaria Sovrazonale 1 – Torino Sud Est. In precedenza era stato Direttore Generale dell'ASL di Alessandria, Tortona, Casale e

Novi Ligure, ma soprattutto dal 1990 al 2003 Direttore generale dell'Ordine Mauriziano. Docente in numerosi eventi, in particolare nel campo della sanità. Collabora da sempre a riviste giuridiche e partecipa quale relatore a Convegni in materia di legislazione Amministrativa e sanitaria.

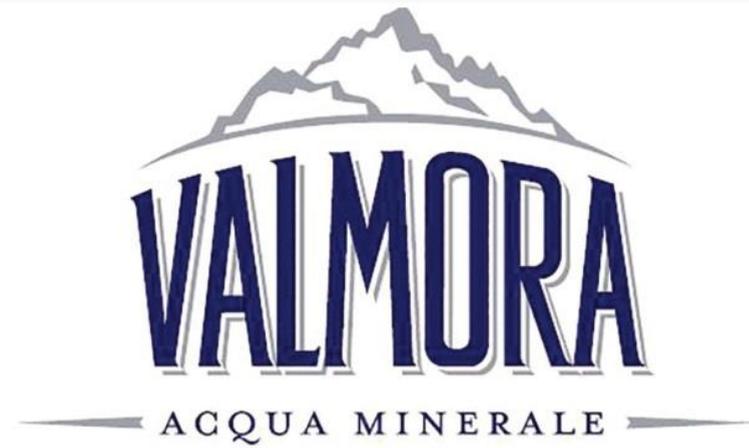
Zollesi Germana. Medico, specializzata in igiene e Medicina Preventiva presso l'Università degli Studi di Torino con il prof. Giovanni Renga, associa alla professione medica un'intensa attività divulgativa nel settore sanitario. È stata tra i redattori del portale: *torinomedica.com* (portale della rivista di informazione medica dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino) e ha pubblicato per Tendenze Nuove, Italiana Journal di Public Health, Rapporto Osservasalute, ASI - Agenzia Sanitaria Italiana, Monografie A.Re.S.S. Ha insegnato a diversi corsi di laurea specialistica organizzati dall'Università degli studi di Torino (Assistenza Oftalmologia dell'Università di Torino” Scienze Infermieristiche, Corso di Laurea per Ostetriche).



Info e prenotazioni su
www.sadem.it



Numero Verde
800.801.600
 GRATUITO DA TELEFONI FISSI
 DA TELEFONI CELLULARI/FOR MOBILE PHONE
+39 011 3000611



PONTEVECCHIO S.r.l.
 Via Ponte Pietra, 1
 10062 LUSERNA SAN GIOVANNI (TO)
 tel. 0121 954002 - fax 0121 909859
www.valmora.it



SCOPRI. ESPLORA. VIAGGIA.

LA TUA DESTINAZIONE È IL NOSTRO OBIETTIVO.

Grazie a un'esperienza di oltre settant'anni nel settore del noleggio autobus GT e a un team di autisti qualificati, siamo in grado di soddisfare tutte le esigenze dei nostri clienti per viaggi in Italia e all'estero. Richiedi subito un preventivo su www.cavourese.it

CAVOURESE.it
 Turin Mobility Services
 TORINO • CAVOUR • GIAVENO



la porta di vetro PRESENTA IL CONVEGNO

LA SANITÀ DEL PIEMONTE

CONOSCIUTA DA POCHI QUELLA CHE FUNZIONA
DA MOLTI QUELLA CHE NON FUNZIONA

GIOVEDÌ 16 NOVEMBRE 2017 - ORE 9

AULA MAGNA "A. DOGLIOTTI" - CITTÀ DELLA SALUTE - TORINO

- **MICHELE RUGGIERO** presidente de la Porta di Vetro: *"Introduzione"*
- **PIETRO TERNA** presidente Collegio Carlo Alberto di Torino:
"Le potenzialità della sanità nell'economia piemontese"
- **GIAN PAOLO ZANETTA** commissario Città della Salute di Torino:
"La sanità reale e la sanità percepita"
- **FRANCO RICCARDINI** dirigente Città della Salute di Torino:
"Il Pronto Soccorso tra presente e futuro, cosa è e come dovrebbe essere"
- **VITTORIO DEMICHELI** epidemiologo:
"No vax, sì vax, effetti paradossali sulla nostra società"
- INTERVENTO di **DANIELA RUFFINO** consigliera regionale FORZA ITALIA
- **MAURO NEBIOLO VIETTI** avvocato:
"La via giudiziaria per il recupero di risorse finanziarie"
- **EMANUELE RUFFINO** economista sanitario:
"Il diritto alla salute tra bisogni e limiti finanziari, uno sguardo dall'Europa all'America"
- **ENRICO DESIDERI** ingegnere: *"Il rilancio indifferibile dell'edilizia sanitaria"*
- INTERVENTO di **DAVIDE BONO** consigliere regionale M5S
- INTERVENTO di **DAVIDE GARIGLIO** capogruppo PD Consiglio Regionale
- **ANTONIO SCARMOZZINO** dirigente Città della Salute:
"Le incomprensioni tra operatori e sistema"
- INTERVENTO di **ANTONIO SAITTA** assessore alla Sanità Piemonte
- **STEFANO CAVALITTO** psicologo:
"La parola, il vero ponte tra medico e paziente"
- **FAUSTO FANTÒ** geriatra Ospedale San Luigi di Orbassano:
"Cronicità e fragilità, i più esposti tra gli esposti"
- **PIERPAOLO BERRA** giornalista:
"La comunicazione nella sanità tra scoop e fake news"

Conclusioni

