

INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXV • N. 2 FEB 2022

**PS**

**PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ**

**118  
SI SALVI CHI PUÒ**



UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



**ALTEMS**

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA  
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

---

# MASTER UNIVERSITARI, CORSI DI PERFEZIONAMENTO E DOTTORATI DI RICERCA NELL'AMBITO DELL'ECONOMIA E DEL MANAGEMENT SANITARIO

---

“Creare un contesto in cui le discipline mediche,  
quelle economiche e gestionali, quelle giuridiche e tecniche possano  
incontrarsi in uno spazio in cui la riflessione filosofica, etica e bioetica siano  
fonte di ispirazione per le decisioni ai diversi livelli del sistema.”

*Americo Cicchetti. Direttore Altems*

---

1921  
— 2021



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

## Post Scriptum

**Un problema!** La compatibilità fra spesa pubblica e sistema di sicurezza pubblica, rappresentata dal Sistema sanitario nazionale e dall'assistenza sociosanitaria, ha molto ridotto le prestazioni delle due aree che rappresentano da decenni il complesso dei servizi offerti ai cittadini, in modo più o meno gratuito. L'attuale pandemia ha messo a nudo le falle che negli ultimi anni sono state procurate dalla riduzione di alcuni standard qualitativi e quantitativi a causa del taglio di finanziamenti o comunque di non aumento dei fondi correlati al fabbisogno.

Ora un coro generale pone la domanda: quale sia la lezione del Covid e la questione relativa all'utilizzo dei fondi del Pnrr. La risposta è un problema! Il piano dovrebbe innescare percorsi positivi che favoriscano la resilienza del Sistema sanitario (Missione 6) e la coesione sociale (Missione 5). Sono stati stanziati molti fondi, come mai è accaduto in passato ed è difficile che capiti ancora. Ebbene la questione è anche questa, probabilmente dopo il 2026 non ci saranno ulteriori finanziamenti e il sistema dovrà trovare da sé i fondi di parte corrente. Molti stanziamenti previsti dal Pnrr saranno destinati alla costruzione di strutture e infrastrutture, ma quali professionisti le faranno funzionare? Il Pnrr ha trascurato l'aspetto più rilevante, la formazione del personale, gli standard qualitativi e quantitativi degli operatori, indispensabili per erogare i servizi previsti. L'assistenza, la cura, la prevenzione, la promozione della salute necessitano anche di strumenti sofisticati, di tecnologia e digitalizzazione ma senza personale potrebbero risultare inerti e inutili. Per i servizi alla persona servono professionisti qualificati. Quanti anni servono per preparare un medico, o un'infermiere, o altri operatori socio assistenziali? Oggi ne mancano decine di migliaia nelle diverse fasce, come si pensa di rimediare? Sono stati previsti finanziamenti enormi per la digitalizzazione, ma è uno strumento che non sostituisce i professionisti! La risposta alle domande e la soluzione ai problemi comportano un cambio radicale di prospettiva. Non si tratta soltanto di fondi ma di organizzazione.

Il nostro Ssn, di cui siamo orgogliosi, ha 42 anni. È cambiato il mondo anche della medicina e della cultura sanitaria. Si sono modificati i bisogni e anche la capacità critica dei cittadini. Serve urgentemente reimpostare il sistema per non sprecare l'occasione di rinnovarlo e non solo di mantenerlo.



COSE  
dell'altroMondo

**Ritorno in servizio per Covid** 6  
di MARCO TRABUCCHI

**RiTagli** 8

NOTIZIE DAL MONDO DELLA SANITÀ



STORIA

**Un'arma strategica  
nella guerra franco-prussiana** 10  
di BERNARDINO FANTINI

LEADING CHANGE

**L'importanza della strategia** 14  
di ANGELO TANESE



**LA DISABILITÀ FA PARTE  
DEL MONDO** 16  
ERIKA STEFANI  
di SANDRO FRANCO

# COVER  
STORY

**SI SALVI CHI PUÒ**

**Alle origini del 118** 24  
di MARCO VIGNA

**Noi Meu, medici panda** 28  
di FABIO DE IACO

**Il ragionamento  
deve essere nazionale** 30  
di PAOLA BOLDRINI

**Rafforzare l'identità del Set 118** 31  
di MARIA DOMENICA CASTELLONE

**Impariamo a fare  
in modo diverso** 32  
di MARIA CRISTINA CANTÙ

# COVER  
STORY

**Competenza non sostituibile** 34  
di ANTONINO GIARRATANO

**Uno vale l'altro... No!** 36  
di ALESSANDRO VERGALLO

**L'autonomia si può esercitare  
in équipe** 38  
di BARBARA MANGIACAVALLI

**Ora la palla passa ai politici** 40  
di ROBERTO ROMANO

**118 e 112 due mondi  
che si attraggono** 44  
di ALBERTO ZOLI

**Valorizziamo il volontariato** 46  
di FABRIZIO ERNESTO PREGLIASCO

PUNTO DI VISTA

**La vera leva del cambiamento** 48  
di FRANCESCO ESPOSITO

**Non è la giusta soluzione** 50  
di GUIDO QUICI

sihta HTA e programmi  
di Screening  
Neonatale 52



**Tre scelte fondamentali** 54  
DI LISA NOJA

**L'Italia attanagliata  
in un paradosso** 56  
DI LUIGI ORFEO

**Nell'emergenza continuata** 58  
DI KETTY VACCARO



**È l'ora della Connected Care** 60  
DI MARIANO CORSO, CHIARA SGARBOSSA

VOCI

**Un possibile rinascimento** 62  
DI BARBARA CITTADINI

PSICOLOGIA

**Languishing** 64  
DI MARIA BEATRICE TORO



**Terapie Intensive Pediatriche:  
poche e mal distribuite** 66  
di CRISTINA CORBETTA

REGIONI

**SANITÀ PIÙ SMART E  
A PORTATA DI CITTADINO** 70  
DI NICOLETTA VERÌ

**GUARDARE OLTRE** 72  
DI ROCCO LEONE

**Brevi** 74



**Uguaglianza di genere:  
la spinta pandemica al raggiungimento  
degli obiettivi** 76  
di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI



**Segnalazioni, domande  
e risposte sulle opportunità  
europee nel settore della sanità** 78  
a cura di CINZIA BOSCHIERO

**Liber@mente** 80  
Recensioni

**Hanno scritto per noi** 82

Panorama della Sanità

Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Direttore editoriale Mariapia Garavaglia

Direttore responsabile Sandro Franco

Progetto grafico e impaginazione Giuliana Caniglia

Redazione: Piorjk Procaccini

Hanno collaborato a questo numero: Velia Cantelmo,  
Cristina Corbetta, Elisabetta Gramolini, Martina Conterno

Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore  
di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"

Presidente Mariapia Garavaglia

Direttore Generale Sandro Franco

Editore KOS | EDITRICE

Kos Comunicazione e Servizi srl  
Via Vitaliano Brancati, 44 - 00144 Roma  
segreteria@koscomunicazione.it

Redazione redazione@panoramasanita.it  
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti Istituto Superiore Studi Sanitari  
"Giuseppe Cannarella"  
+39 3713801754 - segreteria@istitutostudisanzitari.it

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno  
dalla data di pubblicazione.

Gestione della pubblicità

Kos Comunicazione e Servizi S.r.l.

+39 3275627783 - vladimirosbacco@koscomunicazione.it

Stampa Pressup srl Nepi (Viterbo)

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti  
dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679  
sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a  
ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una  
comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it

Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale -  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1  
DCB - Roma - ISSN 1827-8140

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





## Post Scriptum *Sandro Franco*

Tra tante altre cose il Covid ha distrutto anche la granitica certezza che “l’aritmetica non è un’opinione”, espressione molto comune utilizzata per puntualizzare come i numeri dimostrino in modo inequivocabile ciò che stiamo sostenendo.

Da settimane imperversa la guerra dei numeri sulla pandemia, sul loro utilizzo, sull’opportunità di diffonderli, sulla frequenza dei bollettini.

Questo ha dato nuova linfa ai conduttori dei talk show sempre pronti a cogliere gli stimoli per la polemica e per nuovi, inutili se non deleteri, dibattiti che ammorbano ogni sera tutte le tv.

Qualche preoccupazione ce l’ha anche chi sui numeri dell’epidemia ha costruito una “fortuna mediatica” assurgendo a nuovo vate nel circo mediatico in cui tutti hanno cercato ed avuto l’onore della ribalta.

Sulla veridicità dei numeri e sulla loro interpretazione mi viene in mente una storiella che circola sui bilanci, che di numeri sono essenzialmente fatti.

Chiedendo ad un ragioniere, ad un ingegnere e ad un commercialista quanto fa  $2+2$  si possono ottenere risposte diverse. “Quattro” risponde sicuro il ragioniere, “dipende” risponde più cauto l’ingegnere, “quanto vuoi che faccia?” risponde pragmaticamente il commercialista. Non me ne vogliano questi ultimi per cui nutro la massima stima per la loro indispensabile opera di difesa delle tasche dei contribuenti dalla protervia dello Stato che vuole svuotargliele.

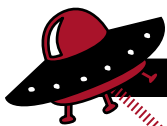
Nella guerra dei numeri anche le Regioni, preoccupate per le conseguenze derivanti dal colore loro attribuibile, si sono attrezzate per conteggiare in modo diverso i contagi da Covid cercando così di abbassare le soglie oltre le quali scattano le limitazioni, in qualche modo vanificando e contraddicendo gli sforzi del Presidente del Consiglio Draghi che ripetutamente ha dichiarato: “... le decisioni del Governo si basano sui numeri”.

Noi siamo dello stesso parere del nostro editorialista Giovanni Monchiero:

*“governare il Paese è molto più complicato. Ma, paradossalmente, ci si può riuscire anche senza sapere tutto”.* Nel caso di specie i numeri del contagio.

Nei prossimi giorni la guerra dei numeri si sposterà su un nuovo campo di battaglia: il conteggio di quelli necessari per l’elezione del Presidente della Repubblica. Ci auguriamo che, mentre andiamo in stampa, i grandi elettori abbiano aggregato i loro numeri per la migliore scelta della più alta carica dello Stato.

Restando in tema, 118 e 112 sono invece i numeri dell’emergenza. La Cover story di questo mese è dedicata a tutte le problematiche non risolte che hanno alimentato il dibattito su questo tema negli scorsi mesi. Buona lettura.



# Ritorno in servizio per Covid

**M**i sembra, quindi, davvero una "cosa dell'altro mondo" rilevare che tanti medici già in pensione hanno deciso in questi mesi di tornare in servizio, quando il Sistema sanitario ha avuto bisogno di loro per organizzare adeguate risposte cliniche al Covid-19.

Mi permetto di riassumere schematicamente le motivazioni secondo le quali si tratta di una cosa dell'altro mondo. In primis perché è un comportamento poco diffuso; molti, infatti, cercano di allontanarsi il prima possibile dall'impegno lavorativo. Secondo, perché abbiamo notizia, in generale, di molte persone che abbandonano il proprio mestiere anzitempo, anche se con motivazioni non del tutto chiare. Terzo, perché cresce la disaffezione

dal proprio lavoro, indipendentemente dal fatto che sia o meno usurante; i nostri concittadini ritengono in media di aver già dato molto (troppo!) alla collettività e chiedono il pensionamento, senza considerare il peso che

**Le grandi discussioni sull'età del pensionamento, ci hanno mostrato una popolazione che lascia il lavoro per entrare nel tempo lungo di una vita senza specifici impegni. Ma i medici pensionati, in questo periodo, ci hanno mostrato altro**

di MARCO TRABUCCHI

scaricano sulla collettività. Infatti, questa deve finanziare un periodo lunghissimo a causa del continuo innalzamento della speranza di vita alla nascita, ma soprattutto in età avanzata. Perché allora tanti medici hanno accettato di ritornare in servizio, adottando un atteggiamento soggettivo assolutamente coerente e quindi all'interno delle logiche del loro mondo?

Senza retorica, ritengo che la



prima motivazione sia di ordine morale e culturale. Il medico, almeno la maggioranza di loro, non ha dimenticato la nobiltà della propria ispirazione, quella che tanti anni orsono lo ha portato a scegliere la professione. Qualcuno dirà che la motivazione principale era stata il guadagno; non discuto questo aspetto, ma sono certo che sul piano psicologico una storia di molti decenni ha lasciato il segno. L'arte della cura ha lasciato un segno così profondo che nessuna distrazione né delusione può cancellare. Certo, in molte situazioni lavorative il medico è stato sottoposto a limitazioni, talvolta a prevaricazioni, ad aspetti burocratici preminenti rispetto a quelli professionali; così in alcuni momenti ha agognato il pensionamento dalla specifica situazione lavorativa nella quale si trovava. Ma questa ribellione, assolutamente giustificata, quasi mai ha portato ad un rifiuto dell'essere medico nel profondo. La nobiltà del ruolo di esperto di dolore e di sofferenza soggettivamente non è mai stata negata; così, dopo qualche tempo dalla

**Più della metà dei medici sarà presto in pensione, mentre la popolazione italiana è in rapido invecchiamento e cresce la domanda sanitaria.**

Tra gli specialisti, secondo le previsioni Anaao-Assomed nel 2025 le carenze più gravi saranno quelle di medici di emergenza-urgenza (entro 5 anni ne mancheranno all'appello 4180), seguiti da pediatri (3323), medici di medicina interna (1828), anestesisti-rianimatori e terapia intensiva (1395), chirurghi (1274).

pensione, è tornata fuori, sotto varie forme di impegno. Nella fattispecie è tornata fuori quando vi è stata la chiamata a servire i cittadini in un momento di crisi collettiva, perché per varie ragioni il numero dei medici era insufficiente a coprire tutti i ruoli necessari per assistere la popolazione. Allora nel profondo dell'animo del medico è ritornato vivo il concetto di cura. Un'idea modesta nelle forme concrete, probabilmente anche rispetto ai ruoli assunti nel tempo precedente. Una risposta al bisogno, magari modesto come quello espresso dalla gente di essere vaccinata o come quello di andare a rinforzare alcuni servizi in ambito ambulatoriale o ospedaliero. Il medico ritornato in servizio non ha avuto timore di dimostrare la propria vicinanza ad un'umanità ferita,

incerta, dominata dai fantasmi arcaici di una malattia dai confini incerti, spesso sconosciuti. Così ha risposto, dimostrando di essere tornato giovane, libero dagli orpelli del potere, e quindi libero di mostrare un sorriso di vicinanza e di solidarietà di fronte alle incertezze che molti hanno vissuto in questi mesi. La presenza del medico rappresenta un punto di sicurezza, talvolta anche superiore alle sue concrete possibilità di agire; ma, in questi momenti di incertezza, per molti nostri concittadini i primi veri momenti di incertezza in una vita finora tranquilla, protetta dalle grandi violenze e anche dalle epidemie del passato, il medico è presente, talvolta anche mostrando i segni di un'età non più giovane, che però induce serenità. Penso che, più o me-

no inconsciamente, molti colleghi abbiano sentito anche un richiamo ad un ruolo sociale, quello di testimone di una cura che oltre al singolo, si rivolge anche all'insieme delle nostre convivenze. In un momento nel quale sembra prevalere "io sul noi" questa testimonianza potrebbe sembrare a taluni una "cosa dell'altro mondo". Non così a chi conosce e interpreta davvero il giuramento di Ippocrate.

**Infine, è di questo mondo una parola di gratitudine verso i medici che hanno temporalmente abbandonato la pensione; taluni hanno agito indotti da una generosità che non pretende riconoscenza, ma l'esprimere un grazie a loro comprende anche tutti i medici che hanno lavorato con estrema dedizione in questi due anni faticosissimi, talvolta purtroppo senza nemmeno ricevere adeguate risposte da parte dei pazienti. Infine, il riconoscimento della generosità dei medici pensionati è una sorta di bilanciamento sociale rispetto al comportamento di altri medici (non molti, ma troppi) che non hanno espresso fedeltà alla medicina, che è anche scienza oltre che relazione.**

**“ NEL PROFONDO DELL'ANIMO DEL MEDICO È RITORNATO VIVO IL CONCETTO DI CURA ”**

# RiTagli



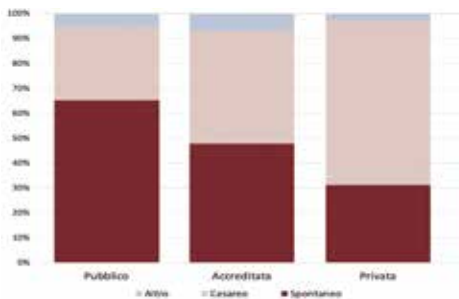
## PAZIENTE AL CENTRO

**Il 40% della popolazione italiana risulta affetto da almeno una patologia cronica e i relativi costi sanitari ammontano attualmente a 66,7 miliardi, con proiezioni in aumento a 70,7 miliardi per il 2028. Nonostante l'innovazione tecnologica introduca maggiore sostenibilità in termini di diagnosi, trattamento e gestione delle patologie croniche, al momento, presenta diversi ostacoli, inclusa la burocrazia e un'ottica non sempre personalizzata per l'acquisto da parte del sistema sanitario nazionale.** La pandemia di Covid-19 ha fortemente evidenziato la necessità e l'importanza dei servizi a valore aggiunto per garantire la continuità delle cure nei pazienti con condizioni croniche. In particolare, il secondo rapporto annuale sulla diffusione dei servizi a valore aggiunto dell'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari (Altems) dell'Università Cattolica (Roma) ha evidenziato che il 94% dei pazienti utilizza servizi dedicati al monitoraggio a distanza e/o servizi di consegna dispositivi medici a domicilio. In questo contesto nasce il Patient Access Network (Pan), promosso da Altems (Università Cattolica) e in collaborazione con Salutequità. Obiettivo di Pan è promuovere la centralità del paziente all'interno del panorama sanitario italiano, coinvolgendo le associazioni dei pazienti, le società scientifiche, le istituzioni e i privati nella discussione di tematiche e nell'identificazione di proposte per promuovere l'accesso a dispositivi medici e servizi sanitari.

## NASCITE

**L'88,2% dei parti è avvenuto negli Istituti di cura pubblici ed equiparati, circa il 21% è relativo a madri di italiane, con età media di 33 anni che scende a 30,8 anni per le cittadine straniere.** In media, nel 2020 il 31,12% dei parti è avvenuto con taglio cesareo, con notevoli differenze regionali che evidenziano un ricorso eccessivo al parto per via chirurgica. Questi alcuni dei dati rilevati dal Certificato di Assistenza al Parto (CeDap). La rilevazione, istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16/7/2001, n.349, costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie relative all'evento nascita, strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale.

**Distribuzione dei parti secondo la modalità e la struttura dove avviene Anno 2020**

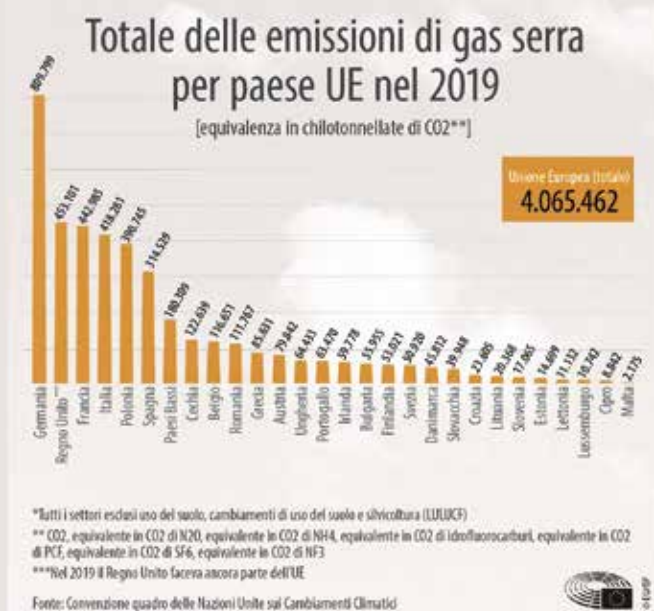


## CITTÀ

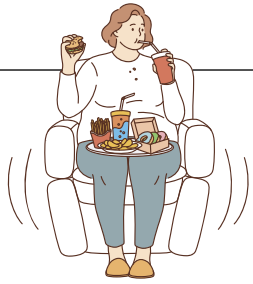
**Il Premio Access City 2022 va alla Città di Lussemburgo. Una giuria di esperti di accessibilità ha riconosciuto la città per la sua vasta gamma di soluzioni innovative e miglioramenti per migliorare l'accessibilità per le persone con disabilità.** La città ha fatto dell'accessibilità una priorità. Segue un approccio "Design for All" per facilitare l'accesso a tutti, comprese le persone con disabilità. Gli autobus a pianale ribassato dotati di rampe sono presenti in tutta la città, nonché annunci visivi e sonori sugli autobus e alle fermate degli autobus. La città consulta regolarmente i suoi cittadini con disabilità, per garantire che la sua azione abbia l'effetto desiderato. Inoltre, la Città di Lussemburgo rende accessibili a tutti le informazioni sulle decisioni politiche rendendo disponibili le principali riunioni del consiglio nella lingua dei segni, oltre alla lingua parlata e alla trascrizione accessibile.

## GAS SERRA

I gas che provocano l'effetto serra sono fra i maggiori responsabili del cambiamento climatico. Le emissioni di gas serra risultanti dalle attività umane, sono responsabili del riscaldamento di circa 1,1°C dall'inizio del novecento. I gas serra rimangono nell'atmosfera per un periodo che varia da alcuni a migliaia di anni.







## OBESITÀ

**Isolamento, disregolazione emotiva, condizione lavorativa instabile e interruzione delle consulenze nutrizionali sono tra i principali fattori correlati all'aumento di peso,**

**superiore ai 4kg, registrato durante l'emergenza Covid-19 negli italiani affetti da obesità.** Tra di essi vi sono in maggioranza disoccupati, smartworker, persone con disagi emotivi e casalinghe sopraffatte da rabbia e confinamento domestico. Lo stile di vita è rimasto, invece, invariato o addirittura migliorato nelle persone obese che durante il lockdown hanno continuato a svolgere la loro professione mantenendo una condizione economica regolare come dipendenti pubblici e privati, pensionati, agricoltori o artigiani i quali sembrano aver affrontato bene i problemi emotivi legati alle restrizioni. Ad affermarlo sono i risultati di uno studio condotto dalla Fondazione Adi - Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica durante le fasi di lockdown dell'emergenza Covid-19 su un campione di 1300 pazienti obesi in cura nei Centri Obesity Day afferenti all'Adi e operanti nel Ssn presenti su tutto il territorio nazionale.

## ONE HEALTH

Rafforzare i piani di prevenzione con un approccio globale tra salute umana, animale e ambientale per fronteggiare possibili future pandemie. È questo uno degli obiettivi primari del Policy Brief "One Health-Based Conceptual Frameworks for Comprehensive and Coordinated Prevention and Preparedness Plans Addressing Global Health Threats" sviluppato dai ricercatori dell'ISS e da un team di esperti internazionali nel quadro della Task Force Global Health and Covid-19 del T20/G20. Il documento esamina gli aspetti ancora deboli dei piani di preparedness e discute le strategie di One Health da adottare ed integrare nei piani. Inoltre, vengono evidenziati gli aspetti che ancora ostacolano la piena ed efficiente adozione di strategie di One Health e si propongono una serie di raccomandazioni al G20 al fine di condurre azioni concrete in grado di trasformare l'attuale "momentum" della One Health in impegni a lungo termine.

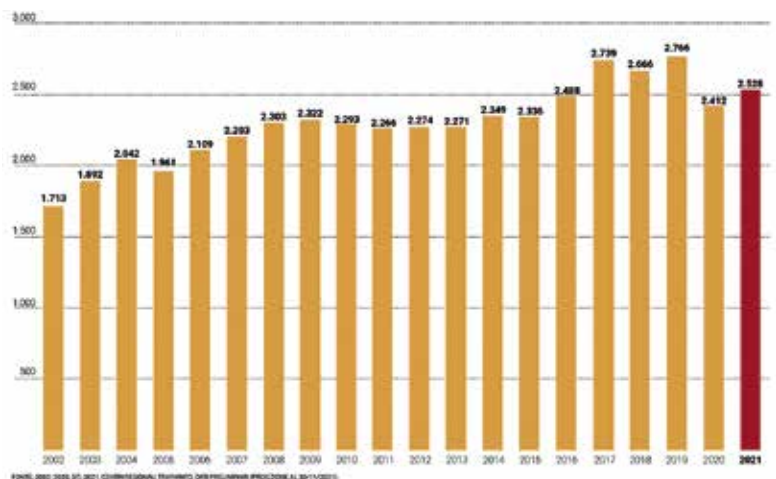


## TRAPIANTI

**Donazioni e trapianti di organi, tessuti e cellule sono tornati ai livelli di prima della pandemia: è la buona notizia che arriva dal report 2021 del Centro nazionale trapianti, che traccia un bilancio estremamente positivo dell'anno appena trascorso.** Dopo la brusca frenata del 2020, quando l'impatto della prima ondata del Covid aveva portato a un calo complessivo del 10%, nel 2021 la Rete trapianti è riuscita a riorganizzare la propria attività nel nuovo contesto dell'emergenza e a recuperare completamente, segnando un +12,1% sul fronte delle donazioni di organi e del 9,9% su quello dei trapianti.

### DONATORI SEGNALATI NELLE RIANIMAZIONI

**Andamento annuale** Periodo 2002-2021



## ANTIBIOTICI

In Italia la situazione è critica sia per l'alto tasso di utilizzo degli antibiotici, come evidenziato anche dai dati del Rapporto OsMed, sia per l'elevata prevalenza di germi con resistenza agli antibiotici; ciò rende urgenti azioni di prevenzione e controllo dell'antibiotico-resistenza. **Nonostante il trend in riduzione il consumo continua a essere superiore alla media europea, nei settori umano e veterinario, con grande variabilità tra le regioni. L'Italia detiene insieme alla Grecia il primato europeo per diffusione di germi resistenti.** L'uso non sempre appropriato degli antibiotici sta quindi generando in Italia e nel mondo un aumento delle resistenze batteriche. In questo contesto, l'Aifa ha attivato un gruppo di lavoro (Aifa-Opera, Ottimizzazione della PrEscRizione Antibiotica) che si avvale di alcuni tra i maggiori esperti nazionali di antibiotici e resistenze (coordinati da Evelina Tacconelli dell'Università di Verona) che ha il compito di supportare l'Agenzia al fine di favorire gli usi ottimali e specifici degli antibiotici.



# Un'arma strategica nella guerra franco-prussiana

Il ministro francese della guerra Edmond Le Bœuf disse alla vigilia del conflitto: "Siamo pronti e arcipronti. Ai nostri soldati non mancherà un bottone delle ghette". Per le ghette forse tutto era a posto, ma ai soldati francesi mancava un'altra cosa, molto più vitale. La vaccinazione e rivaccinazione contro il vaiolo

di BERNARDINO FANTINI



Ambulatorio degli internati francesi dell'esercito di Bourbaki nella cappella dei Terreaux a Losanna. Illustrazione tratta da una fotografia di Auguste Bauernheinz del febbraio 1871

**M**olti studi storici hanno mostrato il grande ruolo svolto dalle epidemie nella storia dell'umanità e la loro relazione con le crisi economiche e politiche. Questa relazione va nei due sensi: l'emergere di una grave pandemia può provocare crisi economiche, con la povertà e l'abbandono della produzione agricola e industriale, e crisi politiche, come le rivoluzioni che in tutta Europa hanno accompagnato le prime grandi pandemie di colera nel 1832-33 e nel 1848. Al tempo stesso, le crisi economiche e l'instabilità politica, che impedisce politiche sanitarie rigorose, possono portare allo sviluppo e alla diffusione di epidemie. Gli storici hanno tuttavia sottovalutato il peso nelle crisi politiche e nelle guerre delle politiche sanitarie, dalle quarantene e cordoni sanitari sino alla vaccinazione. Un esempio ne è il ruolo svolto dalle politiche vaccinali in occasione della grande epidemia di vaiolo che ha colpito l'Europa negli anni fra il 1870 e il 1880, la prima grave epidemia dopo la diffusione della vaccinazione jenneriana all'inizio dell'Ottocento, epidemia in gran parte dovuta alla

guerra franco-prussiana del 1870-71.

**Dopo la scoperta della vaccinazione nel 1798, l'utilizzo del nuovo rimedio profilattico si diffuse rapidamente e in molti stati venne reso obbligatorio: in Baviera nel 1807, in Danimarca nel 1810, in Norvegia nel 1811 e in Russia nel 1812, mentre l'Inghilterra attenderà sino al 1840.** In Italia Elisa Bonaparte, a Lucca, dopo aver fatto vaccinare i suoi figli impose nel 1805 l'obbligo della vaccinazione per tutti i bambini entro pochi mesi dalla nascita. **In altri Stati, invece, si manifestò una forte opposizione all'obbligatorietà del vaccino.** È il caso in particolare della Francia. Nonostante Napoleone I fosse un ammiratore di Jenner, i diversi governi francesi del XIX secolo non hanno mai imposto la vaccinazione, sino al 1902. E fu lo stesso Napoleone a frenare l'entusiasmo dei vaccinatori, per non limitare l'autorità del padre di famiglia, considerato come unico responsabile della salute dei figli. Nel 1808, il ministro dell'Interno, Joseph Fouché, rifiutò un rapporto dei vaccinatori, af-



Edward Jenner, medico e naturalista inglese considerato il padre dell'immunologia, è noto per aver introdotto il primo vaccino contro il vaiolo.

fermando che "le misure coercitive proposte non sono autorizzate dalla legge e la gentilezza e la persuasione sono i mezzi più efficaci per raggiungere il successo della nuova vaccinazione". I risultati delle campagne vaccinali in Francia nei primi decenni dell'Ottocento risultarono molto variabili, a causa della vaccinazione insufficiente, della cattiva qualità del vaccino utilizzato e del mancato controllo sull'effettiva presa della vaccinazione. Questo avvenne soprattutto nelle campagne, a causa di una struttura sanitaria praticamente inesistente e del permanere nella po-

polazione rurale francese dell'idea tradizionale del vaiolo come una malattia infantile inevitabile. Inoltre, in Francia, come in altri paesi europei, ci si accorse che anche i giovani adulti vaccinati potevano di nuovo essere contagiati e morire di vaiolo. Nonostante la convinzione di Jenner e dei suoi sostenitori che la protezione con il vaccino durasse per tutta la vita, queste osservazioni convinsero le autorità sanitarie della necessità di rivaccinare dopo 10 anni dalla prima vaccinazione. Negli anni '60 dell'Ottocento, quindi, in Francia persisteva un livello abbastanza alto di vaiolo endemico. **A Parigi, il vaiolo era endemico dal 1865, uccidendo in media 700 persone l'anno, ma diventò più virulento uccidendo 4.200 persone fra il dicembre 1869 e il luglio 1870, probabilmente a causa della forte urbanizzazione in condizioni igieniche precarie. Così, quando il 19 luglio 1870 l'imperatore Napoleone III dichiarò guerra alla Prussia, a Parigi era già in corso una grave**



**“ I PROFUGHI FRANCESI IN FUGA DAI COMBATTIMENTI ESPORTARONO L'EPIDEMIA ANCHE IN ALTRI PAESI EUROPEI ”**



**Edmond Le Bœuf**  
Generale francese,  
maresciallo di Francia  
dal 1870 (Parigi, 5 novembre  
1809 Argentan,  
7 giugno 1888).



In Italia il pioniere che introdusse la vaccinazione antivaiolosa, seguendo gli studi di Jenner, fu un medico originario di Varese: **Luigi Sacco**, cui oggi è intitolata la clinica di Milano specializzata nelle malattie infettive. Intorno al 1809, anno in cui venne stampato il suo Trattato di vaccinazione, poteva orgogliosamente affermare che circa 1.500.000 persone erano state vaccinate (500.000 per mano di Sacco stesso).

**epidemia di vaiolo e la mobilitazione dei coscritti, con il conseguente movimento delle truppe, diffuse l'epidemia non solo tra i militari, ma anche nella popolazione civile.** L'esercito francese entrò in guerra senza una adeguata preparazione. Come scriverà Flaubert nel suo Dizionario delle idee ricevute "Non c'è da stupirsi che ci abbiano battuto; non eravamo pronti!", nonostante che il ministro della guerra Edmond Le Bœuf avesse detto prima della guerra: "Siamo pronti e arcipronti. Ai nostri soldati non mancherà un bottone delle ghettoni". Per le ghettoni forse tutto era a posto, ma ai soldati francesi mancava un'altra cosa, molto più vitale, la vaccinazione. Nel 1869, quasi il 93% delle 115.000 reclute era vaccinato, ma le vaccinazioni avevano avuto successo solo nella metà dei casi e le rivaccinazioni erano solo un terzo. Subito dopo l'inizio delle ostilità l'ammassamento delle truppe nelle zone di guerra, con la maggioranza dei soldati non vaccinati e so-

prattutto non rivaccinati, diffuse il vaiolo. Il contrario avvenne nell'esercito prussiano, che dal 1834 aveva imposto la vaccinazione e la rivaccinazione dei soldati. Durante la guerra, circa 125.000 soldati francesi su un totale di 600.000 (20%), contrasero il vaiolo e di questi circa 28.000 ne morirono. Le truppe tedesche, con un numero equivalente di militari, ebbero circa 8.500 casi di vaiolo (5%) e 459 morti. La perdita del 20% dell'esercito porta a concludere, con lo storico Pierre Darmon, che **"in tutta evidenza il vaiolo ha svolto un ruolo non trascurabile nella disfatta francese"**. In effetti, la guerra divenne rapidamente un disastro militare per le forze francesi. 373.000 militari francesi vennero fatti prigionieri e portati in Prussia, e di questi 14.000 erano malati di vaiolo. In questo modo **l'epidemia si diffuse anche in Germania, continuando a imperversare per tutto il 1871 e il 1872: oltre 5.000 morti a Berlino nel 1871, oltre 3.600 ad Amburgo nello stesso anno e un picco di 65.000 nell'insieme del paese nel 1872.** In totale l'epidemia provocò in Prussia 160.000 morti nella popolazione civile, che non era stata vacci-

nata o rivaccinata, al contrario dei militari di leva. Dopo la disfatta, i militari francesi e i civili in fuga dalla guerra diffusero la malattia in quasi tutte le regioni e all'estero. In Francia il 1870 è stato l'anno peggiore e solo a Parigi si verificarono 10.500 decessi per vaiolo, mentre ce n'erano stati meno di 600 in tutto il paese nel 1866. Le stime del numero totale di decessi francesi per vaiolo nel 1870-1871 vanno da 60.000 a 90.000. Particolarmente tragico fu il destino dell'Armata dell'Est, posta sotto il comando del generale Charles Bourbaki, che dopo la disfatta cercò riparo nei paesi confinanti, in particolare in Svizzera. I soldati, affamati, sfiniti, decimati dal freddo e dal vaiolo, ottennero l'autorizzazione a passare la frontiera e vennero assistiti con una grande azione umanitaria, la prima a pochi anni dalla firma della Convenzione di Ginevra che aveva portato alla creazione della Croce Rossa Internazionale, con l'affermazione della politica di neutralità della Confederazione. Ma questo intervento portò anche alla diffusione dell'epidemia di vaiolo in Svizzera, dove l'atteggiamento della popolazione

era piuttosto negativo nei confronti della vaccinazione. Il 10% dei decessi per malattia tra gli 85.000 soldati di Bourbaki era dovuto al vaiolo e la malattia si diffuse rapidamente nella popolazione. Nel cantone di Zurigo furono identificati 1.350 casi di vaiolo sino al giugno 1872, con 129 morti; nel cantone di Basilea, su 550 casi più di 70 morirono nel 1871 e nel 1872, il più alto tasso di mortalità per vaiolo del secolo; il cantone di Berna contò quasi 2.750 malati e nessun altro cantone fu risparmiato.

Anche il giovane Regno d'Italia, che nel settembre 1870 aveva finalmente conquistato Roma come sua capitale, tra il 1871 e il 1874 venne duramente colpito. Su iniziativa di Giuseppe Garibaldi molti italiani e volontari di altri paesi avevano partecipato alla guerra franco-prussiana, a difesa nella neonata Repubblica, formando nel 1870 l'Armée des Vosges, con il compito di proteggere le vie di accesso alla città di Lyon. Dopo la sconfitta, molti dei volontari malati di vaiolo diffusero l'epidemia nei luoghi di origine, a Napoli, Milano, Torino e Genova, contagiando più di 15.000 persone, con oltre 3.500 morti.

## “ I DIVERSI GOVERNI FRANCESI DEL XIX SECOLO NON HANNO MAI IMPOSTO LA VACCINAZIONE, SINO AL 1902 ”

I profughi francesi in fuga dai combattimenti esportarono l'epidemia anche in altri paesi europei, fino ad arrivare in America e in Africa. **Nel 1871 la Gran Bretagna ebbe 23.100 morti di vaiolo, il Belgio 21.300 e i Paesi Bassi 12.400. L'epidemia continuò nell'Europa occidentale anche l'anno successivo, con altri 19.000 morti in Gran Bretagna, e iniziò a raggiungere l'Europa centrale. Tra il 1872 e il 1874 nei territori austro-ungarici ci furono 140.000 morti per vaiolo e nel 1874 l'ondata epidemica raggiunse il picco in Svezia, dove morirono oltre 4.000 persone. Si calcola che alla fine dei sei anni di epidemia circa 500.000 europei morirono di vaiolo e molte altre centinaia di migliaia ne rimasero sfigurati.**

L'epidemia degli anni '70 dell'Ottocento divenne una forte evidenza a sostegno di coloro che premevano per la vaccinazione obbligatoria come risposta preventiva adeguata al vaiolo e servì da importante stimolo per le iniziative legislative nazionali. Si reagì immediatamente all'epi-

demia con l'incremento della vaccinazione e della rivaccinazione e a partire dal 1880 il vaiolo scese a livelli meno epidemici nell'Europa meridionale e centrale e si ridusse drasticamente in alcuni altri stati. Così nel 1886, mentre l'Impero tedesco subì un totale di 155 morti per vaiolo, Genova da sola ne ebbe 275, Roma 470 e Budapest oltre 1.500, mentre la Svezia, dove la vaccinazione con rivaccinazione era obbligatoria per tutta la popolazione, non ne segnalò nessuno. In Italia la legge Crispi-Pagliani del 1888 rese obbligatoria la vaccinazione antivaiolosa per tutti i bambini entro un anno dalla nascita. Ma le iniziative per rafforzare il ruolo dello Stato nelle campagne di vaccinazione portarono a loro volta al rafforzamento dei movimenti contrari a tale obbligatorietà, che conobbero proprio fra Ottocento e Novecento la loro maggiore diffusione, con la creazione di una Lega internazionale contro la vaccinazione, creata a Francoforte e con sede a Perugia nel 1912, sotto la presidenza del professore Carlo Ruata.



**1899: il ricorso avverso contro l'imposizione delle vaccinazioni obbligatorie presentato direttamente al Ministro dell'Interno dell'epoca da Carlo Ruata, Medico e Docente di Igiene e Materia Medica presso l'Università di Perugia.**

Nato a Montaldo Roero nel 1849, Carlo Ruata fu strenuo avversario della vaccinazione antivaiolosa e sul tema pubblicò numerosi studi sostenendo anche polemiche asprissime. Notissimo anche in Europa, sarà presidente della lega internazionale contro la vaccinazione.

# L'importanza della strategia

**Chi ha la responsabilità di guidare un gruppo non può permettersi di leggere e vivere il presente in modo statico, come se le cose fossero immutabili, o di guardare al futuro in modo passivo e fideistico**

di ANGELO TANESE

**U**n mio amato e compianto professore di Strategia Aziendale, Gianfranco Piantoni, soleva dire che la strategia è "decidere oggi, con gli uomini di ieri, cosa farò domani". Una sintesi effi-

cace per ricordare che chi è al governo di un'impresa deve possedere capacità di visione e al tempo stesso i piedi ben piantati per terra, consapevole dei suoi mezzi, delle persone e dell'organizzazione che dirige.

**La gestione di una grande organizzazione è un'esperienza straordinaria, perché tutto ciò che avviene non è mai casuale ma il frutto di ciò che abbiamo costruito nel tempo.** Chi ha la responsabilità di guidare un gruppo non può permettersi di leggere e vivere il presente in modo statico, come se le co-

se fossero immutabili, o di guardare al futuro in modo passivo e fideistico, in attesa che arrivi qualcuno o qualcosa dall'esterno a risolvere i problemi.

**In un mercato sempre più dinamico e competitivo, le imprese di successo sanno che bisogna assumere rischi e lavorare con grande energia e determinazione se si vogliono ottenere risultati:** guardare a nuovi mercati, dialogare con i finanziatori, investire sulle competenze, cercare alleanze, sfruttare le nuove tecnologie. Nulla avviene per caso, ed è soltanto la capacità di mettere a sistema tutti gli elementi a generare poi l'innovazione e il cambiamento.

In modo del tutto analogo, dovremmo adottare un approccio strategico per trasformare e migliorare i nostri servizi pubblici. La qualità e l'affidabili-



tà di un servizio pubblico si può pianificare e costruire nel tempo, non sarà mai il frutto di singole iniziative o di mere riforme normative. Lo dicevano in fondo anche i nostri nonni, solo chi semina raccoglie. L'ultimo decennio di spending review ha purtroppo lasciato il segno. In molti enti locali e amministrazioni pubbliche non c'è stato il necessario ricambio generazionale, gli investimenti si sono ridotti ed è venuto meno quel clima di fiducia e di progettualità diffusa che è alla base di ogni cambiamento. Al contrario, per lungo tempo si è puntato alla sopravvivenza, a fare con ciò che si ha, a giocare in retroguardia. Oggi il quadro è cambiato. Abbiamo davanti un quinquennio, fino al 2026, in cui l'imperativo sarà investire e spendere bene le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Siamo di nuovo in una fase espansiva della spesa pubblica e non recessiva. Questo deve farci riflettere e agire di conseguenza. Avere un orizzonte pluriennale di crescita è una occasione imperdibile, ma non saranno i progetti finanziati, da soli, a generare

un vero salto di qualità del sistema e a produrre innovazione. Sarà, al contrario, la nostra capacità di agire con discontinuità dal passato, ripensando profondamente le modalità di offerta dei servizi ai cittadini. In tutti i settori di intervento, dalla sanità ai servizi sociali, dall'istruzione alla cultura, dai servizi alle imprese alle politiche per il lavoro, il nostro Paese ha bisogno di amministrazioni che mettano al centro la strategia e il management, non la semplice adozione di procedure di gara o di atti di programmazione formali. **Quale vogliamo che sia la Pubblica Amministrazione del futuro? Quale vogliamo che sia il Servizio Sanitario del futuro? Non è possibile immaginare, oggi, i servizi di domani, con la formamentis di ieri.**

Ciò che ogni amministrazione pubblica dovrebbe fare, in primo luogo, per dare senso e prospettiva al Pnrr, è adottare un proprio Piano Strategico 2022-2026 e porsi obiettivi ambiziosi, al tempo stesso sostenibili e misurabili, all'interno dei quali collocare gli stessi progetti finanziati. Alle sfidanti

**Gianfranco Piantoni ha insegnato Strategia aziendale e management dei servizi all'Università di Bologna e all'Università Luigi Bocconi di Milano. Ha pubblicato *Strategia sociale dell'impresa*, 1984; *La successione familiare in azienda*, 1999. Tra le sue pubblicazioni nel campo dello sport: *Sport e doping*, 1999; *Lo sport tra agonismo, business e spettacolo*, 1999; *A new scenario for sport: an outline of methodology*, 2005. Ha progettato e coordinato, presso il Centro Tecnico di Coverciano, il primo Master per dirigenti di società di calcio. È stato consigliere della Lega Ciclistica Italiana e Presidente del Centro Studi della Federazione Ciclistica Italiana. Ha fatto parte del Board che gestisce l'International Master in Management, Law and Humanities of Sport, organizzato dalla Fifa.**

missioni globali del Piano devono fare da controcanto una chiara visione, solide responsabilità e capacità locali.

La strategia però non nasce dal nulla, né può essere un esercizio autarchico in cui ogni singola amministrazione adotta un proprio Piano senza renderlo coerente con il quadro istituzionale in cui opera e senza tener conto del punto di vista dei suoi stakeholder esterni e interni.

E qui veniamo al punto.

Adottare un approccio strategico richiede, nelle posizioni di vertice delle amministrazioni, persone in grado di gestire progetti complessi. Elaborare una strategia di qui al 2026 non può essere un'operazione di pianificazione pluriennale "modello anni '60", ovvero con la pretesa di definire tutto ex ante; lo scenario cambierà, dovremo ridefinire, via via, piani e programmi per adattarli a un contesto che muta rapidamente. **Anche se molte decisioni che prendiamo oggi sono vincolanti rispetto all'utilizzo dei fondi, ciò che farà la differenza sarà agire in sinergia con altri livelli istituzionali, condividere obiettivi e percorsi di implementazione con gli attori del sistema, trasformare l'organizzazione e motivare le persone, sperimentare nuove forme di collaborazione pubblico-privato, finalizzare le tecnologie a nuovi modelli di servizio pubblico e di relazione con i cittadini.** Tutto questo è, innanzitutto, una grande operazione di senso che restituisce linfa e prospettiva ad un Paese che sembrava fermo e stanco, per migliorare la qualità della vita nei nostri contesti urbani e locali. Per non perdere questa occasione, è fondamentale avere una strategia.

“ L'ULTIMO DECENNIO DI SPENDING REVIEW HA PURTROPPO LASCIATO IL SEGNO ”

Conver  
sando  
con

ERIKA  
STEFANI

“Quanto prima si riesce a far passare il messaggio che la disabilità è qualcosa che fa parte del mondo, e quindi non più qualcosa da “evitare” o di cui “occuparsi”, quanto prima poi verranno giù tutte le barriere comunicative e psicologiche”. Parola del ministro per le Disabilità, Erika Stefani che in questa intervista a tutto tondo illustra gli obiettivi raggiunti dal suo dicastero e le prossime azioni da portare avanti. Perché “c’è ancora tantissimo da fare”

di SANDRO FRANCO

# “LA DISABILITÀ FA PARTE DEL MONDO”



La territorialità non può più essere un elemento che pregiudica l'accesso ad un'assistenza dignitosa, e lo vediamo in modo particolarmente accentuato proprio quando facciamo riferimento ai fondi dedicati alle persone con disabilità". È quanto sottolinea il ministro per le Disabilità Erika Stefani durante la nostra conversazione.

**Ministro partiamo dalla legge delega sulle disabilità, provvedimento entrato in vigore lo scorso 31 dicembre. È un passo importante...**

Con la Legge Delega in materia di disabilità rientra tra le riforme e azioni chiave previste dal Pnrr e inaugura un nuovo percorso, che sancisce un differente approccio al mondo delle Disabilità, con misure pensate a partire dalla persona, nella sua pienezza di desideri, ambizioni, relazioni. Fissiamo, anche a livello normativo, un principio cardine da cui non si potrà mai derogare: l'autodeterminazione della persona nel costruire un proprio percorso di vita autonomo. Da qui dovranno discendere tutte le azioni che, a livello normativo, saranno intraprese. La 'cornice' legislativa che - con l'importante contributo del parlamento - è stata posta, segna un elemento di civiltà che inciderà positivamente e in maniera strutturale sulle decisioni future. In questo senso si fonda un nuovo inizio nell'ambito delle politiche delle Disabilità. Ringrazio tutte le forze politiche che hanno cooperato a questo storico risultato superando gli steccati di partito: un provvedimento approvato all'unanimità che porrà l'Italia tra i paesi all'avanguardia nel rispetto della Convenzione Onu. Era un provvedimento atteso

## “ LA VITA INDIPENDENTE È POSSIBILE SOLO SE ASCOLTIAMO LA PERSONA ”

da tempo dai cittadini e dalle associazioni e rappresenta un passaggio storico, un passo importante nel percorso verso la piena inclusione.

La cosa che tengo a ricordare quando parlo di questa legge è il fatto che essa, attraverso l'introduzione della valutazione multidimensionale, aggiunge diritti per le persone con disabilità, senza toccare i diritti preesistenti che continueranno, naturalmente, ad essere garantiti.

Consentirà inoltre una revisione complessiva della materia. Gli ambiti di intervento della delega al

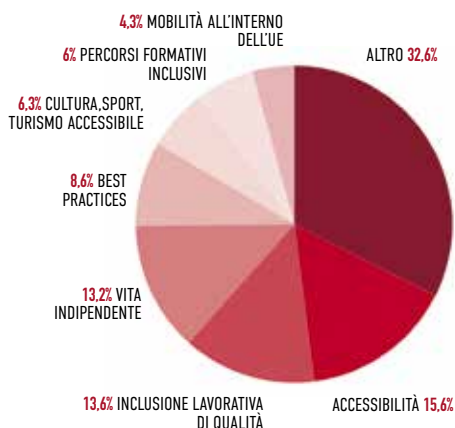
Governo sono infatti: definizioni della condizione di disabilità, riassetto e semplificazione della normativa di settore; accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base, unificando tutti gli accertamenti concernenti l'invalidità civile, la cecità civile, la sordità civile, la sordocecità, l'handicap, anche ai fini scolastici, la disabilità prevista ai fini del collocamento mirato e ogni altra normativa



### CHI È

Erika Stefani è nata il 18 luglio 1971 a Valdagno (Vicenza). Si è laureata in Giurisprudenza con specializzazione in Diritto processuale civile presso l'Università degli studi di Padova. Dal 2005 è iscritta all'ordine degli Avvocati di Vicenza. Nel 1999 è stata eletta consigliere comunale presso il comune di Trissino. Nel 2009 è stata rieletta consigliere comunale presso lo stesso comune, ricoprendo le cariche di vicesindaco e assessore all'urbanistica ed edilizia privata. Nel 2013 è stata eletta al Senato della Repubblica nella circoscrizione Veneto (XVII Legislatura), entrando a far parte della Giunta delle elezioni e delle immunità parlamentari e membro di Commissione Giustizia. In occasione delle elezioni politiche del 2018 è stata rieletta al Senato della Repubblica nel collegio uninominale di Vicenza (XVIII Legislatura). Dal 2013 al 2018 ha fatto parte della Commissione parlamentare d'inchiesta sulla strage di via Fani, sul sequestro e l'assassinio di Aldo Moro e sul terrorismo in Italia. Dal 2013 al 2018 ha fatto parte della Commissione parlamentare di inchiesta sul femminicidio, nonché su ogni forma di violenza di genere. Dal 2018 al 2019 ha ricoperto la carica di Ministro per gli affari regionali e le autonomie. Il 13 febbraio 2021 ha giurato come Ministro per le Disabilità nel Governo guidato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, Mario Draghi.

**Sono 302 le proposte presentate da parte di cittadini ed associazioni in risposta alla consultazione pubblica "Verso una piena inclusione delle persone con disabilità" che si è aperta il 20 ottobre per concludersi il 20 novembre 2021.** Ai partecipanti alla consultazione è stato chiesto di offrire il proprio contributo in relazione a una o più di sette aree tematiche e proporre di nuove: 1. Accessibilità 2. Mobilità all'interno dell'Unione Europea 3. Vita indipendente 4. Percorsi formativi inclusivi 5. Inclusione lavorativa di qualità 6. Cultura, Sport e turismo accessibile 7. Best Practices. I risultati sono stati presentati il 13 dicembre 2021 in occasione della Conferenza Nazionale sulla disabilità, promossa dal Ministro per le disabilità, Erika Stefani.



La Commissione Europea, il 3 marzo 2021, ha adottato la Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030 per garantire la piena partecipazione delle persone con disabilità alla vita sociale, in linea con i principi della Convenzione Onu sui diritti delle persone con disabilità, approvata il 13 dicembre 2006 e recepita in Italia con la Legge n. 18 del 2009.



vigente in tema di accertamento dell'invalidità; valutazione multidimensionale della disabilità, progetto personalizzato e vita indipendente; informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità; istituzione di un Garante nazionale delle disabilità.

### Altro obiettivo centrato è quello della Disability Card. Quali sono i vantaggi attesi da questo strumento?

La card, una volta a regime, aiuterà a semplificare la quotidianità delle persone con disabilità per tre motivi: innanzitutto va a sostituire tutta la documentazione cartacea attestante la condizione di disabilità. Non sarà più necessario archiviare e portare con sé certificati e fascicoli cartacei, basterà il QR Code della card per attestare la propria condizione ad uffici e sportelli. In secondo luogo, la card darà diritto a tutta una serie di beni e servizi a tariffe agevolate per le persone con disabilità, a partire dall'accesso gratuito ai Musei Statali italiani e potrà essere al centro di ulteriori iniziative e integrazioni, anche sulla base delle proposte che saranno avanzate.

Infine, la card è un documento che fa parte di un progetto europeo, e pertanto sarà bastevole per attestare la propria condizione di disabilità anche negli altri paesi dell'Ue e accedere alle agevolazioni dedicate all'estero. La disability card è un progetto di semplificazione e

sburocrazizzazione, per una platea di potenziali beneficiari di circa 4 milioni di persone. Ho seguito il suo sviluppo personalmente fin dall'inizio con molta attenzione e dedizione. Ho avuto diverse interlocuzioni con il garante della privacy per superare gli ostacoli in tema di dati sensibili, e oggi finalmente possiamo dire che siamo arrivati allo step finale, infatti proprio in questi giorni stiamo ultimando, insieme ad Inps, Istituto Poligrafico e associazioni - con i quali abbiamo condotto un lavoro di squadra con grande impegno e sensibilità - la sperimentazione della procedura informatica di richiesta delle card, con l'obiettivo di mettere tutto on line e renderlo operativo per i primi di febbraio.

### Ci può indicare le novità salienti per i disabili contenute nella legge di Bilancio 2022?

Questa manovra segna un passo avanti concreto a sostegno delle persone con disabilità e delle politiche per l'inclusione e per la realizzazione di progetti di vita indipendente, stanziando circa un miliardo di euro aggiuntivi e istituendo nuovi fondi specifici. La legge delega che ha ricevuto pochi giorni fa il via libera definitivo potrà disporre di uno stanziamento di 350 milioni di euro all'anno. Non sarà quindi solo un meccanismo procedurale e normativo ma avrà una dote economica importante. Inoltre è stato istituito presso il Mef un fondo da 100 milioni annui per l'assistenza all'autonomia e alla comunicazione degli alunni con disabilità, alunni per i quali sono stati investiti quasi 500 milioni di euro, su base pluriennale, relativi al trasporto scolastico. E

## “ SIAMO SEMPRE STATI IN CONTATTO CON IL MONDO DELLE ASSOCIAZIONI ”

per l'abbattimento delle barriere architettoniche è previsto un finanziamento specifico di 200 milioni di euro per più anni. È stato avviato anche un primo pacchetto di risorse specifico per l'accessibilità turistica delle persone con disabilità (18 mln del fondo che abbiamo istituito insieme al turismo). Inoltre: le risorse previste per le politiche in favore dei soggetti con disturbo dello spettro autistico sono state aumentate di 27 milioni di euro per il 2022 del fondo che è presso il ministero della Salute il cui riparto, di concerto con il nostro ministero, saranno destinati ai progetti sociali e non solo sanitari. In particolare con la parte socio assistenziale si potrà lavorare ad esempio ai progetti a supporto dell'assistenza dopo l'età scolare.

### **Ritiene che gli stanziamenti previsti dal fondo per le non autosufficienze sia idoneo e congruo?**

Per la non autosufficienza, tema che è seguito per competenza dal ministro Orlando, il fondo è stato aumentato di 40 milioni di euro. Nel contempo il ministro Orlando ha elaborato una bozza di riforma della non autosufficienza. Attualmente c'è anche un progetto presso il ministero della Salute ed un progetto sugli anziani alla Presidenza del Consiglio dei Ministri. La riforma si basa sui nuclei di valutazione multidimensionale, sistema adottato anche da noi, che speriamo possano far dialogare

in futuro le diverse componenti dell'assistenza. Vero è che il fondo, anche pensando al futuro, potrebbe non essere adeguato ma è anche vero che deve essere utilizzato bene. Ad esempio i fondi per il "Dopo di noi" a volte non vengono utilizzati dalle regioni perché mancano le progettualità.

### **Passiamo al Piano nazionale di ripresa e resilienza. Il documento prevede oltre 6 miliardi di euro per le persone con disabilità con l'obiettivo di garantire tutte le cure necessarie in un contesto autonomo e socialmente adeguato, per combattere la marginalizzazione. Su quali obiettivi punterà questo finanziamento?**

I fondi del Pnrr non sono destinati direttamente a dei progetti sulle disabilità ma sono spalmati in modo da avere effetti positivi. Fra gli obiettivi da raggiungere a lungo termine c'è sicuramente quello di ridurre, dove possibile, il ricorso all'istituzionalizzazione, puntando piuttosto al soddisfacimento dei bisogni ma anche dei desiderata del singolo. Presso il ministero opera l'Osservatorio Nazionale sulla condizione delle persone con disabilità che svolge una preziosissima funzione di organo consultivo e di supporto tecnico-scientifico per l'elaborazione delle politiche nazionali in materia di disabilità. In questi mesi il suo contributo è stato e continua ad essere particolarmente utile, dal



Il Presidente del Consiglio, Mario Draghi con il Ministro per le disabilità, Erika Stefani alla Conferenza Nazionale sulla disabilità il 13 dicembre 2021



Il ministro Stefani in occasione della presentazione della Disability Card.  
*Foto della Presidenza del consiglio dei ministri*



Da sinistra Sandro Franco, Direttore responsabile di Panorama della Sanità, Erika Stefani, Mariapia Garavaglia, Direttore editoriale della rivista e Presidente Istituto Superiore Studi Sanitari Giuseppe Cannarella



momento che stiamo lavorando a importanti cambiamenti e riforme del sistema di assistenza e di cura. Ed ho ottenuto – anche grazie alla sensibilità di Draghi – che nella fase di attuazione del Pnrr, tutte le amministrazioni

competenti dovranno confrontarsi con l'Osservatorio nazionale delle persone con disabilità a garanzia del fatto che tutte le misure, interventi e riforme che verranno finanziate col Pnrr considerino e tutelino appieno e adeguatamente i diritti delle persone con le disabilità. L'Osservatorio è un parlamentino al cui interno ci sono tutti i protagonisti ed è uno strumento eccezionale.

**Nel Report della consultazione pubblica “Verso una piena inclusione delle persone con disabilità” nella Categoria “Altro” sono state inserite le proposte relative a tematiche in parte o in tutto diverse da quelle individuate nella consultazione.**

Tra queste la Salute:

In generale, si richiede di intervenire sul sistema di assistenza pubblico al fine di garantire alle persone con disabilità, e più nello specifico alle persone con disabilità psichica, cure e servizi dignitosi nell'ottica di un accomodamento ragionevole e di un'offerta proporzionata alla specificità delle condizioni dei singoli. Si richiede urgentemente un intervento normativo per l'attuazione dei nuovi Lea e per l'aggiornamento del nomenclatore e del tariffario degli ausili alla luce delle innovazioni tecnologiche. In particolare:

- **Inserire presso i poli sanitari, siano essi pubblici o privati**, figure infermieristiche formate specificatamente per comunicare e accompagnare, con modalità e tempistiche adeguate, le persone con disabilità nelle loro visite;
- **Creare il ruolo di tutor/referente/coordinatore** per le malattie rare e le disabilità, trasversale sulle diverse aree coinvolte, sanitaria, fiscale, previdenziale, scolastica che guida la famiglia della persona con disabilità in tutti i percorsi da affrontare, magari anche senza dover presentare istanze ma ricevendo il conferimento dei servizi ed emolumenti cui si hanno diritto.
- **Elaborare a livello centrale Linee-guida** per assicurare standard di qualità omogenei per la valutazione/fornitura degli ausili tecnologici e/o ad elevata complessità per effettuare verifiche di efficacia. In particolare:
  - definire la valutazione per l'assegnazione degli ausili in rapporto ai bisogni come aspetto centrale del processo di fornitura degli ausili (competenze tecnica e metodologica specifica);
  - studiare misure per evitare il fenomeno dell'“abbandono degli ausili”, che riguarda oggi più del 30% delle forniture pubbliche di ausili;
  - proporre l'istituzione di un sistema di monitoraggio delle forniture di ausili in modo da ottenere dati attendibili e aggiornati oggi mancanti;
  - definire modalità di valutazione degli outcome del percorso - ausili (efficacia, economicità, soddisfazione);
  - riconoscere “a sistema” i Centri ausili presenti in molte regioni italiane, come strutture a supporto di prescrittori e professionisti del settore, per orientare la prescrizione secondo criteri di massima appropriatezza;
  - aggiornare e ottimizzare i contenuti e i codici degli ausili di recente introduzione nel Nomenclatore, alla luce delle innovazioni tecnologiche; o definire quali ausili necessitano di essere considerati “dispositivi medici” e quali non debbano rientrare in tale classificazione.

**Quali sono le principali richieste e istanze portate avanti dalle Associazioni del mondo della disabilità che attendono ancora una risposta?**

Sin dal primo giorno del mio mandato di Ministro per le disabilità ho privilegiato un metodo di lavoro improntato sul confronto e sul dialogo continui. Questo vuol dire che siamo sempre stati in contatto con il mondo delle associazioni, con le quali abbiamo lavorato e lavoriamo quotidianamente per il raggiungimento di obiettivi comuni. Le istanze provenienti da questo mondo, così come quelle che provengono dagli stessi cittadini, vengono tutte ascoltate e lavorate dai nostri uffici per assicurare politiche che siano davvero inclusive.

**Secondo le Associazioni, la Legge sul “Dopo di Noi” non ha, al momento, prodotto i risultati auspicati. Quali secondo Lei le principali criticità?**

È una legge molto importante per la quale servirebbero alcuni interventi in grado di favorirne l'applicazione sul territorio, poiché è lì che vi si registrano le criticità maggiori. Continuiamo a ricevere

## In tutto il mondo un bambino su 10 vive con disabilità (240 milioni)

moltissime doglianze perché è difficile realizzarla. La legge 112 non disciplina tutto. Ci sono alcuni istituti per permettere il partenariato tra il pubblico ed il privato ma ci sono delle difficoltà. Si utilizza ad esempio il trust, molto diffuso nel mondo anglosassone, in cui non c'è sufficiente esperienza in Italia. Comunque, per realizzare il dopo di noi occorreranno anche risorse pubbliche. Le risorse che sono messe a disposizione in alcune Regioni sono utilizzate appieno. In altre Regioni lo sono in maniera incompleta e variegata con una forte differenziazione nell'utilizzo di questi fondi. Presso il ministero è attivo un tavolo tecnico ad hoc, dove abbiamo raccolto proposte soprattutto che mirano a semplificare l'accesso alla misura da parte dei cittadini.

### **Su quali leve bisogna insistere per rendere realizzabile una vita indipendente per le persone con disabilità?**

Il progetto individuale di vita, come lo abbiamo previsto in Legge delega, affronta ora la parte più difficile della sua attuazione. Bisogna puntare sul rendere disponibili, a prescindere dal dato territoriale e dalla regione di appartenenza, strumenti e misure incentrate sulla persona e non più interventi "standardizzati" per tutti i cittadini. La vita indipendente è possibile solo se ascoltiamo la persona e ciò che davvero desidera per il suo progetto di vita. E se sappiamo adattare il suo progetto di vita nel tempo. Gli interventi inclusi nel Pnrr, così come nella legge delega, vanno in questo senso.

Secondo il recente rapporto dell'Unicef "Considerati, contati, inclusi" ("Seen, Counted, Included") che compara dati a livello internazionale da 42 paesi, i bambini con disabilità sono svantaggiati rispetto ai bambini senza disabilità perché hanno:

**Il 24% di probabilità in meno di ricevere stimoli precoci e cure adeguate;**

**Il 42% in meno di avere competenze di base di lettura e calcolo;**

**Il 25% di probabilità in più di soffrire di malnutrizione acuta e il 34% in più di soffrire di malnutrizione cronica;**

**Il 53% in più di avere sintomi di infezioni respiratorie acute;**

**Il 49% in più di non aver mai frequentato la scuola;**

**Il 47% in più di non frequentare la scuola primaria, il 33% in più per la scuola secondaria inferiore e il 27% in più per la secondaria superiore;**

**Il 51% in più di sentirsi infelici;**

**Il 41% in più di sentirsi discriminati;**

**Il 32% in più di subire punizioni fisiche gravi.**

## “ LA TERRITORIALITÀ NON PUÒ PIÙ ESSERE UN ELEMENTO CHE PREGIUDICA L'ACCESSO AD UN'ASSISTENZA DIGNITOSA ”

**Il peso dell'assistenza ai disabili e ai non autosufficienti in Italia ricade molto spesso sulle sole famiglie. Quali misure sono state messe in campo per rafforzare la rete di assistenza socio-sanitaria?**

Il peso sulla famiglia è enorme. A volte le famiglie risultano impoverite perché i familiari, per potersi dedicare alla persona con disabilità, rinunciano alle proprie carriere e ai propri percorsi di vita. Qui c'è il tema del caregiver che è un tema che deve essere ancora ben definito dalla legge. L'introduzione, con la legge delega, del progetto di vita personalizzato aumenta la qualità delle cure rivolte al singolo. In legge di bilancio, inoltre, ci sono alcuni provvedimenti relativi alla riorganizzazione degli Ambiti Sociali Territoriali (Ats) e dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (Leps) che puntano proprio a rafforzare la rete territoriale.

**Lei è stata anche Ministro per gli Affari Regionali. Il rapporto tra Governo e Autonomie Locali risulta tutt'oggi delicato per le materie di welfare. Come è possibile sanare la frammentarietà degli interventi e colmare i divari territoriali?**

Bisogna rafforzare l'integrazione socio-sanitaria che è una questione regionale. Nei nuclei di valutazione multidimensionale abbiamo inserito l'utilizzo della parte sanitaria insieme a quella socio-assistenziale e del terzo settore. Perché la valutazione del nucleo avviene dopo l'accertamento dell'invalidità. Questo rende difficile la parte attuativa di questa legge. Nel tavolo di lavoro che abbiamo costituito ad hoc ci saranno anche le Regioni. La territorialità non può più essere un elemento



**Poca formazione universitaria, carente aggiornamento professionale, difficoltà nel garantire l'accoglienza e i servizi per le persone con disabilità intellettiva, disturbo dello spettro autistico e altre disabilità del neurosviluppo.**

Sono questi i risultati in estrema sintesi dell'indagine del progetto Pasfid (Psicopatologia - Avanzamento della valutazione dei Servizi e della Formazione in Italia per la persona con Disabilità dello sviluppo), di cui l'Iss attraverso l'Osservatorio Nazionale Autismo, è partner in collaborazione con altri enti e associazioni di settore.

che pregiudica l'accesso ad un'assistenza dignitosa, e lo vediamo in modo particolarmente accentuato proprio quando facciamo riferimento ai fondi dedicati alle persone con disabilità.

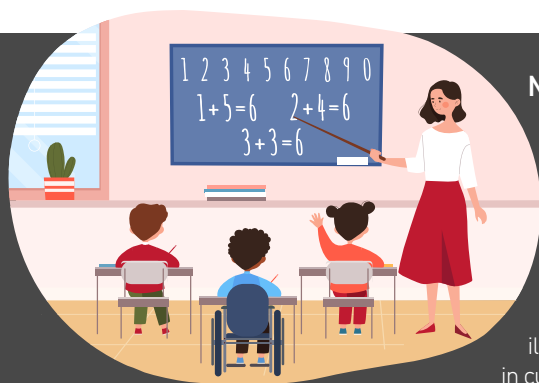
**Come sta procedendo la vaccinazione anti-Covid-19 dei disabili, dei caregiver e dei cosiddetti "estremamente vulnerabili"?**

L'Italia continua a rimanere fra i paesi europei con un tasso di vaccinazioni elevato, e ciò ha permesso fino ad oggi di evitare le chiusure che abbiamo avuto invece lo scorso inverno. È molto importante però che i soggetti fragili effettuino il prima possibile, se non l'hanno già fatto, la dose di richiamo, poiché, come hanno più volte ricordato i miei colleghi Ministri, il rischio di malattia grave e ospedalizzazione

si riduce drasticamente con il booster di vaccino.

**Altro problema è quello dell'abbattimento delle barriere, non solo architettoniche ma anche comunicative, fisiche e virtuali. Come dare una spinta alla diffusione di una cultura dell'accessibilità?**

Questa, purtroppo, è qualcosa che va oltre le possibilità di un Ministro e, in generale, di un provvedimento o di una norma ad hoc. Serve uno sforzo collettivo da parte della società civile, dei media, da parte di coloro che occupano posizioni pubbliche rilevanti e influenti. Bisogna partire da un cambiamento del linguaggio, e dell'atteggiamento nei confronti della disabilità. Quanto prima si riesce a far passare il messaggio che la disabilità è qualcosa che fa parte del mondo, e quindi non più qualcosa da "evitare" o di cui "occuparsi", quanto prima poi verranno giù tutte le barriere comunicative e "psicologiche".



**Nell'anno scolastico 2020-2021, aumentano gli alunni con disabilità che frequentano le scuole italiane (+4mila, il 3,6% degli iscritti)**

Migliora la partecipazione alla didattica: scendono al 2,3% gli esclusi dalla didattica a distanza (Dad), contro il 23% dell'anno precedente. Nei periodi in cui se ne è fatto ricorso molti hanno partecipato in presenza con altri compagni (38%). Soddisfatto il 98% delle richieste di dispositivi

per seguire le lezioni a distanza. Continua a crescere il numero di insegnanti per il sostegno - con un rapporto alunno-insegnante migliore di quello previsto dalla legge - ma uno su tre non ha una formazione specifica e il 20% viene assegnato in ritardo.

**32% Le scuole accessibili per gli alunni con disabilità motoria**

**1% Le scuole provviste di ausili per l'accessibilità degli alunni con cecità o ipovisione**

Fonte: Report Istat L'inclusione scolastica degli alunni con disabilità A.S. 2020-2021

**Quale ruolo ha il Terzo Settore? Secondo il suo parere è sufficientemente valorizzato?**

In Italia il ruolo del terzo settore è fondamentale nel garantire assistenza e cure ai più fragili. Questo è particolarmente vero per quanto riguarda la disabilità, e posso confermarlo dopo quasi un anno di incontri, riunioni e scambi di idee con tantissime associazioni e persone che lavorano in questo settore. Quanto alla possibilità di valorizzare queste persone e il loro know-how, certamente è una di quelle riflessioni che stiamo facendo come Ministero.

## “ LA LEGGE DELEGA AGGIUNGE DIRITTI PER LE PERSONE CON DISABILITÀ ”

**Più volte il premier Draghi ha sottolineato come la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità sia una priorità assoluta per il Governo evidenziando come un segnale in tal senso sia stata la decisione di istituire un ministero dedicato.**

**Alla guida di questo Ministero quali sono state le maggiori difficoltà che ha incontrato?**

Nella Conferenza nazionale del 13 dicembre scorso sono stata colpita dalle parole del Presidente Draghi che ha riconosciuto il lavoro svolto, sottolineando l'approvazione all'unanimità della Legge delega, e dicendo che la tutela e la promozione dei diritti delle persone con disabilità sono una priorità assoluta per questo Governo. Ha infatti ricordato che la decisione di istituire un Ministero dedicato riconosce le specificità e l'urgenza di questo tema. Permette alle amministrazioni e alle associazioni di avere un punto di riferimento istituzionale, con cui dialogare e collaborare in modo costante. Non solo, il Governo si è mosso con determinazione per aiutare le persone con disabilità durante l'emergenza e non a caso uno dei primi atti del mio mandato è stata l'introduzione della priorità vaccinale per le persone con disabilità e i loro caregiver. Ed è stata riconosciuta la possibilità, agli assistenti e agli accompagnatori dei pazienti con disabilità, di prestare loro

sostegno in pronto soccorso e nei reparti delle strutture ospedaliere.

Inoltre, se necessario, Draghi ha rassicurato, si farà di più perché la volontà del governo è molto chiara su questo.

Quanto alle difficoltà che ho riscontrato è proprio quella necessità di diminuire quanto più possibile le disuguaglianze soprattutto dovute alle differenze territoriali. Una prima risposta ritengo si possa dare proprio con la legge delega...

Al ministero sono pervenute un numero abnorme di richieste a volte più di competenza dei patronati che non di un'autorità centrale. Sintomo che c'è un vulnus nel rapporto tra persona con disabilità ed amministrazione. Anche per questo abbiamo previsto la figura del garante, che non sarà certo l'ufficio reclami, ma potrà raccogliere quelle segnalazioni per fare opera di monito alla pubblica amministrazione. Bisogna inoltre superare l'ottica assistenzialistica a favore del riconoscimento dei diritti, dove la disabilità deve diventare un sistema, come quello sanitario, e prevedere un'autorità che possa avere la governance.

**Cosa manca per realizzare una società veramente inclusiva in linea con i principi della Convenzione Onu?**

Non c'è una "ricetta" specifica per raggiungere questo

ambizioso obiettivo, dal momento che richiede un percorso lungo e costituito da piccole, ma fondamentali, tappe intermedie. Alcune di queste possiamo dire di averle raggiunte in questi mesi, ma c'è ancora tantissimo da fare. Sicuramente, fra tutti gli ambiti sui quali intervenire per colmare le differenze, quelli del lavoro e della scuola rappresentano ad oggi delle priorità e sulle quali non sono mancati interventi e proposte innovative. Alcune di queste, come il "bollino blu" per le aziende inclusive, sono all'attenzione dei nostri Uffici.

**I suoi prossimi obiettivi?**

Sicuramente ritengo che si debba rendere, nei prossimi mesi, come già detto, la Disability Card operativa e anche il Cude... "strumenti centrali" della vita delle persone. In particolare, riguardo la disability mi sto già occupando di stimolare sui territori l'offerta di servizi e convenzioni per le persone titolari della card.

Bisogna poi seguire l'attuazione e concretizzazione della Legge delega, attraverso i decreti attuativi che saranno molto complessi. Abbiamo davanti venti mesi di grande lavoro prima di lasciare la palla a chi verrà dopo di noi sperando di non lasciargli un carico troppo grande.

A mio modo di vedere, ci sono misure in grado di sbloccare, come una sorta di reazione a catena, tutta una serie di altre possibilità e quindi di "attenzioni" che ad oggi mancano in molti settori.

# #COVER STORY

A quasi trent'anni dall'Istituzione del numero unico di emergenza e del sistema di soccorso preospedaliero, il Dpr 27 marzo del 1992 risulta ancora innovativo nella visione complessiva del soccorso, ma ha la necessità di essere adeguato all'evoluzione tecnologica e di competenze delle figure che a vario titolo sono parte integrante del sistema. **Occorre una profonda revisione organizzativa del sistema dell'emergenza, per superare la frammentarietà e le difformità che contraddistinguono l'impianto del soccorso pre-ospedaliero.** È necessario trovare le soluzioni per una riforma sostanziale perché non sono più differibili una riorganizzazione omogenea delle risorse e un coordinamento centrale, ad oggi completamente assente.

# ALLE ORIGINI DEL 118

Sospesi tra un passato in cui si è realizzato un servizio efficiente caratterizzato da una forte identità organizzativa e professionale e un futuro che richiede un netto cambiamento di passo per dare omogeneità e adeguatezza della risposta a tutto il territorio nazionale.

**I perché della disomogeneità nazionale**

di MARCO VIGNA





## La culla italiana della nuova cultura del soccorso fu la città di Bologna.

Pietra miliare, sul finire degli anni Sessanta, fu la nascita di un Centro di Pronto Intervento Sanitario (CePIS), voluto dal Prof. Vittorio Sabena ed istituito presso il nuovo Ospedale Maggiore. Il servizio, si occupava inizialmente soprattutto del trasporto dei pazienti da un ospedale all'altro. Contribuirono poi tre avvenimenti catastrofici, che ebbero il territorio bolognese come tragico teatro. La strage dell'Italicus, il disastro di Murazze di Vado e la strage di Bologna. Il Cepis successivamente si strutturò nel coordinamento del trasporto interospedaliero e all'occasione nel soccorso alla cittadinanza con i mezzi a disposizione. In occasione della strage di Bologna del 2 agosto 1980. In questa drammatica situazione il Cepis diventò l'autorevole punto di riferimento per tutti i mezzi di soccorso. L'assessorato alla Sanità del Comune di Bologna, favorevolmente impressionato dall'efficienza dei soccorsi in quella

Ospedale Maggiore "C.A. Pizzardi", Bologna. Anni '60  
Archivio 118 - Bologna Soccorso®

**N**el marzo 2022 ricorre il trentesimo anniversario del Dpr 27 marzo 1992 che stabilì la competenza esclusiva del Servizio Sanitario Nazionale nell'attività di soccorso, la sua gratuità nonché l'attivazione del numero unico 118. Le prime indicazioni per la realizzazione di un servizio di soccorso sanitario pubblico risalgono ben a 25 anni prima quando l'allora Ministero della Sanità, con la circolare n. 55/1967, fornì alle proprie articolazioni territoriali (Medici Provinciali) precise indicazioni per utilizzare il numero telefonico unico nazionale 116 (allora soccorso stradale Aci) anche per le chiamate di pronto soccorso sanitario. Con tale circolare il Ministero prevedeva anche la realizzazione di un unico sistema di coordinamento dei servizi di emergenza in modo da assicurare sia l'adeguatezza dei mezzi di trasporto, sia l'idoneità dei luoghi di trattamento pazienti.

La circolare e altre successive disposizioni restarono del tutto inattuata e quindi, per far fronte ai problemi del ritardo e dell'inadeguatezza dei servizi di ambulanza allora esistenti,

a partire dalla metà degli anni '70, vennero attivate alcune sperimentazioni di ricezione e coordinamento delle emergenze territoriali che facevano capo a numerazioni telefoniche semplificate e necessariamente limitate al territorio di un unico distretto telefonico. Tali iniziative erano in parte promosse dai Comuni di grandi città (es. Torino, Roma, Milano e Firenze) e, più raramente, dagli Enti Ospedalieri (es. Bologna). All'inizio degli anni '80, in alcune aree del paese, cominciò a farsi strada l'interesse di amministratori regionali, nonché di medici e infermieri operanti nei reparti di emergenza, per l'area del soccorso territoriale, tanto che, sul finire di quella decade, cominciarono a diffondersi i mezzi di soccorso avanzati tra cui l'elisoccorso.

Bisognerà attendere il 1985 e la Legge 595 di programmazione sanitaria per rimettere in moto l'idea di realizzare un sistema nazionale di emergenza territoriale. In tale ambito veniva assegnato alle Regioni il compito di adottare specifici piani di distribuzione dei mezzi di soccorso e le relative modalità di coordinamento. L'anno successivo il Ministero

della Sanità sollecitava le Regioni a stringere accordi con le società telefoniche per concretizzare l'avvio del 118. Gran parte delle Regioni manifestò però scarso interesse ad attivare il percorso indicato dal Ministero, sia per i costi derivanti dall'istituzione di un nuovo servizio, sia per la limitata presenza al proprio interno di personale già formato a livello gestionale e clinico assistenziale. Nel 1990, quando il progetto nazionale sembrava ormai definitivamente abbandonato, il Ministero della Sanità, preoccupato per i gravi disservizi segnalati a livello politico e dalla stampa, assunse l'iniziativa di attivare sperimentalmente il 118 in occasione dei Mondiali di calcio, evitando di attendere la definizione da parte delle Regioni dei contenuti programmatori relativi al modello organizzativo. Il numero venne quindi attivato sperimentalmente l'1 giugno 1990 a Bologna e a Udine, uniche realtà provinciali in cui le rispettive Regioni avevano già realizzato sia le centrali uniche che le reti di soccorso territoriale.

Quella scelta e i positivi risultati ottenuti nella spe-



“ Fu in occasione dei Mondiali di calcio del 1990 che il Ministero della Sanità assunse l'iniziativa di attivare sperimentalmente il 118 ”

## “ L'ACCORDO STATO-REGIONI PER LA DEFINIZIONE DELLE DOTAZIONI TECNICHE E QUALI-QUANTITATIVA DEL PERSONALE NON HA MAI VISTO LA LUCE ”



I drammatici eventi di Bologna degli anni '80 furono la spinta per la creazione della Centrale Unica bolognese per il Soccorso ed il Trasporto: nacque così Bologna Soccorso. Nella foto la centrale operativa di Bologna soccorso nel 1987, 3 anni prima dell'attivazione del 118

rimentazione si rivelarono decisive per rimettere in moto l'interesse delle Regioni, tanto che, già nel dicembre 1991, la Conferenza Stato Regioni approvò un documento unitario sul sistema delle emergenze sanitarie. Sulla base di questa intesa, il 27 marzo 1992 i Ministeri della Sanità e delle Regioni proposero al Consiglio dei Ministri il testo del decreto che regolamentava il sistema di emergenza. Giunta l'approvazione, nella stessa giornata il Presidente della Repubblica, Francesco Cossiga, firmava il testo definitivo del "Dpr - Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" conosciuto anche come "Decreto istitutivo del 118". L'attuazione del Dpr fu delegato alle Regioni che riuscirono a completare la copertura nazionale del servizio nei successivi 13 anni. Stante l'autonomia delle Regioni in materia sanitaria e il carattere di "indirizzo e coordinamento" del decreto, ogni Regione realizzò il proprio sistema 118 adattando e migliorando, ove esistenti, i servizi

già presenti sui propri territori. Per evitare che si creassero sensibili differenze organizzative a livello nazionale, il Dpr prevedeva l'adozione di successivi accordi e decreti ministeriali per definire gli standard dei mezzi, del personale, delle tecnologie e delle convenzioni. A tal fine il Ministero della Sanità attivò varie commissioni tecniche, in nessuna delle quali riuscì però a trovare soluzioni condivise da tutte le Regioni. L'unico argomento che arrivò a definizione fu quello relativo alla codificazione degli interventi di emergenza, prima con

il Dm 15/5/92, poi ripreso e migliorato nel 2008 con l'Istituzione di un sistema di monitoraggio nazionale dell'attività del 118 (Dm 17 dicembre 2008). Più recentemente, nel Patto per la Salute 2014-16, era stata prevista la stipula di uno specifico Accordo Stato-Regioni per la definizione omogenea delle dotazioni tecniche e quali-quantitative del personale. Tale accordo, finalizzato a "garantire l'erogazione di un livello uniforme di assistenza in emergenza", non ha mai visto la luce. Se da un lato l'autonomia delle regioni ha favorito, nel suo complesso, l'enor-



**Il primo nucleo 118 è nato a Bologna, il 1° giugno 1990 in occasione del Campionato mondiale di calcio 1990.** In contemporanea il 118 è stato attivato a Udine ma il primo servizio a coprire una intera provincia è nato a Gorizia nel 1991, scelta come laboratorio dalla Regione Fvg che, assieme all'Emilia-Romagna, è stata quindi la prima regione ad attivare il servizio. Nel 1990 Bologna Soccorso era ancora un nucleo indipendente, ma già rispondeva al numero 118.

me sviluppo del sistema e l'affermarsi di vere e proprie eccellenze, dall'altro non è riuscita a superarne l'originaria difformità a livello nazionale.

Tali differenze sono note e ben documentate dalla ricerca Fiaso pubblicata nel 2019 "Emergenza territoriale – Analisi organizzativa dei servizi 118" e più recentemente dalla Siiet con la Survey del 2021 "Sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia".

Accanto a queste differenze va però sottolineato come le relazioni tra i singoli sistemi 118 siano state caratterizzate dalla volontà e dalla capacità di concretizzare numerose forme di collaborazione e di confronto sia a livello professionale che operativo. Nel corso della trentennale vita del 118 sono state inoltre realizzate azioni di coordinamento interregionali nell'ambito della Conferenza delle Regioni, così come previsto per altri settori sanitari. Nella pratica, gli aspetti di coordinamento del 118, sono svolti dalla Commissione salute della precitata Conferenza con l'apporto consultivo di uno specifico gruppo tecnico dedicato ad affrontare i

Le politiche e la programmazione regionale hanno consentito di omogeneizzare ancora solo in parte i sistemi di 118, ma al di là delle differenze territoriali i servizi di emergenza servono tempestivamente ed efficacemente ogni anno oltre l'11% della popolazione. Un sistema complesso e articolato che in media, nell'arco di un anno, dedica un mezzo di soccorso a ciascun residente per 35 minuti. Minuti che diventano 10 se ci si riferisce ai soli mezzi avanzati, cioè con la presenza di almeno un sanitario a bordo. Il 55% delle missioni viene compiuto, infatti, da Unità operative mobili (Uom) di base, senza la presenza di sanitari, il 30% con Unità con infermieri a bordo e il 15% con la presenza di un medico.

## Missioni per tipologia di personale intervenuto 2015

AZIENDA	UOM di base	UOM con infermiere	UOM con medico	UOM totali per Azienda
DIRES Basilicata	0%	55%	45%	35.234
Emilia Ovest	76%	10%	14%	141.087
Emilia Est*	48%	38%	13%	116.664
Romagna	4%	82%	14%	131.144
ARES 118	0%	86%	14%	447.472
ASL 1 Imperiese	84%	0%	16%	34.989
ASL 2 Savonese	83%	0%	17%	48.555
ASL 4 Chiavarese	77%	0%	23%	26.033
IRCCS AOU San Martino - IST	89%	0%	11%	101.483
AREU	87%	5%	8%	852.071
ASL CN1	56%	3%	41%	53.023
ASL LECCE	15%	19%	66%	75.890
<b>Missioni totali del campione</b>	<b>1.132.492</b>	<b>627.030</b>	<b>304.123</b>	<b>2.063.645</b>
<b>Media per tipologia di UOM</b>	<b>55%</b>	<b>30%</b>	<b>15%</b>	

\*Solo Azienda USL di Bologna

Fonte: Studio Fiaso "Emergenza territoriale – Analisi organizzativa dei servizi 118", 2019

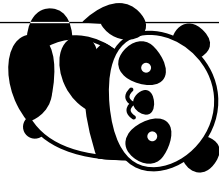
La ricerca Fiaso del 2019 "Emergenza territoriale – Analisi organizzativa dei servizi 118", si è concentrata sui modelli organizzativi delle centrali operative 118, del trasporto sanitario su gomma e dell'elisoccorso e ha riguardato, in tutto o in parte, 12 Regioni e 18 Aziende sanitarie, che nel 2015 hanno garantito oltre 2 milioni di missioni di soccorso. Le Regioni interessate sono: Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Provincia Autonoma di Bolzano, Puglia, Sicilia e Sardegna.

temi legati all'emergenza urgenza. Nel Gruppo sono presenti i referenti tecnici di tutte le Regioni. Tale strumento, pur operando all'interno di un sistema a forte autonomia regionale, ha svolto un ruolo determinante per regolamentare varie tematiche che necessitavano in ogni caso di un confronto e di un coordinamento nazionale (es. trasporti connessi ai trapianti, interventi di Protezione civile, Nue 112,

normativa Defibrillazione, assistenza manifestazioni sportive...).

Oggi ci troviamo sospesi tra un passato in cui si è realizzato un servizio efficiente caratterizzato da una forte identità organizzativa e professionale e un futuro che richiede un netto cambiamento di passo per dare omogeneità e adeguatezza della risposta a tutto il territorio nazionale. Una sfida, quella del futuro, che chiede grande impegno e consapevolezza nel ricercare nuovi ed accettabili equilibri per tutte le componenti tecniche, politiche e sociali del sistema 118.

**“ LE RELAZIONI TRA I SISTEMI 118 SONO STATE CARATTERIZZATE DA VOLONTÀ E CAPACITÀ DI CONCRETIZZARE FORME DI COLLABORAZIONE E DI CONFRONTO ”**



# Noi MEU, medici panda

**Il nostro nome non deriva da un organo come per la Cardiologia, non da una classe di malattie come per l'Infettivologia o da una pratica come per l'Anestesia e la Rianimazione. Il nome Meu deriva da una funzione, la cura in Emergenza Urgenza**

di FABIO DE IACO

**S**iamo medici in via di estinzione: come i panda. Ce lo ripetiamo da novembre quando, Medici e Infermieri d'Emergenza Urgenza, abbiamo denunciato in piazza la progressiva scomparsa dei servizi d'urgenza: probabilmente la prima manifestazione pubblica di una Società Scientifica in Italia. La biologia insegna che una specie si estingue se il suo habitat diviene ostile, se vengono a mancare le condizioni necessarie alla sopravvivenza. Succede anche a noi, i

Meu. L'acronimo è un po' misterioso, ma è quel che siamo: Medicina d'Emergenza Urgenza. Il nostro nome non deriva da un organo come per la Cardiologia, non da una classe di malattie come per l'Infettivologia o da una pratica come per l'Anestesia e la Rianimazione. Il nome Meu deriva da una funzione, la cura in Emergenza Urgenza: siamo specialisti non di un organo ma di un processo, non di un luogo ma di un tempo, non di una malattia ma di una condizione. Processi, tempi e condizioni cruciali: il che svela quanto sia unica la

nostra identità. Non è questione di importanza, non rincorriamo primati: semplicemente siamo diversi. Ed è questa diversità che ci rende impossibile sopravvivere nell'habitat attuale. Siamo diversi perché fronteggiamo complessità e intensità solo nostre: prendiamo decisioni critiche in assenza di informazioni, assistiamo più persone contemporaneamente, sottoposti a continue interruzioni, senza un numero finito di pazienti,

in un flusso incessante la cui intensità e complessità sono imparagonabili a quelle di qualsiasi altro reparto, in un ambiente (il Pronto Soccorso o la strada, senza differenze) spesso caotico, a volte ostile e pericoloso. Sono condizioni che non si ritrovano altrove in medicina, ma sono le "nostre" condizioni, che riconosciamo e accettiamo perché connaturate alla nostra specialità: non sono queste le ragioni della nostra estinzione. L'estinzione è inevitabile perché siamo costretti a rinnegare la nostra identità svolgendo funzioni che non appartengono ai nostri obiettivi e soffocano la nostra efficacia. **In un sistema inefficiente e insufficiente siamo obbligati a gestire il sovraccarico di pazienti che per tempi**



**scandalosi attendono in barella un posto letto.** Non solo dobbiamo improvvisarci "tuttologi", garantendo per giorni l'assistenza che spetta ad altri, ma dobbiamo anche metterci la faccia, lasciati soli a fronteggiare sacrosante rimostranze che noi per primi condividiamo. **Continuiamo a essere pericolosamente esposti a un contenzioso legale le cui consuetudini e norme ignorano la peculiarità degli obiettivi, del contesto e dei processi che sono propri della Medicina d'Emergenza Urgenza.**

Abbiamo competenze che continuano a non essere riconosciute: la nostra capacità a eseguire procedure o prendere decisioni viene considerata legittima in orari notturni e festivi, o quando interveniamo per strada, ma è messa in discussione in orario d'ufficio, quando l'ospedale è finalmente del tutto aperto. Continuiamo, e con noi i cittadini, a subire l'ana-

**Il 17 novembre 2021 a Roma la Società Italiana Medicina di Emergenza Urgenza ha organizzato una manifestazione/flashmob per il futuro della medicina d'emergenza-urgenza. a sinistra due momenti della manifestazione in basso una testimonial con il claim "in estinzione"**



**“ L'ESTINZIONE È INEVITABILE PERCHÉ SIAMO COSTRETTI A RINNEGARE LA NOSTRA IDENTITÀ ”**

cronistica e antiscientifica separazione tra urgenza pre-ospedaliera e ospedaliera: ci viene impedito di operare sul territorio, mortificando la legittima aspirazione a realizzare il mandato per il quale possediamo le competenze (dal 2009, con l'istituzione della Scuola di Specializzazione Meu, questo Paese ci ha affidato la gestione dell'emergenza sanitaria) mentre i cittadini si vedono negare la tanto sbandierata e mai realizzata "continuità territorio-ospedale", unica vera opzione per realizzare finalmente un Sistema d'Emergenza efficiente. **Non può sorprendere che la nostra disciplina non attragga nuove leve: come si può pensare di arruolare professionisti formati per un obiettivo che verrà loro negato non appena entreranno nel sistema, ponendoli di fronte al sovraffollamento, alla mortificazione delle competenze, alla pericolosità del servizio, al rischio dello stress correlato al lavoro?** Come si può pensare che un giovane medico si leghi per la vita a un'attività non valorizzata economicamente, trattandolo alla stessa stregua di chi può passare notti e festivi a casa, di chi può contare sull'attività

privata che nessuno di noi svolgerà mai?

Noi Meu sappiamo di essere necessari: ogni 90 secondi un codice rosso entra in un Pronto Soccorso italiano. E non serve ricordare il ruolo che da due anni svolgiamo in questa pandemia.

**Il problema è comprendere se anche questo Paese ci ritiene necessari: perché fino ad oggi non ne ha dato prova, continuando a disconoscere la nostra diversità, scotomizzando il nostro ruolo, dando per scontata la nostra presenza. Ignorando gli allarmi che da anni lanciamo sulla progressiva desertificazione dei nostri servizi.**

I problemi da risolvere con assoluta urgenza sono tremendi e hanno necessità di soluzioni drastiche e coraggiose. Ma perché le soluzioni siano efficaci è necessario guardare con lungimiranza al futuro: progettare e costruire una volta per tutte un Sistema dell'Emergenza efficace, efficiente e sostenibile, senza il quale non può esistere un Servizio Sanitario Nazionale. Noi siamo pronti. Quest'estate, in Cina, è stato dichiarato che i panda non sono più in via d'estinzione: sono state migliorate le loro condizioni di vita, il loro habitat. Chissà che non si possa fare anche per noi, i medici panda. Sarebbe un vantaggio per tutti.

# IL 118 DI DOMANI TRE PROPOSTE PER IL FUTURO

## Il ragionamento deve essere nazionale

**Una riforma del sistema di emergenza-urgenza è fondamentale e andrebbe attuata in tempi repentini. L'attuale impianto - attivo in Italia a partire dal 1992 e che risponde al numero telefonico 118 - risulta oggi anacronistico**

di PAOLA BOLDRINI

L'emergenza preospedaliera, come si premette nel disegno di legge di cui sono prima firmataria, è stata attraversata in questi 30 anni da trasformazioni di cui non si può non tenere conto. Due esempi. Nell'ambito tecnologico e delle telecomunicazioni, è indiscusso il miglioramento della rete dati per la trasmissione di informazioni e immagini; l'evoluzione della professione infermieristica e della tecnologia a disposizione ha consentito l'attivazione di mezzi di soccorso avanzato. Una revisione critica del sistema indica che l'obiettivo - e la soluzione - non può che essere l'attivazione di numero unico, già previsto per legge, che consenta la gestione di tutte le richieste di soccorso e l'invio delle stesse alle sale operative di secondo livello: emergenza sanitaria, pubblica sicurezza, soccorso tecnico. Lo strumento è il superamento dell'attuale disomogeneità

operativa del Set (Servizio emergenza territoriale) e l'attivazione di un sistema unico di monitoraggio per valutare qualità ed efficacia delle prestazioni. Alcune proposte di legge fin qui avanzate hanno privilegiato un ritorno alla territorialità, quando invece il ragionamento è e deve essere nazionale. Non ci sono progetti validi per un gruppo politico, ma "sistemi funzionanti, efficaci e ineccepibili", che sappiano nel tempo recepire e potenziare i servizi annessi, grazie all'innovazione tecnologica e alla valorizzazione di tutte le figure professionali operanti nel sistema di emergenza e urgenza, con standardizzazione dei sistemi di formazione e reclutamento. Non va dimenticato che, nota dolente, i professionisti dell'emergenza, a torto considerati extra ospedalieri, sono notoriamente sottoposti a maggiore stress lavoro correlato rispetto a chi opera all'interno dei reparti. **Non possono essere trattenuti o invogliati dagli incentivi elargiti, per quanto importanti, negli ultimi due anni. Se i bandi vanno deserti le motivazioni ci sono e vanno risolti i problemi.** Il rischio, se non si riesce ad invertire questa tendenza, è depauperare l'emergenza - urgenza, ossia il comparto cui il cittadino fa riferimento in caso di necessità urgenti per la salute. Per la predisposizione del disegno di legge ho coinvolto società scientifiche, organizzazioni sindacali e terzo settore. In Commissione Sanità abbiamo tenuto numerose e autorevoli audizioni. L'esperienza della pandemia da Covid-19 ha dimostrato come in una contingenza senza precedenti sia fondamentale l'integrazione di processi organizzativi, gestionali e tecnologici".

# Rafforzare l'identità del Set 118

**Nonostante gli ingenti fondi stanziati in questi due anni, molto poco è stato fatto per il 118.**

**Per la politica è arrivato davvero il tempo di tutelare i diritti degli operatori perché ciò equivale a tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini italiani**

di MARIA DOMENICA CASTELLONE

Il Covid-19 ci ha ricordato che la salute è il bene più prezioso, mostrandoci quanto i tagli alla sanità degli ultimi dieci anni abbiano inficiato il nostro Servizio Sanitario Nazionale, che ha retto all'urto di questa pandemia solo grazie alla resilienza e all'abnegazione del personale sanitario. È emerso anche che la mancanza di una equa accessibilità ai servizi sanitari sull'intero territorio nazionale deriva dall'inefficienza - e in alcune regioni dall'assenza - di un adeguato filtro territoriale che ammortizzi il carico ospedaliero. Nostro dovere morale, come decisori politici e come medici, è fare tesoro di quanto imparato a nostre spese in questa devastante tragedia e provare a porre rimedio alle fragilità del nostro Ssn servendoci di quello strumento straordinario che sono i fondi stanziati dall'Europa per realizzare il piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Risorse che, per la sanità, sono indirizzate proprio a potenziare la rete territoriale e, quindi, necessariamente, anche il Sistema di Emergenza Territoriale 118. Un sistema ad elevata complessità gestionale, che attende di essere ammodernato e reso uniforme a livello nazionale da più di 20 anni; composto da medici, infermieri, autisti soccorritori, operatori socio sanitari, volontari. All'inizio di questa legislatura abbiamo depositato e poi incardinato in commissione sanità al Senato un disegno di legge di riforma del Set 118 con due obiettivi fondamentali: tutelare in modo più efficiente la salute dei cittadini e preservare la dignità dei

lavoratori che operano in questo settore.

La nostra visione punta a rafforzare l'identità del Set 118, istituendo un Dipartimento autonomo di Medicina di Emergenza Territoriale, con personale sanitario, medico ed infermieristico, stabilmente dedicato al Set 118, con rapporto di lavoro a tempo indeterminato e con indennità correlate al rischio biologico ed ambientale. Riteniamo che i mezzi di soccorso debbano essere attrezzati per il soccorso avanzato, con standard di 1 postazione medicalizzata ed infermierizzata ogni 60.000 abitanti. È indispensabile che tutte le centrali operative del Set 118 siano dotate del sistema di geolocalizzazione del chiamante e delle tecnologie più avanzate, in grado di avvalersi di strumenti di telemedicina. Va riconosciuto il profilo professionale di autista soccorritore.

Ad oggi, purtroppo, nonostante gli ingenti fondi stanziati in questi due anni, molto poco è stato fatto per il 118. Al contrario, in piena pandemia, i medici impiegati presso il Set 118 di diverse regioni (tra cui Campania e Calabria) si sono visti decurtare dalla busta paga il 25% dello stipendio ed hanno dovuto restituire, in unica soluzione, l'indennità oraria aggiuntiva di 5,16 euro conferitagli negli ultimi 15 anni. **A questa ingiustizia abbiamo posto un argine con un emendamento inserito nel Decreto Sostegni del marzo 2020, ma ciò non ha bloccato l'abbandono del 118 da parte di molti medici.**

Nell'ultima legge di bilancio siamo riusciti a far approvare un emendamento che consente finalmente di stabilizzare i medici che operano da più di 36 mesi in questo settore, ma ancora tanto bisogna fare. Nel prossimo Decreto Sostegni chiediamo di stanziare i fondi per riconoscere anche agli operatori del 118 la stessa indennità già stanziata in Legge di Bilancio per gli operatori del pronto soccorso.

Per la politica è arrivato davvero il tempo di tutelare i diritti degli operatori del 118 perché ciò equivale a tutelare il diritto alla salute di tutti i cittadini italiani. E questa, come tutte le battaglie per i diritti, dovrebbe essere una battaglia di tutti.



## Impariamo a fare in modo diverso

**Il cambiamento è “contro natura” nel senso che anche operatori di buon livello preferiscono continuare a fare ciò che hanno sempre fatto: è però una battaglia che dobbiamo saper combattere e vincere tutti insieme**

di MARIA CRISTINA CANTÙ

**P**er me parla il disegno di legge 2153. Ritengo, almeno nelle intenzioni, che molte delle esigenze degli utenti e delle aspettative degli operatori trovino risposta nella proposta che dovrebbe essere la base per ricomporre in un quadro unitario l'attuale disomogeneità funzionale, organizzativa e gestionale, con la definizione di nuovi livelli essenziali di assistenza di emergenza-urgenza preospedaliera ed ospedaliera, tenuto conto dell'evoluzione dei bisogni degli ultimi anni dove peraltro non c'è stata un'effettiva applicazione dei Lea. Revisione necessaria che mi vede impegnata sull'argomento da inizio legislatura, evitando approssimazioni tali da rischiare di non delineare soluzioni up to day che tengano conto di tutte le esigenze della filiera, anche e soprattutto dal punto di vista della formazione e dell'investimento in capitale umano compresa la valorizzazione del volontariato laddove esistente.

Agendo in programmazione, valutazione e controlli delle attività soprattutto sulla tempistica di presa in carico e quindi non solo economici con nuove regole di ingaggio degli operatori e dei gestori che promuovano il cambiamento secondo principi di tracciabilità, responsabilità e valutazione prestazionale, ovviamente con l'ausilio delle nuove tecnologie e finalizzando le risorse al contrasto delle inapproprietezze e degli sprechi con meccanismi premianti per

chi effettivamente lo merita e disincentivanti per chi performa insufficientemente. Soluzioni innovative per riuscire a stabilire procedure che non sottraggano del tempo prezioso negli interventi e che diano risposte di qualità, tralasciando nella Sanità del Futuro sostenibile e a vocazione universalistica. Per il fine potenziando quanti qualitativamente le risorse umane con standardizzazione dei criteri di reclutamento, dei livelli formativi specialistici e di aggiornamento continuo; valorizzando tutte le figure professionali operanti nel sistema (medici, infermieri, tecnici) e prevedendo **l'istituzione del profilo del soccorritore e del soccorritore-autista come figura qualificata dell'emergenza urgenza preospedaliera.**

Prima della sua presentazione mi sono fatta carico di ascoltare molti stakeholder, tra cui anche le società scientifiche e le associazioni. È previsto un periodo di sperimentazione applicativa fino al 2026 tale da consentirci di aggiustare “il tiro” in corso d'opera affinché il nuovo sistema che andrà a regime nel 2027 possa trarre dalla valutazione in progress degli esiti e la dimostrazione dell'effettiva applicabilità e sostenibilità del modello proposto secondo principi di congruenza clinico-organizzativa, assistenziale, di personalizzazione e umanizzazione delle cure. Queste in sintesi le soluzioni nell'articolato che potrà accogliere aggiornamenti migliorativi in Commissione nella stesura del testo unificato. Perché ci vuole molto di più per essere tutti convinti che inevitabilmente dovremo imparare a fare in modo diverso rispetto a come eravamo abituati, nella consapevolezza che ci porterà risultati degni di nota dando di più e costando di meno. Ma, come amo ripetere, il cambiamento è “contronatura” nel senso che anche operatori di buon livello preferiscono continuare a fare ciò che hanno sempre fatto come lo hanno sempre fatto: è però una battaglia che dobbiamo saper combattere e vincere tutti insieme, portando avanti valutazione e controlli, competenza e merito.



World Hearing Day  
3 March 2022



# To hear for life, listen with care!



**Hearing loss due  
to loud sounds can  
be prevented**

LEARN MORE



#worldhearingday | #hearingcare | #safelistening

*Make Listening Safe*

# Competenza non sostituibile

**S**e analizziamo i dati italiani relativamente alle richieste di interventi in emergenza sia intra che extraospedalieri, configurati per codice di gravità possiamo costruire un grafico con un andamento gaussiano e due code. Considerando l'utilizzo inappropriato da parte dell'utenza del sistema dell'emergenza urgenza (confermata dal numero di codici bianchi e verdi in pronto Soccorso) ed il numero assoluto dei pazienti (un dipartimento di emergenza di un ospedale di medie dimensioni ha un numero di accessi/anno tra i 70 e gli 80 mila), verificato che le code del nostro grafico (e cioè i pazienti a maggiore criticità), rappresentano dal 2 al 4% del totale del numero pazienti, possiamo concludere che un numero significativo di pazienti (da 4 a 6 al giorno) in un Dipartimento di emergenza di un ospedale di medie dimensioni, necessita di un supporto avanzato (A,B,C,D,E,H,M,) delle fun-

**La medicina critica dell'emergenza è un'area delicata e strategica del nostro Ssn. Al suo interno l'anestesista-rianimatore svolge una funzione che non può essere sottaciuta o (peggio) "sostituita" con leggerezza. Lo affermiamo sulla base di una serie di considerazioni oggettive**

di ANTONINO GIARRATANO



zioni vitali già dai primi minuti. Precisiamo che, in questi pazienti, l'assenza di un supporto avanzato delle funzioni vitali già nei primi minuti potrebbe avere

come diretta conseguenza un significativo aumento di morbilità e mortalità. Inoltre, essendo molti di questi pazienti, classificabili all'interno di patologie tempo dipendenti, si rende necessaria una diagnosi "da campo" specialistica e spesso complessa già nella fase extraospedaliera secondo il principio del paziente giusto, trasportato dal mezzo giusto, con l'equipe giusta, nell'ospedale giusto nel tempo più rapido possibile. Anche in questo caso un errore ha, come diretta conseguenza scientificamente provata, un significativo aumento della morbilità e mortalità. Vediamo quali sono le necessità che gli anestesisti-rianimatori desiderano esprimere nei confronti delle due fasi della presa in carico.

## **FASE EXTRAOSPEDALIERA**

Nel primo caso: "paziente che necessità di un supporto avanzato (A,B,C,D,E,H,M,) delle funzioni vitali" è necessario garantire medici con comprovata esperienza e pratica continua per quanto riguarda il supporto avanzato delle funzioni vitali.

**“ SPECIALIZZAZIONE E QUALITÀ DELLA FORMAZIONE NON DEVONO ESSERE MISCONOSCIUTE DA CHI SI APPRESTA A LEGIFERARE ”**

## Mezzo di Soccorso Avanzato e Auto Medica

In questo ambito l'Anestesista Rianimatore non è l'unico specialista dell'Emergenza, ma rappresenta sicuramente la figura professionale con maggiore certificata formazione ed esperienza. Si forma in questo campo in 5 anni con oltre 9.000 ore di formazione teorico-pratica e sul campo. Sosteniamo la necessità della pratica continua e quindi della necessità che le pratica intra ed extraospedaliere divengano complementari. Il problema che potrebbe sorgere è relativo al numero di medici disponibili. Di media uno specializzando in Anestesia e Rianimazione dopo il secondo anno ha conseguito skill di buon livello per quanto riguarda il supporto avanzato delle funzioni vitali e ha maturato una esperienza formativa di oltre 3000 ore, un corpo di conoscenze per nulla paragonabile ai corsi di formazione che la medicina generale territoriale sviluppa nel settore dell'Emergenza in 350 ore. In una valutazione delle carenze attuali nel Settore, il fattore Specializzazione e Qualità della formazione non devono essere misconosciute da chi si appresta a legiferare.

## Elisoccorso

L'Anestesista Rianimatore rappresenta anche qui e ancor di più sicuramente



## LE TRE FUNZIONI DELL'ELISOCORSO

### Sar (Serch and Rescue)

L'attività SAR viene svolta dai militari eccetto il soccorso in montagna che viene svolto da elicotteri sanitari con il contributo dei tecnici del soccorso alpino. Nell'elisoccorso in montagna il paziente precipitato politraumatizzato ed il soccorso in valanga rappresentano esempi in

cui il supporto avanzato delle funzioni vitali avviene nel complesso contesto impervio/ostile.

### Hems (Helicopter Hemergency Medical Services)

L'attività Hems viene svolta dagli elicotteri sanitari. A differenza del mezzo su ruote, l'elicottero in volo potrebbe trovarsi in contesti dove non sia immediatamente possibile l'atterraggio ed in volo le possibilità di un supporto avanzato delle funzioni vitali in emergenza è piuttosto limitata. Per queste ragioni è fondamentale che il paziente sia stabilizzato prima della partenza soprattutto per quanto riguarda il controllo delle vie aeree e per questo è necessaria comprovata esperienza e pratica continua.

### Haa (Helicopter Air Ambulance) e trasporto del paziente critico

Questo tipo di attività in Italia non è ben codificato. Di fatto per attività Haa intendiamo il trasporto secondario del paziente critico intubato (esempio trasferimento da rianimazione a rianimazione). In questo caso è necessario oltre che la comprovata esperienza e la pratica continua nel supporto avanzato delle funzioni vitali per eventuali emergenze/urgenze, anche una comprovata esperienza e la pratica continua in Rianimazione/Terapia intensiva. Nel secondo caso: "pazienti critici classificabili all'interno di patologie tempo dipendenti", è necessaria una comprovata esperienza ed una pratica continua sul campo, tali da permettere ragionamenti clinici complessi e complessivi dove il termine "complessivo" richiede una formazione specialistica che abbia contestualmente conoscenze, per esempio, della gestione cardiologica di un Ima (infarto acuto del miocardio), ma anche della gestione in emergenza delle insufficienze respiratorie e neurologiche che spesso all'Ima si accompagnano. Il mancato riconoscimento di una patologia tempo dipendente e la destinazione del paziente nell'ospedale sbagliato potrebbe determinare un significativo aumento di morbilità e mortalità.

In questo caso è necessario anche un medico Specialista di comprovata esperienza clinica e pratica continua "complessiva" che, localizzato presso la centrale operativa, farà da supporto clinico da remoto ai mezzi di soccorso avanzato sia ai mezzi di soccorso con infermiere a bordo.

la figura professionale di riferimento. Sosteniamo la necessità della pratica continua e quindi che le attività intra ed extraospedaliere divengano effettivamente complementari. L'elisoccorso ha, nella pratica, tre funzioni (vedi box).

### FASE INTRAOSPEDALIERA

Premesso che un DipartimentodiEmergenzadime-

dia dimensioni (70-80.000 accessi all'anno) presenta da 4 a 6 soggetti al giorno che necessitano di supporto avanzato delle funzioni vitali, secondo i principi del risk management tale paziente andrebbe soccorso dal medico più qualificato nella gestione avanzata delle funzioni vitali (l'Anestesista Rianimatore è uno dei due Specialisti qualifi-

cati del campo) coadiuvato da una equipe formata ed abituata a lavorare in team multidisciplinare. Questo concetto ci obbliga ad un ragionamento sul "come dovrebbero essere ristrutturate le shock room" e di conseguenza a ridefinire il ruolo dello specialista anestesista-rianimatore in Pronto Soccorso.

# Uno vale l'altro... NO!

**Per “portare l’ospedale sul territorio” sono necessarie professionalità mediche ed infermieristiche selezionate tra quelle ospedaliere. Il personale sanitario ideale per il Soccorso preospedaliero è lo stesso personale che non solo proviene da una formazione dedicata all’emergenza urgenza ospedaliera, ma che ne mantiene le skills**

di ALESSANDRO VERGALLO

**L**a firma della Carta di Riva nell’ambito del Secondo Congresso Nazionale Emergenza Urgenza che si è svolto nella località trentina dal 20 al 22 settembre 2021 ha rappresentato un momento di particolare importanza per il futuro del Set 118. Il documento è il frutto di un percorso iniziato diversi mesi prima e che aveva inizialmente coinvolto Aaroi-Emac, Acemc, Aniarti, Cosmeu, Siaarti, Siems, Siiet, Simeu, firmatarie sia di un primo “Documento intersocietario” del 1° luglio 2020 ad oggetto “Posizionamento su Ddl “Riforma del sistema di emergenza sanita-

ria territoriale – 118” sia di un secondo “Documento intersocietario” del 20 ottobre 2020 ad oggetto “Proposta di riordino del Sistema di Emergenza e urgenza Territoriale (Set 118)”. Alla Carta di Riva hanno poi aderito anche diverse altre Associazioni e Società, coinvolgendo in modo unanime e concorde tutte quelle che sono l’espressione reale del mondo dell’Emergenza Urgenza, senza dover utilizzare strumentalmente la denominazione “118” per qualificarsene di facciata come referenti. Il Documento sostiene una riforma del Set 118 che sia realmente tale e che abbia tra i suoi obiettivi quello di

superarne l’attuale frammentazione regionale e provinciale, adottando un modello nazionale unico, di qualità, efficace, efficiente e sostenibile, a partire da un punto cardine dal quale l’Aaroi-Emac non può prescindere: il Set 118 deve tornare ad essere un Sistema di Soccorso sanitario preospedaliero. Esso fu istituito, infatti, con l’obiettivo di “Portare l’Ospedale sul Territorio”, al fine non solo e non tanto di ridurre le tempistiche dell’ospedalizzazione, quanto anche e soprattutto per garantire un primo inquadramento

e un trattamento sanitario il più possibile precoce del caso clinico sul posto di soccorso, e non invece - come è accaduto soprattutto in alcune Regioni - allo scopo di duplicare h24 la “continuità assistenziale territoriale” (la cosiddetta “guardia medica”), a sua volta nata per vicariare, nei prefestivi, nei festivi e di notte, la “medicina di famiglia”.

**Viene da sé che per “portare l’ospedale sul territorio” sono necessarie professionalità mediche ed infermieristiche selezionate tra quelle ospe-**



La “Carta di Riva”, documento intersocietario firmato il 20 settembre 2021 a Riva del Garda dalle Società scientifiche ed associazioni di area medica e infermieristica.

## 13 punti imprescindibili per il cambiamento

- Il superamento della frammentazione dei modelli gestionali al fine di garantire un trattamento standardizzato ed uniforme alle persone su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle prerogative proprie delle Regioni in materia di organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari regionali e Province autonome, e definizione di criteri per la realizzazione di organizzazioni virtuose del sistema di Emergenza Urgenza;
- L’obbligo di integrazione delle centrali operative 118 con le Cur Nue 112; Forte spinta all’innovazione tecnologica che si avvale di soluzioni innovative nella dotazione di tecnologie radio, telefoniche e informatiche in grado di assicurare il collegamento informativo tra le varie componenti e con le centrali operative territoriali.

**daliere, in primis nelle Unità Operative di Pronto Soccorso e di Anestesia e Rianimazione, dotate di risorse strumentali, tecnologiche e farmacologiche anch'esse tipicamente ospedaliere, il cui utilizzo richiede una formazione e un mantenimento delle competenze sanitarie che soltanto tali professionalità possono garantire al servizio della popolazione.** Per entrambi i ruoli professionali considerati, non è per l'Aaroi-Emac ammissibile, a regime, un rapporto di lavoro diverso da quello normato dai rispettivi Ccnl della Dipendenza Ospedaliera.

Siamo naturalmente favorevoli, nelle more di messa a regime del Sistema, ad includere tra i Medici di un Set 118 riformato su tali basi anche coloro i quali da tempo lavorano nel 118 "in convenzione", che sono attualmente inquadrati in un settore spurio dell'Acn della Medicina Generale, o come "Specialisti Ambulatoriali", a patto che transitino nel Ccnl della Dipendenza Ospedaliera, e a favore dei quali riteniamo occorra definire percorsi formativi di specializzazione in Artid e Meu. Per tutte le professionalità, sia sanitarie sia tecniche,

occorrono naturalmente una specifica selezione ed una formazione altrettanto specifica dedicate al Soccorso preospedaliero. Altro tema riguarda l'ottimizzazione del dispiegamento delle risorse professionali sanitarie.

Per l'Aaroi-Emac, anche sulla base delle richieste di soccorso che realmente, per il loro grado di Emergenza-Urgenza, richiedono un Team completo di Medico ed Infermiere rispetto a quelle - molto più numerose - per le quali non risultano necessari interventi di diretta competenza medica, devono essere rivisti i criteri di

ripartizione tra i mezzi di soccorso medicalizzati e quelli infermierizzati. Questo non vuole dire che siamo per la "demedicalizzazione del Set 118", ma che sosteniamo la necessità di professionisti (sia medici sia infermieri) altamente qualificati.

Da qualche giorno abbiamo appreso che il 26 ottobre 2021 è stata depositata un'altra Proposta di Legge (la n. 3338 a firma dei Deputati Mugnai, Bologna, Marin) che si aggiunge a quelle preesistenti, e che con nostro stupore e disappunto non menziona gli Anestesisti Rianimatori tra i Medici da reclutare nel Set 118. È evidente che - riservandoci di valutarne tutti gli altri contenuti - quest'esclusione è per noi inaccettabile.

## “ IL SET 118 DEVE TORNARE AD ESSERE UN SISTEMA DI SOCCORSO SANITARIO PREOSPEDALIERO ”

- **La realizzazione**, anche sulla base delle tecnologie innovative, della massima integrazione tra tutte le componenti del Ssn che partecipano, a vari livelli di responsabilità, alla assistenza alla cittadinanza.
- **La valorizzazione delle figure professionali** attraverso il rafforzamento e la migliore declinazione delle rispettive competenze, finalizzata anche al corretto impiego delle specifiche potenzialità professionali sottese.
- **La valorizzazione del personale infermieristico** nelle centrali operative e nei pronto soccorso, specie per quanto concerne il processo di triage, del quale detiene la titolarità gestionale e di percorso.
- **La valorizzazione delle elevate competenze infermieristiche**, in ambito di emergenza preospedaliera, che si manifestano attraverso la gestione, diretta ed in equipe, dei percorsi tempo dipendenti del dolore acuto, e degli interventi salvavita attraverso appositi strumenti operativi.
- **La valutazione delle performance**, attraverso la definizione degli indicatori della qualità del sistema di emergenza urgenza preospedaliero e ospedaliero.
- **La definizione di un sistema unico nazionale** di monitoraggio della qualità delle prestazioni erogate, e del finanziamento del sistema di emergenza urgenza, che consenta di valutare l'efficacia e l'efficienza dei vari servizi sanitari regionali e delle Province autonome.
- **Il riconoscimento formale nel sistema di emergenza urgenza delle Associazioni di volontariato ODV** le quali, attraverso le reti nazionali di Anpas, Cri e Misericordie, esprimono un supporto fondamentale al sistema stesso secondo principi di efficienza ed economicità.
- **L'utilizzo di forme omogenee di reclutamento del personale**, con particolare riguardo al personale sanitario che non può prescindere da forme contrattuali di dipendenza dal Ssn, che dovrà avvenire con modalità uniformi di accesso (standard formativi minimi a livello nazionale).
- **La valorizzazione strutturale del personale sanitario** nel sistema di emergenza preospedaliera ed ospedaliera, anche attraverso la previsione di specifiche indennità di ruolo e di rischio ambientale da estendere anche al personale tecnico.
- **La valorizzazione nel sistema di emergenza del personale sanitario "senior"** attraverso l'implementazione e l'accesso a percorsi volti alla formazione, tutoraggio e orientamento dei neofiti, al fine di non disperdere competenze specialistiche specifiche.
- **La necessità di una norma nazionale** che regolamenti le competenze e i conseguenti standard formativi della componente tecnica del sistema di soccorso regolamentandoli in profili professionali rispondenti agli attuali attori del sistema, siano essi volontari che dipendenti, valorizzando sia la componente del servizio pubblico che le esperienze pregresse ed il ruolo delle reti nazionali del volontariato.

*Carta di Riva - Riva del Garda 20 settembre 2021*

# L'autonomia si può esercitare in équipe



**A** determinare i diversi livelli di risposta sono soprattutto le competenze che i professionisti esprimono, attraverso la specializzazione della singola professione, ma soprattutto nell'integrazione delle stesse competenze nel lavoro del team che consente di aumentare la capacità di risposta.

A quasi trent'anni dalla istituzione del numero unico di emergenza e del sistema di soccorso preospedaliero, il Dpr 27 marzo del 1992 risulta ancora innovativo nella visione complessiva del soccorso, ma ha la necessità di essere adeguato all'evoluzione tecnologica (teleassistenza, telemonitoraggio ecc.) e di competenze delle figure che a vario titolo sono parte integrante del sistema. Appare

**La storia e l'evidenza hanno dimostrato, con circa trent'anni di esperienza sul campo, che la risposta in emergenza ai bisogni dei cittadini richiede diversi livelli di intervento, a seconda della situazione e un approccio multiprofessionale**

di BARBARA MANGIACAVALLI

imprescindibile la necessità di garantire l'integrazione delle varie componenti del Ssn per garantire le migliori prestazioni possibili nell'ambito dell'emergenza urgenza.

Pensiamo che una riforma di questa portata, su un argomento così centrale per l'assistenza che deve essere garantita ai cittadini, dovrebbe guardare di più ai

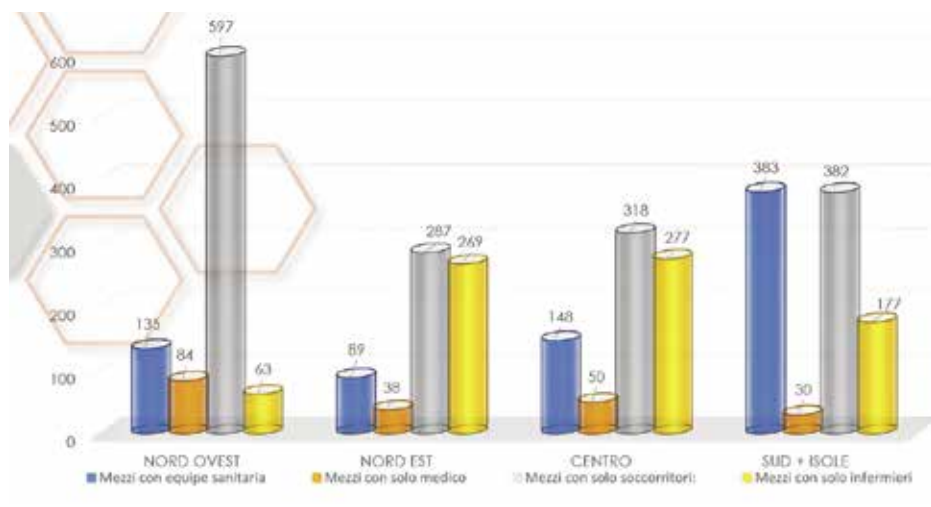
loro bisogni, meno ad altre tipologie di interesse che nulla hanno a che vedere con questi; essere il frutto di una totale convergenza di tutti gli attori coinvolti; valorizzare e sistematizzare le innovazioni intercorse negli anni, da quelle professionali a quelle organizzative, anche in alcune realtà regionali; guardare a riferimenti e orientamenti

internazionali; essere sempre in linea con le evidenze scientifiche e organizzative disponibili e più aggiornate. Nessun ritorno al passato, ampiamente superato dai fatti, dai dati, dall'evoluzione (anche formativa) della nostra professione, dalle innovazioni che servono al nostro Ssn per rispondere sempre meglio ai bisogni dei cittadini, che sono il vero faro al quale dobbiamo guardare tutti. Invece notiamo una particolare attenzione ai contenitori (dipartimenti, ruoli...), meno sui contenuti, che ancora nessuna riforma è riuscita a declinare con coraggio orientandoli alle competenze esprimibili dagli infermieri. Il sistema 118 e tutta la rete dell'emergenza urgenza è uno dei pochi settori dove, nella carenza normativa generale, la specializzazione infermieristica è già applicata. Sono ora necessari protocolli chiari, omogenei, condivisi e inderogabili a livello nazionale per le varie tipologie di intervento, per non

## Composizione delle equipe sui Mezzi di Soccorso?

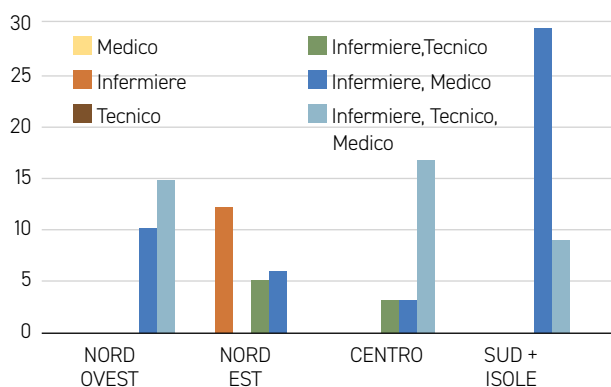
creare i presupposti per azioni strumentali di rivalsa da parte di qualunque delle professioni coinvolte, come invece è spesso accaduto, lasciando una parte importante dell'organizzazione dell'emergenza-urgenza alle scelte della magistratura.

Senza alcuna invasione di campo per ciò che attiene compiti e ruoli propri di altre professionalità, ma con il giusto e corretto riconoscimento del nostro status giuridico di professionisti sanitari e con le competenze previste dal nostro profilo professionale; perché sostenuto dall'ordinamento giuridico nazionale ed europeo oltre che da linee guida internazionali e da specifici protocolli. Infermieri e medici del servizio di emergenza 118 operano in integrazione in un settore ricco di tecnologia e interconnessioni continue in remoto con tutte le professionalità, l'autonomia si può esercitare in équipe, in costante collegamento con la centrale operativa e bisogna essere messi in condizione di esprimere il massimo delle competenze spendibili da tutti, soprattutto in un ambito come quello del 118 che deve essere dinamico, flessibile e con interventi



modulabili in sicurezza. Tutto questo è stato di recente confermato anche da numerose Società scientifiche di infermieri e medici che si occupano dell'emergenza-urgenza, hanno sottoscritto il documento comune definito "Carta di Riva del Garda" dal luogo dove è stato formalizzato, che prevede tra l'altro, il superamento della frammentazione dei modelli gestionali per garantire un trattamento standardizzato e uniforme alle persone su tutto il territorio nazionale, nel rispetto delle prerogative proprie delle Regioni in materia di organizzazione dei rispettivi sistemi sanitari regionali, la valorizzazione delle figure professionali attraverso il rafforzamento e la migliore declinazione delle rispettive competenze,

## Distribuzione figure professionali nelle Centrali Operative h24, 7gg/7



*Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia, Survey Siet-Siems 2021*

con particolare riferimento alla valorizzazione del personale infermieristico nelle centrali operative e nei pronto soccorso, specie per il processo di triage, del quale gli infermieri hanno la titolarità gestionale e di percorso. È necessaria quindi - e infermieri e medici che hanno sottoscritto il documento

in questo senso sono del tutto d'accordo - una norma nazionale che regolamenti le competenze e i conseguenti standard formativi della componente tecnica del sistema di soccorso secondo precisi e imparziali indicatori e per questo gli infermieri e la Federazione sono sempre disponibili a partecipare a un confronto che metta a disposizione professionalità e competenze delle diverse professionalità coinvolte.

**“ I BISOGNI DEI CITTADINI SONO IL VERO FARO AL QUALE DOBBIAMO GUARDARE TUTTI ”**

#COVER  
STORY



Il problema dell'omogeneità e della valorizzazione delle competenze si fa sentire specialmente per quello che concerne la figura infermieristica. **Le centrali operative mostrano organici estremamente difforni, così come difforni appaiono le composizioni degli equipaggi territoriali**

# Ora la palla passa ai politici

di ROBERTO ROMANO

**T**rent'anni sono passati da quel marzo 1992 in cui, con decreto del Presidente della Repubblica, veniva di fatto istituito il sistema di emergenza extra ospedaliero 118. Da quel momento ogni regione, ogni provincia, ha organizzato a suo modo il sistema. Lasciando da parte le molte delibere regionali che si sono susseguite per meglio organizzare i singoli sistemi c'è da dire che, in trent'anni, non molto è stato scritto a livello nazionale al





## “ LE COMPETENZE DEVONO ESSERE MEGLIO DECLINATE E RAFFORZATE IMPIEGANDO CORRETTAMENTE TUTTE LE PROFESSIONALITÀ PRESENTI NEL SISTEMA ”

la figura infermieristica. Una recente survey, condotta congiuntamente da Siems e Siiet, scatta una fotografia impietosa del 118 nazionale. Le centrali operative mostrano organici estremamente difformi, così come difformi appaiono le composizioni degli equipaggi territoriali. L'estrema varianza nella tipologia di equipaggi porta ad una oggettiva difficoltà, quando non impossibilità, a fornire una risposta realmente basata su livelli di assistenza diversificati. Gli algoritmi/protocolli infermieristici, pure già previsti dal Dpr del '92, non sono ad oggi presenti in oltre il 60% dei territori del sud e delle isole

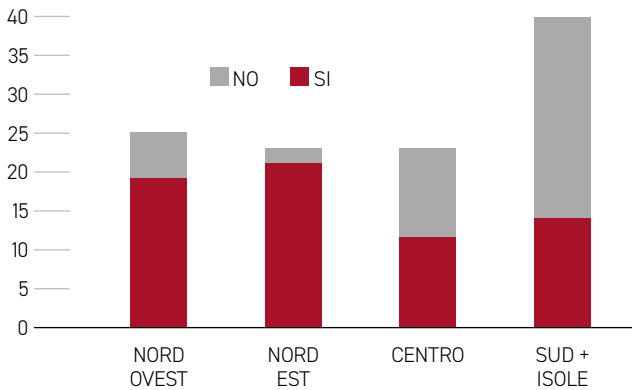
ed in oltre il 50% di quelli del centro Italia. Anche gli standard formativi e di accesso riservati al personale appaiono talmente vari da non poter essere neppure descritti in maniera organica. In questo panorama non edificante la Società italiana degli infermieri di emergenza territoriale, Siiet ha ritenuto strategico aprire un confronto continuo con tutte quelle società scientifiche, e non solo, che, attraverso le proprie posizioni, abbiano realmente dimostrato di voler favorire un cambiamento. Abbiamo inizialmente cercato un dialogo con altre società di area infermieristica, tra le prime Aniarti e Gft,

trovando un'assoluta condivisione di visione e di intenti. Ma il dialogo è stato portato avanti parallelamente con Simeu e Siems, che al loro interno portano una rappresentanza infermieristica, con Siiarti, Aaroi-Emac e, infine, con tutti i firmatari della "Carta di Riva", documento sostenuto e redatto dalla quasi totalità delle società scientifiche, delle parti sindacali delle associazioni di categoria e di volontariato che operano nel sistema di emergenza urgenza. Possiamo dire, e lo facciamo con orgoglio essendoci tra i primi promotori di questo documento, che non si era mai vista una comunione di intenti tanto ampia nella rappresentatività, volta ad indicare dei punti fermi da sottoporre ai decisori politici che, ormai da tempo, si stanno confrontando su diversi disegni di legge di riforma. Forte è stato il richiamo al superamento della frammentazione del sistema, anche in virtù della necessità di fornire trattamenti stan-

fine di regolamentare meglio il tutto in termini di omogeneità. Lo stesso Dm 70/2015, decreto di ampio respiro che tocca il sistema di emergenza solo in una sua parte arrivando peraltro in ritardo di quasi un ventennio rispetto al Dpr del '92, non riesce a porre dei punti fermi in termini di omogeneità e valorizzazione delle competenze professionali. Il problema dell'omogeneità e della valorizzazione delle competenze si fa sentire specialmente per quello che concerne

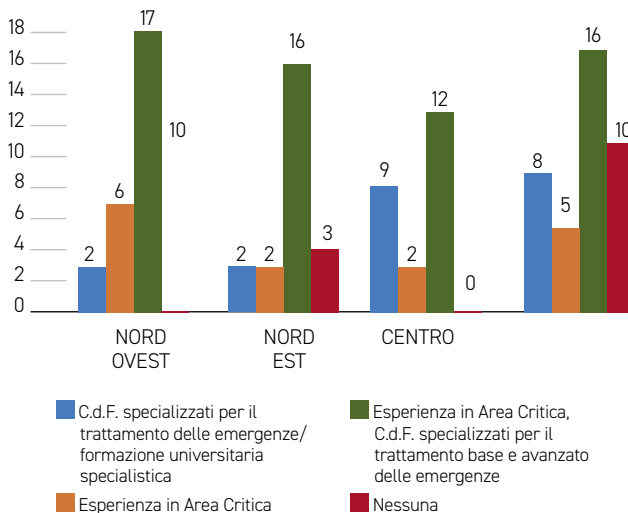


## Presenza protocolli algoritmi infermieristici per area



Fonte: Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia, Survey Siiet-Siems 2021

## Requisiti in accesso per infermieri nel sistema extraospedaliero



Fonte: Il sistema di soccorso pre-ospedaliero in Italia, Survey Siiet-Siems 2021

standardizzati ed uniformi su tutto il territorio nazionale. L'integrazione delle centrali operative 118 con le Cur Nue112 è un altro punto fondamentale, che non può non vedere i firmatari della Carta in una posizione estremamente distante da chi ritenga utile mantenere un doppio canale di accesso per il cittadino, 118 o 112, che si trovi in una situazione di immediato bisogno. Ma, non di meno, il focus viene portato sulle competenze, che devono essere meglio declinate e rafforzate impiegando correttamente, ed al massimo delle possibilità, tutte le professionalità presenti nel sistema. Abbiamo poi tutti insieme, voluto ribadire la centralità del personale infermieristico nelle centrali operative e nei pronto soccorso, stante il fatto che tale personale detiene la titolarità gestionale di percorso del processo di Triage. Come infermieri abbiamo tenuto a ribadire l'importanza della valorizzazione delle elevate competenze peculiari della nostra professione che, attra-

verso specifici strumenti operativi, si concretizzano attraverso la gestione diretta ed in équipe dei percorsi tempo dipendenti, del dolore acuto e degli interventi salvavita. Abbiamo avuto anche una specifica attenzione a quella che dovrebbe essere la valorizzazione del personale sanitario "senior" attraverso l'implementazione di percorsi volti alla formazione, al tutoraggio e all'orientamento dei neofiti, così da non disperdere competenze specialistiche specifiche. Risulta ovvio come questi percorsi non possano non necessitare, per garantire continuità e qualità al sistema, di forme contrattuali di dipendenza dal servizio sanitario nazionale. Molti altri ed altrettanto importanti, come la definizione del ruolo del volontariato e l'implementazione della figura della figura dell'autista soccorritore, sono stati i punti affrontati nella Carta di Riva. Adesso la palla è nel campo dei decisori politici, i quali devono sapere però che una riforma non condivisa ampiamente da tutte le parti in causa avrebbe l'effetto di un'anatra zoppa esattamente il contrario di ciò che i cittadini ed i professionisti chiedono.

“È ORA DI DISEGNARE UN SISTEMA DI EMERGENZA MODERNO, LASCIANDO PER SEMPRE LA LOGICA DEL “FEUDO” CHE DA ANNI REGOLA QUEST'AREA”

# PASSIONATELY GEEKY

Geek Logica is the leading Italian Groovy & Grails company. We embrace agile methodologies & speedily deliver quality applications. We focus on what really matters: creating high quality, easy to use applications.

In our software lab we adopt the best of the breed tools & methodologies in software development: Test Driven Development, Continuous Integration, Static analysis performance testing.

We are specialist in the strategy, design, and development of mobile applications for Android & iOS platforms. We help our clients understand the mobile app landscape and how to integrate their mobile strategy with their overall marketing plans.



9  
GEEKLOGICA

#### STAY IN TOUCH CONTACT US:

Via Mosca, 52 - 00142 Roma - Phone + 39 347 9230275 - Fax +39 06 5137499

[info@geeklogica.it](mailto:info@geeklogica.it)

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

## WE CREATE AWESOME APPS

# 118 e 112 due mondi che si attraggono

**A**ll'interno dell'ormai ampio dibattito che ha caratterizzato la nascita, lo sviluppo e il consolidamento del Numero Unico Europeo 112 in Italia c'è almeno un dato incontrovertibile, e cioè che il 112 sia una best practice. Lo dimostra la letteratura scientifica italiana e straniera, che ha analizzato i dati forniti dalle Centrali Uniche di risposta 112. Un recente studio del Politecnico di Milano, ("Mapping spatio temporal diffusion of Covid-19 in Lombardy on the base of Emergency Medical Services activities"), pubblicato su *Isprs International Journal of Geo-Information* nel 2021, dimostra ad esempio che il Numero Unico per l'Emergenza 112 è un utile "sensore" per evidenziare precocemente la diffusione del Covid-19, ed è in grado di identificare le aree su cui intervenire per tempo, grazie alla mappatura delle chiamate per criticità respiratorie,

**L'integrazione delle centrali operative 118 con il Nue 112 è una scommessa da vincere per la realizzazione di un sistema dell'emergenza in linea con le direttive europee. L'auspicabile riforma del Sistema 118 non può prescindere dall'assunzione del 112 come interlocutore privilegiato**

di ALBERTO ZOLI

integrate con gli interventi delle ambulanze del 118. Lo studio del Politecnico è solo un esempio della letteratura scientifica che ha dimostrato come il numero unico non solo obbedisce alle direttive europee che prevedono un solo numero di chiamata per tutte le emergenze, ma realmente ha contribuito, in epoca Covid ma anche in condizioni di quotidiana emergenza, a migliorare e implementare i servizi dedicati alla sicurezza del cittadino. Per questo l'auspicabile riforma del Sistema 118 non può prescindere dall'assunzione

del 112 come interlocutore privilegiato.

**Avviare in Italia il Numero unico dell'emergenza è stata un'operazione complessa, che ha coinvolto più soggetti istituzionali: Governo centrale, Regioni, Carabinieri, Polizia, Vigili del Fuoco, Soccorso sanitario. Solo la volontà di tutti ha permesso che in molte regioni italiane si concretizzasse un Sistema che ha migliorato il servizio di soccorso in emergenza a tutti i livelli.** I vantaggi di questo modello sono infatti molteplici: elimina in modo pressoché

totale il fenomeno delle mancate risposte alle chiamate di emergenza, aumenta l'efficienza delle strutture responsabili della gestione del soccorso (le cosiddette centrali di secondo livello, ovvero 118, Polizia, Carabinieri e Vigili del Fuoco) che grazie all'azione di filtro possono concentrarsi unicamente sui casi di vera emergenza, assicura la localizzazione delle chiamate al meglio delle capacità tecnologiche delle reti di telecomunicazioni, migliorandola ulteriormente, quando possibile, con l'introduzione di sistemi evoluti di interazione di cui il sistema Aml è il più recente.

Ma tutto questo che ricadute ha avuto sul 118? Essendo partiti per primi, oltre dieci anni fa, in Lombardia sono stati elaborati e messi a disposizione del Governo centrale una serie di dati e di studi che hanno studiato proprio le ricadute dell'attività del 112 sul 118. In particolare, è stato rilevato che in con-

## SITUAZIONE NUE IN ITALIA AL 1/12/2021

dizioni di operatività prive di eventi particolarmente critici, l'attività del Nue 112 non ha allungato i tempi complessivi di soccorso all'utente: fornendo al 118 (e alle altre Centrali di secondo livello) una scheda contatto contenente le informazioni essenziali per ogni tipo di soccorso (relative a localizzazione, identificativo dell'utente, categorizzazione dell'evento) si consente alle Centrali di 118, Carabinieri, Polizia e Vigili del Fuoco di concentrare la propria attività nella gestione operativa dell'evento, compensando, quindi, il tempo impiegato per l'intervista del Nue 112 con il tempo "risparmiato" per aver già a disposizione le informazioni necessarie.

**Oggi possiamo dire che in Lombardia, come altrove, l'avvio del servizio Nue 112 ha sostanzialmente permesso il miglioramento del processo di gestione delle chiamate di soccorso sanitario e una conseguente riduzione del carico di lavoro telefonico in ingresso sulle Centrali Operative del 118.** Si è potuto così procedere con la ridefinizione dell'intero Sistema del Soccorso Sanitario prevedendo anche l'aggregazione delle Centrali 118 già esistenti (si

è passati da 12 centrali a 4 Sale operative regionali). Questo ha consentito un miglioramento complessivo e una maggiore omogeneità del servizio, una maggiore sicurezza per il cittadino e il reinvestimento dei risparmi per rendere ancora più efficiente il Sistema di Soccorso Sanitario.

Ma quanto sia prezioso il 112 per il 118 è stato evidente con la pandemia, in particolare nella prima drammatica ondata del Covid-19: per consentire un lavoro più agevole di ricezione delle chiamate da parte del 118, il 112 ha messo in campo una serie di modifiche organizzative e gestionali in molte regioni italiane; dai modelli strutturati di intervista all'attivazione di hot line preferenziali, fino alla presenza in centrale 112 di operatori del 118. Tutte soluzioni che da

una parte hanno "salvato" il 118 dalla enorme massa di chiamate che si sarebbero riversate sul numero dell'emergenza sanitaria di fatto saturandolo, e dall'altra ha dimostrato flessibilità di questo servizio, che ha permesso di modulare risposte diverse a seconda delle situazioni emergenti.

**Non è un caso che il riconoscimento dell'importanza del 112 compare tra i punti qualificanti della "carta di Riva del Garda", il documento di consenso firmato lo scorso settembre dalle Società scientifiche e dalle forze sindacali e del volontariato.** Anche sul 112, dunque, per la prima volta, in modo coeso, il mondo del professionismo e quello del volontariato, unitamente ai sindacati, sono riusciti a trovare una convergenza di visione che auspichiamo sarà raccolta dai decisori politici.



## 112, COME FUNZIONA IN ITALIA

In sintonia con le indicazioni dell'Unione Europea, il modello della Centrale Unica di Risposta Nue 112 prevede una Centrale di primo livello (Cur) che riceve le chiamate da tutte le numerazioni di emergenza (112, 113, 115, 118), le filtra (ovvero trasmette solo quelle di vera emergenza, le localizza e quindi le passa alla Centrale competente (Carabinieri, Polizia, 118 e Vigili del fuoco) per la gestione dell'evento. Tutto il traffico telefonico e tutti i dati relativi agli eventi vengono registrati; l'intero processo viene completato in un tempo medio di 40 secondi. L'azione di filtro delle chiamate inappropriate è pari a circa il 60% delle chiamate in ingresso. Ad oggi, il modello della Cur è attivo nelle Regioni Lombardia, Liguria, Piemonte, Val d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sicilia, Lazio, Toscana, Umbria, Marche e nelle Provincia Autonoma di Trento e Provincia autonoma di Bolzano (il 60% della popolazione Italiana). L'iter di realizzazione delle Cur è stato un percorso virtuoso non semplice, iniziato in un momento in cui l'Italia era sull'orlo dell'applicazione di pesanti sanzioni per inadempienza agli obblighi previsti dalla Direttiva Servizio Universale. Oggi l'Italia è tra i best performers europei.

**“ QUANTO SIA PREZIOSO IL 112 PER IL 118 È STATO EVIDENTE CON IL CONTESTO PANDEMICO ”**

# Valorizziamo il volontariato

**Trent'anni di 118 tra qualche mese. Mi sembra ieri quando ancora si vedevano Fiat 500 strombazzanti con un fazzoletto bianco agitato fuori dal finestrino per portare in ospedale un traumatizzato, io ormai sessantaduenne ho fatto in tempo a vederle**

di FABRIZIO ERNESTO PREGLIASCO

In effetti prima del 1992, e ancora per un bel po' di anni le cose sono andate avanti così. In ogni comune italiano ci si arrangiava come meglio si poteva. Le disposizioni di fatto prevedevano che fosse la porta del pronto soccorso degli ospedali il luogo dove il malato veniva preso in carico. Sul territorio italiano bisognava conoscere numeri di telefono degli ospedali o delle associazioni di volontariato, dove erano presenti, e appunto "arrangiarsi". **Dal 1992 è iniziato un percorso dove si è preso atto della necessità di presa in carico del paziente sin dal momento dell'incidente**



**o del malore con la progressiva attuazione delle centrali operative 118.** Ogni regione, ma spesso addirittura ogni provincia, ha creato sistemi di risposta diversi basati sulla storia e sull'orga-

nizzazione preesistente coinvolgendo in tal senso, ove presenti le organizzazioni di volontariato. Infatti, il volontariato in ambito sanitario ha una lunga tradizione in Italia, tre sono le grandi

organizzazioni: Anpas, Confederazione Nazionale delle Misericordie d'Italia e Croce Rossa Italiana. Queste tre realtà pur con i distinguo derivanti da radici storiche diverse hanno svolto un ruolo determinante nel garantire servizi sanitari in particolare nel campo dell'emergenza urgenza quando ancora questo aspetto dell'assistenza sanitaria era trascurato e non c'erano a disposizione le conoscenze e le tecnologie odierne. In tutte le Regioni italiane siamo presenti con un diverso grado di diffusione ma si

Le Pubbliche Assistenze nascono nel 1860 come Associazioni di volontariato, libere e laiche, sotto una grande molteplicità di nomi: Croce Verde, Croce Bianca, Croce D'Oro, Società di Salvamento, Fratellanza Militare, Fratellanza Popolare. Dalla Sicilia al Piemonte, unanimi nel loro impegno, le Pubbliche Assistenze hanno lo scopo di servire chiunque esprima un bisogno, senza porre condizioni all'aiuto prestato e dimostrandosi aperte a chiunque voglia prendervi parte. Le loro radici storiche si ritrovano nelle "Società di Operaie Mutuo Soccorso", attive negli stati sabaudi già dal 1848, che nascono come una forma di autotutela delle nuove classi di salariati ed operai nei confronti delle

può ritenere che almeno il 60-70% complessivo delle ambulanze del 118 siano gestite dalle nostre Associazioni.

**Si tratta di un patrimonio e una peculiarità italiana, da preservare per ottimizzare una filiera di soccorsi che sia la più possibile vicina ai cittadini con un coordinamento e pianificazione in capo alle istituzioni e ai professionisti.** L'attività delle associazioni è importante perché si creano un gran numero di cittadini che imparano tecniche di primo soccorso che rimangono anche dopo

la fine del periodo di attività e comunque cittadini formati nei tanti corsi realizzati nelle scuole di ogni ordine e grado. Inoltre, si crea un polmone di volontari che sono, e purtroppo hanno dovuto esserlo, disponibili per attività di protezione civile e attività sociali in tante emergenze del passato e anche in particolare per fronteggiare l'emergenza Covid-19.

Tutto questo può garantire tempi di attivazione rapidi e dislocazione a tappeto di punti d'intervento. Alcuni aspetti devono essere attuati, in primis la formazione unificata del profilo dei soccorritori con un percorso formativo uniforme a livello nazionale ma anche un inquadramento del complessivo del ruolo delle Organizzazioni di Volontariato nel contesto del 118. Prendendo anche atto che l'art.57 del Codice del terzo settore (D.lgs. 3 luglio 2017, n. 117) prevede

che i servizi di trasporto sanitario di emergenza e urgenza possono essere, in via prioritaria, oggetto di affidamento in convenzione alle organizzazioni di volontariato se l'affidamento diretto garantisce l'espletamento del servizio in un sistema di effettiva contribuzione a una finalità sociale e di perseguimento degli obiettivi di solidarietà, in condizioni di efficienza economica e adeguatezza, nonché nel rispetto dei principi di trasparenza e non discriminazione. Questa norma sta avendo una serie di problematiche nella sua attuazione a seguito di ricorsi al Tar ma anche alla Corte di Giustizia europea ma confidiamo che si arrivi ad una piena applicazione che però necessiterà anche di un'opera di informazione e formazione per tutte le istituzioni che se ne devono occupare. Piaga dolente inoltre è la presenza di realtà, scol-

legate da queste reti, che infangano il volontariato serio svolgendo attività sfruttando il lavoro nero e che si nascondono dietro enti del terzo settore e che speriamo vengano perseguite al meglio dagli organi competenti.

**Su queste questioni abbiamo in corso interlocuzioni con le società scientifiche, i sindacati, i parlamentari che stanno portando avanti alcuni disegni di legge di riforma del Suem 118 che spero complessivamente portino al riconoscimento dell'opportunità di continuare ad avvalersi del contributo di queste Odv per il bene della comunità.** Tutto questo in un quadro legislativo complessivo che faccia tesoro delle buone pratiche attuate nei vari territori e che riconosca i principi della "Carta di Riva" che anche noi abbiamo sottoscritto nel settembre scorso e nella quale ci ritroviamo appieno.

malattie, degli infortuni, della morte, ma anche rispetto alla necessità di formazione alle arti e mestieri. Nel 1904 a Spoleto il IV Congresso Nazionale dà vita alla Federazione Nazionale delle Società di Pubblica Assistenza e Pubblico Soccorso, che nel 1911 ottiene il tanto atteso riconoscimento giuridico in Ente Morale.



**C**ronicità, fragilità, invecchiamento della popolazione, il rischio, appunto, di prossime, possibili epidemie, chiedono interventi seri di razionalizzazione dei servizi, una riorganizzazione dei Distretti e una reale messa in rete delle professionalità del Ssn.

Due gli assi su cui lavorare: centralità del paziente e governo clinico dei medici, con l'obiettivo di ottenere prossimità, continuità assistenziale h24, più ospedali di eccellenza, più territorio con strutture intermedie e più cure domiciliari. Ma tutto ciò ha bisogno di una cornice contrattuale e normativa moderna per i medici per essere protagonisti della buona sanità. Usciremo così da false polemiche senza sbocchi reali, come quella sul passaggio a dipendenza dei medici di famiglia, che è solo il diversivo per il veropiano A, cioè la privatizzazione dei servizi sul modello lombardo. Da oltre 20 anni si discute infatti del passaggio a dipendenza di tutte le convenzioni orarie. Il transito è avvenuto solo in parte, non in tutte le regioni, ed esclusivamente per la medicina dei servizi e, solo in parte e provocando grandi contraddizioni, per il Suem 118,

# La vera leva del cambiamento

**Una prospettiva di lavoro a lungo termine che possa chiudere la stagione che ha visto una perenne divisione tra medici dirigenti e convenzionati, un "cantiere aperto" ma con una idea chiara**

di Francesco Esposito

mentre il previsto passaggio della specialistica ambulatoriale è stato poi vanificato per valutazioni politiche. All'interno della Medicina generale un passaggio a dipendenza dell'intero settore comporterebbe un accesso unico ed un unico rapporto orario, fissato a 38 ore, con una corrispondenza tra ora lavorata e numero di scelte (circa 1 ora=40 scelte) nonché la determinazione di un numero di ore dedicate ad altri compiti gestionali, ma le differenze giuridiche, economiche e previdenziali pongono dei problemi

per una reale omogeneizzazione della categoria e oltretutto permangono problemi di gradimento tra i professionisti. Quindi problemi di carattere economico per la parte pubblica e di natura politica per i medici del settore. Nell'area convenzionata (regolata dall'Accordo Collettivo Nazionale-Acn) alcuni hanno un rapporto di lavoro su base oraria, cioè medici di continuità assistenziale, dell'emergenza territoriale, specialisti ambulatoriali, mentre i medici di famiglia e di pediatria sono informati alle scelte dei pazienti e il pagamento delle spettanze è direttamente proporzionale al numero degli assistiti, sotto la voce specifica

di quota capitaria. Tuttavia anche in queste attività è previsto un orario minimo di apertura degli ambulatori, esplicitato in convenzione nella proporzione di un'ora ogni 100 assistiti. Esistono altresì differenze in ordine ad alcuni istituti specifici, quali le ferie retribuite, esplicitamente previste nell'Acn di specialistica ambulatoriale e per i medici dell'emergenza in quello della Medicina generale. Eppure quest'ultimo Acn non prevede le ferie per altre figure professionali come





la continuità assistenziale e l'assistenza primaria, così come non le prevede l'Acn per la Pediatria di Libera Scelta. Infine per la specialistica ambulatoriale è prevista anche la tredicesima mensilità, sotto forma di premio di collaborazione. **Insomma alcuni istituti contrattuali tipici del rapporto di lavoro dipendente sono riproposti in maniera più o meno surrettizia in taluni Acn, e alcune figure mediche ne beneficiano mentre altre no: una situazione contraddittoria e che genera disagio e malessere.**

La leva del cambiamento è il "Contratto unico dei medici", una prospettiva di lavoro a lungo termine che possa chiudere la stagione che ha visto una perenne divisione tra medici dirigenti e convenzio-

nati, un "cantiere aperto" ma con una idea chiara: il paradigma di tipo contrattuale potrebbe essere l'attuale convenzione per la specialistica ambulatoriale che già comprende un forte carattere libero professionale, competendone tuttavia con alcune caratteristiche del lavoro dipendente (a partire dalle tutele). E si potrebbe partire da un accesso generalizzato a tutti i settori del Ssn con un

rapporto libero-professionale parasubordinato a orario fisso per tutti di 38 ore (in parte traducibile in scelte per il settore dell'assistenza primaria, al fine di salvaguardare il rapporto fiduciario). Negli ospedali si dovrebbero prevedere una serie di figure di dirigenti di unità complesse da conferire con i criteri e le modalità concorsuali, passibili di revisione rispetto all'attuale normativa, anche

per differenziare la dirigenza con caratteristica più decisa di "direzione professionale" (si pensi agli attuali dirigenti di unità operativa), dalla dirigenza con caratteristiche più marcatamente gestionali (si pensi ai direttori di dipartimento, di distretto, di presidio ospedaliero). Questi sono solo i binari su cui sviluppare più compiutamente il progetto, ma **il primo passo, oggi, può essere l'immediata instaurazione del ruolo unico con il tempo pieno per chi entra in convenzione con rapporto a 38 ore con il doppio canale di stipendio monte orario e quota capitolaria.** È vero che il contratto unico dei medici italiani richiede un approfondito dibattito e un percorso politico e giuridico che non possono esaurirsi nello spazio temporale di pochi mesi, ma **è giunto il momento di guardare avanti per non rimanere schiacciati tra conservazioni, privatizzazioni e decadenza.**

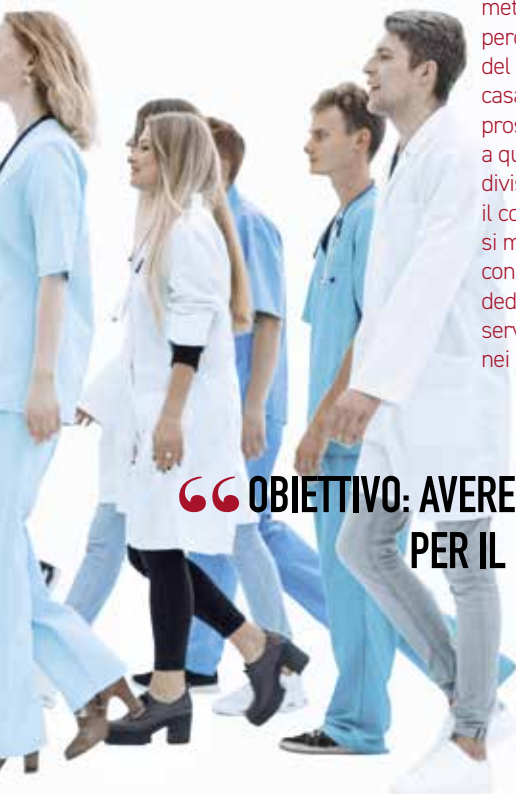
Alla sanità pubblica serve un unico contratto dei medici, declinato in funzioni diverse, ma con tutele, diritti e responsabilità e obiettivi comuni: con l'obiettivo di avere una sola classe dirigente medica per il governo del Ssn. E allora avanti con il cambiamento!

**Uniti, unitari, forti. Tutto quanto auspichiamo si realizzi in forza del Pnrr ruota attorno ad un indispensabile argomento. Chi darà vita, attuazione efficiente e funzionale al nostro sistema sanitario resiliente?**

Entro il 2026 dovranno essere realizzate strutture per organizzare tutte le prestazioni assistenziali extra ospedaliere per l'assistenza primaria e le cure intermedie, nonché per la continuità terapeutica dei cronici e dei malati di demenze e disabilità gravi e gravissime. Per gli ospedali di comunità e le case di comunità e la "connected cure" non basteranno le attuali professioni. La formazione di medici, infermieri e di tutti gli operatori coinvolti dovrà essere rivista e non potrà più essere "fossilizzata" in mansioni contrattualizzate e predeterminate. La metodologia del lavoro in team sarà necessariamente attivata, perché la interoperatività dovrà caratterizzare l'organizzazione del sistema sanitario, dalla filiera interconnessa: domicilio, casa e ospedale di comunità, ospedale, Rsa, hospice...servizi di prossimità, vicini ai cittadini, ininterrotti, 24 ore su 24. Se si pensa a questo "nuovo" Ssn, risulta superato un sistema contrattuale diviso per categorie. Quando la scuola sciopera risulta evidente il coinvolgimento di dirigenti, docenti, amministrativi e ausiliari: si muove un "comparto". Penso che anche la sanità vada considerata, nella sua complessa e articolata platea di personale dedicato, come un unico comparto. Un mondo unito per finalità di servizio pubblico diventa forte per capacità di proposta unitaria, nei confronti dell'opinione pubblica e della classe politica.

Mariapia Garavaglia

**“ OBIETTIVO: AVERE UNA SOLA CLASSE DIRIGENTE MEDICA PER IL GOVERNO DEL SSN ”**



# Non è la giusta soluzione

**Occorre mantenere distinte le peculiarità dei contratti di lavoro - dipendenza e convenzionata - affidandone la gestione ad un'unica Agenzia di intermediazione, con l'obiettivo di identificare alcuni istituti normativi comuni**

di Guido Quici



**D**ue anni di emergenza sanitaria hanno reso palese la necessità di una riforma profonda della sanità italiana e una riflessione attenta sul ruolo dei professioni-

sti della salute. E se le indicazioni dettate dal Pnrr sono parziali ed estremamente vincolanti, poco si è fatto (e si sta facendo) nei riguardi di chi tenta ogni giorno di tenere insieme un sistema sanitario pub-

blico altrimenti destinato alla privatizzazione.

La Federazione Cimo-Fesmed intende allora riproporre con forza gli elementi che ritiene indispensabili per riportare al centro del progetto le necessità e i bisogni di pazienti e professionisti della salute. A partire dai medici, il cui ruolo va valorizzato attraverso una riforma strutturale dei contratti di lavoro e delle modalità di contrattazione: solo così si riuscirà a superare quelle barriere di comunicazione esistenti tra i medici convenzionati e i medici dipendenti e a garantire una vera integrazione tra ospedale e territorio.

Non riteniamo, tuttavia, che la soluzione possa

essere il contratto unico dei medici o il passaggio dei colleghi della medicina convenzionata alla dipendenza. Un'ipotesi, quest'ultima, che anzi consideriamo del tutto irrazionale, perché comprometterebbe definitivamente il rapporto fiduciarioramediticoepaziente estendendo ai medici di medicina generale, ai pediatri di libera scelta e agli specialisti della convenzione quella forma di medicina governata da logiche "gerarchiche" che, oggi, impedisce ai medici della dipendenza l'autonomia nei processi di cura.

Allo stesso modo, il contratto unico dei medici presupporrebbe il passaggio dei Mmg alla dipendenza oppure, viceversa, la fine della dipendenza per gli ospedalieri. **Siamo invece del parere che occorra mantenere distinte le peculiarità dei contratti di lavoro - dipendenza e convenzionata - ma affidandone la gestione ad un'unica Agenzia di intermediazione, con l'obiettivo di identificare alcuni istituti normativi comuni, partendo proprio dagli aspetti organizzativi trasversali al governo delle attività cliniche.** Così facendo, da una parte ciascuna categoria

conserverebbe il proprio stato giuridico, la struttura del proprio salario, la tipologia di rapporto di lavoro, le trattenute previdenziali e così via, dall'altra verrebbero regolati in modo uniforme alcuni aspetti comuni a tutti i medici, quali la formazione, le tutele legali, le regole di contrattazione e forse anche gli obiettivi di budget. In questo modo si renderebbe più agile il dialogo tra le parti e più trasparente l'applicazione della normativa.

Atto imprescindibile e propedeutico a tale cambiamento, **la transizione dei contratti del personale sanitario dipendente del Ssn dalla Funzione Pubblica al Ministero della Salute, pur rimanendo nei ruoli regionali della dipendenza.** Diverse le motivazioni che giustificerebbero il passaggio: in primis, **appare ovvio quanto gli istituti contrattuali della dirigenza sanitaria siano diversi da altri comparti della Pa, ad iniziare dalle modalità di finanziamento nei rinnovi contrattuali, all'orario di lavoro, alla progressione di carriera, fino alla valutazione dei dirigenti.**

In secondo luogo, perché l'organizzazione del lavoro di tutto il personale sanitario, medici dipendenti

**Secondo un'indagine conoscitiva di Cimo Fesmed del marzo 2021 (che ha interessato 142 aziende sanitarie territoriali e ospedaliere), il 98% delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere era ancora "ferma al palo" nella reale applicazione del contratto chiuso nel 2020 e che, spesso, applicava ancora ai medici le condizioni di 15 anni fa, quelle del contratto 2006-09.**

Nella maggior parte dei casi, l'accordo di rinnovo del contratto di lavoro 2016-18 resta del tutto inattuato negli ospedali e nelle strutture sanitarie e territoriali italiane. L'indagine è stata mirata a verificare se fosse stata davvero avviata la contrattazione integrativa e se i principali regolamenti fossero stati adottati proprio nell'ottica di attivare, in periferia, il contratto di lavoro della dirigenza medica e sanitaria. Dall'indagine emerge che la contrattazione integrativa aziendale nell'87,4% dei casi risultava in una fase di "iniziale" o "di stallo", nel 10,2% in una "fase avanzata" e per un misero 1,4% delle aziende sanitarie risultava "conclusa". Meno della metà delle aziende avevano provveduto alla costituzione dei nuovi fondi aziendali seguendo le indicazioni del nuovo contratto.

e convenzionati compresi, dipende dagli indirizzi che il Ministero della Salute emana attraverso il Patto per la Salute, i Lea, gli standard (vedi il Dm 70/15), il piano delle cronicità, le linee guida. Gli stessi indirizzi sono, poi, declinati in processi organizzativi dalle singole regioni, cui compete la gestione diretta della spesa sanitaria.

**Un contratto con il Ministero della Salute garantirebbe quindi ai medici l'alta professionalizzazione della categoria e la specificità del loro ruolo, che deve far fronte a situazioni non standardizzabili e spesso di**

**emergenza. I contratti collettivi di altri settori della Pa esaltano invece la componente gestionale, e mal si sposano con le esigenze del lavoro del medico.**

Il tutto passa attraverso la semplificazione e l'innovazione delle relazioni sindacali, la cui governance dovrà inserirsi nel modello di complementarità tra ospedale e territorio. Queste le chiavi che riteniamo necessarie per far avviare quel processo di modernizzazione del Ssn non limitato alle indicazioni del Pnrr ma di più ampio respiro.

Al di là della realizzazione delle case e degli

ospedali di comunità, si dovrebbe quindi ridiscutere dell'autonomia differenziata, che in questi anni ha fortemente creato disparità nell'accesso alle cure tra i cittadini; si dovrebbe analizzare l'attuale sistema di finanziamento e, non ultimo, si dovrebbe affrontare il modello sanitario di azienda ed il ruolo delle direzioni, spesso avulse dalle esigenze dei cittadini e dei professionisti. Ci viene proposta, invece, una riforma della medicina del territorio senza una contestuale riforma dell'ospedale, perché continua a prevalere la "logica dei silos", con professionisti che continuano a non dialogare tra loro anche a causa degli eterogenei contratti di lavoro. Non sarà certo il contratto unico dei medici a risolvere tale confusione, ma in ogni caso si avverte la necessità di valorizzare le peculiarità dei medici a prescindere dall'attuale stato giuridico, con contratti più confacenti alle reali esigenze partendo proprio da una nuova governance delle relazioni sindacali.

**“ UN CONTRATTO CON IL MINISTERO DELLA SALUTE GARANTIREBBE AI MEDICI L'ALTA PROFESSIONALIZZAZIONE DELLA CATEGORIA E LA SPECIFICITÀ DEL LORO RUOLO ”**

# POSITION PAPER

## HTA e programmi di Screening Neonatale

**Con un emendamento prenatalizio della Commissione V del Senato, la Legge di stabilità ha eliminato la valutazione Hta per le tipologie di Screening Neonatale da introdurre**

*\*..omiss.: Al fine di velocizzare il procedimento di cui al comma 1 dell'articolo 4 della legge 19 agosto 2016, n. 167 eliminare le seguenti parole: "L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.na.s) compie una valutazione di Hta (Health Technology Assessment) su quali tipi di screening neonatale effettuare, sulla base delle evidenze scientifiche anche disponibili a livello internazionale".\**

**A**l legislatore, evidentemente scegliere i migliori interventi diagnostici, e di prevenzione sulla base delle evidenze scientifiche sembrava brutto, molto meglio probabilmente scegliere a caso o sulla base della richiesta dell'uno o l'altro interlocutore. Due anni di pandemia e attenzione continua e dibattiti, sul ruolo della scienza, sulla

complessità delle scelte sui temi di salute, nulla hanno potuto contro la furia iconoclasta, che vede nella scienza un ostacolo, nei ricercatori, dei perditempo, salvo poi affidarsi in maniera salvifica a questa o altra soluzione purché proposta da chi non ha le competenze. Come Società scientifica che ha nei suoi fini primari lo sviluppo e la diffusione dell'Health Techno-

logy Assessment, non possiamo che reagire allo smarrimento e sconforto per aver evidentemente parlato nel deserto in questi 15 anni, e non possiamo farlo che ribadendo ruoli e significato della Hta nella garanzia di qualità e appropriatezza degli interventi di salute, come strumento nobile per la difesa della salute del cittadino anche se neonato.

### Contesto

L'Health Technology Assessment (HTA), come recentemente affermato anche a livello di Unione Europea, è un processo scientifico multidisciplinare basato sull'evidenza che consente alle autorità competenti di determinare l'efficacia relativa delle tecnologie sanitarie nuove o esistenti. L'HTA si concentra specificamente sul Valore aggiunto di una tecnologia sanitaria rispetto ad altre tecnologie sanitarie nuove o esistenti, in termini di efficacia/sicurezza, ma anche di sostenibilità economico-organizzativa e di compatibilità con i valori sociali e l'assetto giuridico del territorio in cui l'HTA è svolto. L'HTA è in grado di contribuire alla promozione dell'innovazione, che offre i migliori risultati per i pazienti e per la società nel suo insieme, ed è uno strumento importante per garantire l'appropriata applicazione ed utilizzo delle tecnologie sanitarie.

Sono innumerevoli, in Italia, le evidenze e gli studi che dimostrano in maniera netta come proprio grazie alle valutazioni di HTA il sistema sanitario è riuscito a garantire con una certa celerità l'introduzione di tecnologie innovative e l'accesso alle stesse da parte dei pazienti così da permettere un miglioramento del livello di salute dei cittadini accompagnato da una sostenibilità del sistema dal punto di vista economico e finanziario. In particolare, l'affermazione ed implementazione sempre crescente dei programmi di prevenzione e di screening oncologico (per i tumori del colon retto, mammella e cervice ute-

rina), che ha permesso, e continua a permettere, di ottenere risultati molto importanti in termini di sanità pubblica e a tutela della salute dei cittadini, è stata possibile proprio grazie allo sviluppo delle valutazioni HTA, che hanno fornito ai decisori gli elementi per determinare il reale Valore aggiunto di questi interventi e delle tecnologie utilizzate, così da poter individuare le risorse da investire. Infatti, proprio grazie ai programmi di screening validati si è stati in grado di diagnosticare precocemente determinate malattie, poter trattare tempestivamente i pazienti con conseguente riduzione della disabilità e delle conseguenze nefaste di queste patologie. Il tutto garantendo una elevata qualità e appropriatezza, un favorevole rapporto beneficio rischio e una capacità di introdurre tempestivamente le innovazioni promettenti, come nel caso del test HPV per lo screening della cervice uterina e della conseguente valutazione dell'efficienza, adottato in Italia, in anticipo rispetto ad altri paesi europei, sulla base di una rigorosa valutazione HTA.<sup>1,2</sup>

## Problematica

Nonostante queste evidenze, ancora persiste purtroppo un ritardo, in alcuni ambiti decisionali, nel ritenere l'HTA lo strumento più adeguato per investire le risorse a disposizione e garantire un accesso rapido alle tecnologie.

Quanto contenuto nella Legge di stabilità in relazione allo Screening Neonatale Esteso (SNE) ne è l'esempio paradigmatico. La decisione, infatti, di emendare quanto previsto dal comma 2, articolo 4, della legge 19 agosto 2016, n. 167 (l'Age.na.s. compie una valutazione di HTA su quali tipi di screening neonatale effettuare) stupisce la comunità scientifica, e la Sihta nello spe-

cifico, proprio alla luce del fatto che la valutazione di HTA, come avviene solitamente, avrebbe permesso di rendere disponibili le evidenze relative alle tipologie di screening da effettuare anche con riferimento alle risorse necessarie per rendere questa prestazione efficiente oltreché efficace. In assenza di una valutazione di HTA si navigherà a vista con il rischio di non riuscire ad individuare il miglior percorso tanto nell'interesse dei pazienti che del sistema sanitario in termini di sostenibilità. L'eliminazione della obbligatorietà di effettuare valutazioni HTA per l'introduzione di nuovi test nel pannello per lo SNE a parere della nostra Società Scientifica è, quindi, un emendato controcorrente, sia rispetto a tutto quello che invece è il quadro normativo europeo (HTA Regulation approvato dal Parlamento Europeo il 13/12/2021<sup>3</sup>), che a quanto previsto dalla Legge 53/2021<sup>4</sup> all'articolo 15 e dalla Legge 208/2015<sup>5</sup> al comma 557 per quanto riguarda l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

In sostanza, la proposta di emendamento, oltre ad essere controcorrente con quanto previsto dalla Legge 208, non andrebbe altro che a ritardare l'inserimento dei nuovi test nel programma SNE.

Infatti, poi, almeno a norma di legge, la Commissione LEA "... si avvale delle valutazioni HTA su tecnologie sanitarie e biomediche e su modelli e procedure organizzativi...", "...valuta l'impatto economico delle modifiche LEA", e "valuta che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le regioni con lo stesso standard di qualità...".

In un contesto complesso ed articolato come quello degli screening neonatali, in cui l'utilizzo delle tecnologie diagnostiche è fortemente connesso con i modelli organizzativi dello

screening, l'assenza di una valutazione multidimensionale come quella HTA, che lega l'efficacia ai costi, all'organizzazione oltre che agli impatti etici, sociali e giuridici, genera il rischio di introdurre gli screening in una maniera disomogenea e disarticolata nei diversi contesti regionali, riducendone la potenziale efficacia e creando differenze nella equità di accesso nelle diverse realtà territoriali, oltre che potenziali rischi di prestazioni inappropriate. Per evitare questo la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA, ai sensi appunto del comma 557 della legge 208 dovrebbe poi comunque procedere ad una valutazione HTA che, non essendo fatta prima (a seguito di quanto emendato), andrebbe fatta dopo quando la proposta arriva in sede di Comitato LEA dilazionando così ulteriormente i tempi, con evidenti ricadute negative per i pazienti e la società nel suo complesso.

## Focus

Come Società Scientifica non possiamo far notare come forse sia arrivato il momento nel nostro Paese di fare chiarezza su come si intendano prendere importanti decisioni di politica sanitaria e di allocazione delle risorse: se dare peso all'evidenza scientifica – ascoltando il parere degli stakeholder in un processo regolato e tempestivo – oppure lasciare spazio a decisioni basate sulla convenienza politica di questa o quella parte o di alcuni portatori di interesse in quel momento più forti di altri che, però, non necessariamente assicurerebbero il bene comune. Non si può continuare, a nostro avviso, a dare indicazioni contraddittorie sul ruolo che l'HTA deve avere nel contesto del nostro SSN.

Noi siamo convinti che l'avvio e l'implementazione di un sistema di HTA che sia realmente in

grado di svolgere il proprio compito non è più procrastinabile. È arrivato il momento di dire con chiarezza se vi è o meno l'intenzione di avviare una attività di HTA come già fanno la maggior parte di tutti i Paesi con sistemi sanitari di tipo universalistico come il nostro e maggiormente sviluppati. Ed è importante far comprendere ai cittadini che fare HTA non vuol dire frenare l'innovazione, ma è lo strumento per accelerare l'adozione di ciò che è realmente di valore.

E se questa intenzione vi è, allora debbono essere implementate tutte quelle azioni previste dalle norme come, ad esempio, quello di avviare in maniera operativa il Programma Nazionale HTA, come previsto dalla Legge 53/2021 con risorse adeguate come previsto dalla stessa legge e per cui è necessario che sia emanato un decreto delegato di cui siamo in attesa dallo scorso aprile 2021, oppure di implementare l'Agenzia Italiana di HTA che SIHTA ha proposto nel 2020 a seguito delle decisioni prese in sede di Conferenza Stato-Regioni con l'ultimo Patto per la Salute del 2019.

### Consiglio Direttivo SIHTA

1. Ronco G et al. HTA report. Ricerca del DNA del Papilloma Virus umano come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo dell'utero Epidemiologia e Prevenzione 2012; 36 (3-4, S1)
2. Mennini FS, et al. Governance of preventive Health Intervention and On time Verification of its Efficiency: the GIOVE Study. BMJ Open, 2012, DOI: 10.1136/bmjopen-2011-000736
3. Regolamento (UE) 2021/2282 del Parlamento europeo e del Consiglio del 15 dicembre 2021 relativo alla valutazione delle tecnologie sanitarie e che modifica la direttiva 2011/24/UE. Gazzetta Ufficiale della Unione Europea del 22/12/2021. In: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=OJ.L.2021:458:TOC>
4. LEGGE 22 aprile 2021, n. 53. Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020. (21G00063) (GU Serie Generale n.97 del 23-04-2021). In: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2021/04/23/21G00063/SG>
5. LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208. Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016). (15G00222) (GU Serie Generale n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70). In: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/12/30/15G00222/sg>

# Tre scelte fondamentali

La Legge Delega sulla disabilità può costituire un passo importante verso l'attuazione della Convenzione Onu. Tutto dipende dalla capacità che avrà la politica di mettere in campo decreti attuativi e stanziamenti idonei a dare gambe forti alla Delega

di LISA NOJA

Il 31 dicembre 2021 è entrata in vigore la Legge 22 dicembre 2021, n. 227 recante Delega al Governo in materia di disabilità, che rappresenta l'attuazione di una delle riforme previste dalla Missione 5 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Il Provvedimento è stato approvato poco più di un mese e mezzo dopo la sua presentazione da parte del Governo, poiché gli accordi con la Commissione europea sull'attuazione del Pnrr prevedevano la scadenza del 31 dicembre 2021, pena la perdita dei fondi europei relativi anche alla disabilità. Consapevoli della necessità di rispettare tale

termine, tutti i gruppi parlamentari, di maggioranza e opposizione, in sinergia con la Ministra per le Disabilità, Erika Stefani, si sono impegnati in uno sforzo corale di piena collaborazione che ha consentito di approvare la Legge Delega non solo nei tempi richiesti ma anche all'unanimità, in entrambe le Camere.

Venendo al merito, il provvedimento non costituisce una legge quadro, ma una specifica delega al Governo che si concentra su alcuni aspetti definiti dal Pnrr, tra cui particolare rilevanza assumono la riforma delle procedure di accertamento della condizione di disabilità e la promozione

di progetti di vita indipendente.

Entro tale perimetro, la Legge Delega compie alcune scelte fondamentali. Anzitutto si assume finalmente nella disciplina sull'accertamento la definizione di disabilità sancita dalla Convenzione Onu, che supera il modello medico incentrato sulla patologia e si riferisce, invece, al risultato dinamico della interazione tra la menomazione, le caratteristiche individuali della persona e l'ambiente.

La seconda scelta fondamentale attiene all'introduzione

di una distinzione tra una valutazione di base della disabilità ed una successiva valutazione multidimensionale finalizzata al progetto di vita indipendente. Coerentemente con i principi sanciti dalla Convenzione Onu, ai fini di tali valutazioni, si pre-



**“ SENZA IL PROTAGONISMO DELLA PERSONA NESSUN PROGETTO CHE RIGUARDI LA SUA VITA POTRÀ MAI ESSERE CONSIDERATO RISPETTOSO DELLA SUA DIGNITÀ ”**

vede l'adozione della Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute ("Icf"), congiuntamente alla versione adottata in Italia della Classificazione internazionale delle malattie ("Icd") dell'Organizzazione mondiale della sanità.

La Delega prevede quindi che, in conformità alle classificazioni Icd e Icf, dovranno essere progressivamente aggiornate le definizioni, i criteri e le modalità di accertamento dell'invalidità previsti dal decreto ministeriale del 5 febbraio 1992, fondate sulle percentuali di invalidità, ormai del tutto inadeguate. In sede di esame parlamentare, sono state inserite specifiche clausole di salvaguardia, perché in questa progressivo e necessario aggiornamento nessuno perda alcun degli attuali benefici.

La terza scelta fondamentale riguarda l'esplicita previsione nella Delega che la valutazione di base accerti le necessità di sostegno e di sostegno intensivo della persona. Si supera così il modello incentrata sulla gravità della cosiddetta "minorazione" (termine ormai inaccettabile) per passare all'approccio della Convenzione Onu, secondo cui occorre promuovere e proteggere i diritti umani di tutte le persone con disabilità, incluse quelle che richiedono un

maggiore sostegno.

E sempre per conformare il sistema alla Convenzione Onu, finalmente sono stati previsti percorsi valutativi distinti per le persone anziane, gli adulti e i minori, assicurando l'adozione di criteri idonei a tenere nella dovuta considerazione anche le differenze di genere. Una prospettiva, quella di genere, che ad oggi, non aveva mai trovato spazio nei processi valutativi riguardanti la disabilità.

Quanto alla valutazione multidimensionale successiva a quella di base, certamente il progetto personalizzato esiste sulla carta dalla Legge 328/2000. Tuttavia, con la Delega si mira a creare le condizioni "procedurali" affinché finalmente si realizzi un sistema effettivamente

capace di individuare i sostegni e gli accomodamenti ragionevoli che, in concreto, consentano alla persona con disabilità di vivere la vita che si è scelta per sé. In questa chiave, assume particolare rilievo la modifica parlamentare che ha introdotto specifiche garanzie affinché, anche ove sia soggetta a una misura di protezione giuridica o abbia necessità di sostegni ad altissima intensità, la persona sia sempre messa in condizione, al massimo delle sue possibilità, di esprimere la propria volontà e di comprendere quanto le viene proposto. Perché senza il protagonismo della persona nessun progetto che riguardi la sua vita potrà mai essere considerato rispettoso della sua dignità.

Si prevede inoltre l'istituzione del Garante delle persone con disabilità, un organo indipendente con competenze di vigilanza ispirate al modello del garante delle persone in stato di detenzione.

In conclusione, questa Legge Delega non rappresenta una rivoluzione copernicana, ma può costituire un passo fondamentale nella direzione indicata dalla Convenzione Onu. Ciò dipende dalla capacità che avrà la politica di mettere in campo decreti attuativi e stanziamenti idonei a dare gambe forti alla Delega. Diversamente essa rischia di restare un esercizio astratto e di non incidere sulla vita degli oltre 3 milioni di persone con disabilità del nostro Paese.

**La Convenzione sui diritti delle persone con disabilità (Cdpd) è stata adottata il 13 dicembre 2006 a New York dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite. Attraverso i suoi 50 articoli, la Convenzione indica la strada che gli Stati del mondo devono percorrere per garantire i diritti di uguaglianza e di inclusione sociale di tutti i cittadini con disabilità.**

#### **L'Articolo 3 "Principi generali" della Convenzione Onu**

I principi della presente Convenzione sono:

- a) il rispetto per la dignità intrinseca, l'autonomia individuale, compresa la libertà di compiere le proprie scelte, e l'indipendenza delle persone;
- b) la non discriminazione;
- c) la piena ed effettiva partecipazione e inclusione nella società;
- d) il rispetto per la differenza e l'accettazione delle persone con disabilità come parte della diversità umana e dell'umanità stessa;
- e) la parità di opportunità;
- f) l'accessibilità;
- g) la parità tra uomini e donne;
- h) il rispetto dello sviluppo delle capacità dei minori con disabilità e il rispetto del diritto dei minori con disabilità a preservare la propria identità.

# L'Italia **attanagliata** in un paradosso

**I giovani vogliono metter su famiglia e desiderano i figli, ma hanno paura del futuro, o meglio dell'incertezza del futuro. È questo il cuore del problema su cui bisogna ragionare e trovare soluzioni, tutti insieme. Come invertire la drammatica tendenza sulla denatalità nel nostro Paese**



di LUIGI ORFEO

**P**erché in Italia nascono sempre meno bambini? E cosa si può fare per invertire questa tendenza? Sono due delle domande sempre più ricorrenti negli ultimi mesi che però continuano a restare senza risposta. Come neonatologi abbiamo fatto nostra questa tematica già da qualche anno e siamo stati tra i primi a lanciare l'allarme sulla denatalità oltre le mere statistiche, perché siamo da sempre in prima linea, abbiamo un osservatorio privilegiato, essendo a contatto quotidianamente con le giovani coppie, da cui raccogliamo ansie e preoccupazioni, ma anche aspettative. Sembra strano, ma sono proprio lo-

ro che bisognerebbe ascoltare di più e da cui potrebbero venire le indicazioni per affrontare al meglio il problema. Chi ha scelto di avere un bambino, infatti, tranne che in pochi casi, ha gli stessi problemi di chi ha paura di farlo o rinvia la decisione! L'Italia è attanagliata in un paradosso: i giovani vogliono metter su famiglia e desiderano i figli, ma hanno paura del futuro, o meglio dell'incertezza del futuro. È questo il cuore del problema su cui bisogna ragionare e trovare soluzioni, tutti insieme. Per questo, insieme alla So-

cietà Italiana di Ginecologia ed Ostetricia (Sigo), abbiamo lanciato l'idea di un tavolo di lavoro governativo multidisciplinare, che operi tempestivamente su questo tema e possa costituire un valido strumento per valutare gli ulteriori interventi da implementare per affrontare una situazione che peggiora sempre più, anche a causa della pandemia in corso. Come neonatologi (ma anche come genitori) siamo molto preoccupati, ma non abbiamo perso la speranza e siamo convinti che possiamo uscire da quello che Papa Francesco ha definito



**“ SERVE UN PIANO DI INIZIATIVE IN GRADO DI RASSICURARE I GIOVANI SUL FUTURO, LA VERA, GRANDE INCERTEZZA ”**



“inverno demografico” che stringe l’Italia. La speranza ci viene da tutte quelle coppie che, tra mille difficoltà, hanno voluto un bambino e che, pur senza troppe certezze, hanno messo su famiglia. Ma anche dalla svolta impressa dal Parlamento con il Family act che, per la prima volta, non propone iniziative estemporanee, ma un piano di più ampio respiro. L’obiettivo è ormai chiaro a tutti: serve un piano di iniziative in grado di assicurare i giovani sul futuro, la vera, grande incertezza. Siamo il popolo più vecchio al mondo, con una elevata vita media, che

fa però aumentare le necessità di welfare e sanità per la popolazione più anziana e questo va a discapito dei più giovani. È saltato il patto generazionale che accompagnava nel tempo il passaggio dai padri ai figli perché ci siamo concentrati troppo sulle tutele per gli anziani e poco sulle necessità dei giovani. Rispetto al resto d’Europa, facciamo figli sempre più tardi (età al primo figlio > 32 anni), con una percentuale di rinunce sempre maggiore (le coppie senza figli sono passate dall’11% a oltre il 22%). La pandemia ha peggiorato il tutto: l’indice di fertilità che era circa 1.4 nel 2018, è sceso a circa 1.3 nel 2019 e poi

a 1.24 nel 2020 (1,18 nelle donne italiane).

Sono ancora insufficienti le politiche economiche e sociali per le giovani coppie, che rendano più facile programmare la nascita di un figlio, che aiutino la donna a conciliare lavoro e famiglia. Noi per aiutare queste mamme e questi papà ce la stiamo mettendo tutta e negli ultimi 15 anni abbiamo cercato di potenziare e migliorare l’assistenza neonatale e perinatale, creando le condizioni favorevoli per accompagnare prima e supportare poi i genitori nella loro scelta. Se oggi registriamo le più basse mortalità neonatali al mondo e i nostri centri nascita, le

Neonatalogie e le Terapie Intensive Neonatali (Tin) sono all’avanguardia vuol dire che abbiamo fatto, tutti insieme, un grande lavoro. Ma c’è ancora un ampio margine di miglioramento per la sicurezza del percorso nascita e l’omogeneità delle cure. Esistono infatti ancora grandi differenze tra regioni del nord del sud Italia, ma anche all’interno dello stesso territorio, tra i grandi ospedali metropolitani e i più piccoli di provincia. C’è ancora molto da fare sulla razionalizzazione della rete dei punti nascita e gli “Standard Organizzativi per l’Assistenza Perinatale”, realizzati di recente dalla Sin, insieme alle principali società scientifiche dell’area materno-infantile ed a prestigiose università, possono rappresentare un punto di riferimento per migliorare l’offerta sanitaria e garantire la maggiore sicurezza possibile a mamma e neonato.

Quella della crisi demografica, a mio avviso, è una vera emergenza che va affrontata con i modi ed i tempi dell’emergenza ma con un approccio di ampio respiro che coinvolga tutta la società italiana e che sia basato su un profondo patto intergenerazionale.

In neonatologia sono la base del nostro futuro ed è proprio da loro che dobbiamo partire, concentrando energie e risorse, per rendere l’Italia un paese “a misura di famiglia”.

**Gli Standard Assistenziali Europei per la Salute del Neonato, insieme agli Standard Organizzativi per l’Assistenza Perinatale della Sin, sono un prezioso contributo di conoscenza, uno strumento utile per chiunque, professionista che opera nell’ambito sanitario o decisore politico, desideri utilizzare un approccio all’assistenza perinatale partendo da solide basi culturali, per migliorare la nostra già buona offerta sanitaria.**

Gli **Standard Assistenziali Europei per la Salute del Neonato** sono un progetto interdisciplinare per la cura dei neonati prematuri in collaborazione tra professionisti e stakeholders, e, per la prima volta, i pazienti (genitori) sono stati coinvolti in ogni fase. Il progetto è stato realizzato, infatti, da un gruppo di lavoro internazionale ed interdisciplinare di 220 esperti provenienti da più di 30 paesi; è stato supportato da 108 società e associazioni sanitarie e da 50 organizzazioni di genitori; nel 2018 è stato presentato al Parlamento Europeo a Bruxelles.

Il Libro sugli **Standard Organizzativi per l’Assistenza Perinatale** si propone di offrire, a tutti gli operatori impegnati nell’assistenza neonatale e ai decisori istituzionali, uno strumento che fornisca indicazioni e suggerimenti per gli aspetti tecnici ed organizzativi, utili per migliorare i contesti assistenziali e di conseguenza le prestazioni rese, con indicazioni e suggerimenti su risorse, strumenti da utilizzare ed obiettivi da raggiungere. Gli Standard definiti per la riorganizzazione ed il miglioramento riguardano diverse aree.



**È** ormai evidente, e ne riceviamo continue conferme, che la pandemia da Covid-19 non può essere considerata solo un intervallo nella vita ordinaria, ma una condizione sanitaria destinata a protrarsi che non potrà non avere conseguenze importanti, sulla vita di ciascuno e naturalmente anche sul sistema di welfare e sulla sanità in particolare. Vero è che, nonostante difficoltà, incertezze ed errori, il nostro sistema sanitario ha retto e si è adoperato a dare risposte alle necessità imposte dalla pandemia, spesso in chiave emergenziale, ottenendo un riconoscimento positivo dagli italiani. I dati del Rapporto sulla situazione sociale del Paese del Censis mettono in luce che il 77,0% degli italiani valuta nel complesso adeguato l'operato del Servizio sanitario da quando è iniziata l'emergenza sanitaria. Meno positivo è il giudizio sulla comunicazione durante la pandemia ed in particolare solo la metà degli italiani valuta positivamente la

# Nell'emergenza continuata

**Nonostante difficoltà, incertezze ed errori, il nostro Sistema sanitario ha retto e si è adoperato a dare risposte alle necessità imposte dalla pandemia, spesso in chiave emergenziale, ottenendo un riconoscimento positivo dagli italiani**

di KETTY VACCARO

presenza mediatica degli esperti medici. In ogni caso, già a partire dalla fase iniziale che, a fronte di uno spaesamento collettivo, ha imposto

misure più o meno drastiche (dal confinamento all'utilizzo dei presidi al distanziamento, dalle misure di differenziazione territoriale alla serrata

campagna vaccinale fino all'istituzione del Green Pass e dell'obbligo vaccinale per gli over 50), la stragrande maggioranza degli italiani ha dimostrato di voler aderire alle indicazioni delle istituzioni sanitarie e di governo. Emblematico, in tal senso, il dato su coloro che hanno completato il ciclo vaccinale primario, che ammontano, nella prima settimana del 2022, al 78,8% della popolazione. Sono dunque minoritarie, anche se preoccupanti, le quote di chi esprime valutazioni negative sulla vaccinazione: per il 10,9% il vaccino è inutile e ineffi-



cace mentre per il 31,4% è un farmaco sperimentale e le persone che si vaccinano fanno da cavie.

L'attestazione di fiducia espressa nei confronti della sanità italiana si associa anche ad importanti cambiamenti di indirizzo politico. L'emergenza protratta in cui ci ha costretti la pandemia ha infatti dato luogo ad una importante discontinuità rispetto alle politiche sanitarie del passato: intanto importanti investimenti dopo anni di spending review e mancati incrementi di spesa, poi una nuova attribuzione di ruolo e una maggiore attenzione agli operatori, veri protagonisti della resilienza del sistema, ma anche una implementazione, sia pure in chiave emergenziale, di riorganizzazioni annunciate e mai realmente avviate, come quelle della sanità digitale o dei servizi di prossimità.

A questo sforzo del pubblico si è però affiancato il consueto impegno delle famiglie nelle forme di assistenza storicamente più scoperte, come quelle delle malattie croniche a forte impatto assistenziale, ancor più minacciate in questi ultimi due anni dalla necessità di concentrare gli interventi dei servizi sanitari sulla gestione della pandemia.

Nei fatti, per il 46,3% degli italiani in questo periodo di pandemia e soprattutto

### La riscoperta della solidarietà.

Un terzo degli italiani ha partecipato ad iniziative di solidarietà legate all'emergenza sanitaria, aderendo alle raccolte fondi per associazioni non profit, per la Protezione civile o a favore degli ospedali. Quasi un terzo di coloro che si sono attivati ha svolto personalmente attività gratuita in associazioni di volontariato impegnate nella lotta al Covid.

### La gestione dell'emergenza da parte delle istituzioni

COSA PENSANO GLI ITALIANI



## “ MATURANO LE ASPETTATIVE DEI CITTADINI SULLA SANITÀ POST-COVID ”

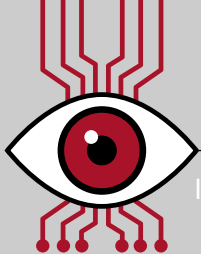
durante le chiusure, l'unica modalità di relazione con il proprio medico curante è stata attraverso contatti telefonici o in tele-visita. Ed il dato diventa maggioritario (51,2%) proprio nel caso delle persone affette da malattie croniche, con più marcate necessità di controllo continuato, che in misura maggiore indicano anche di aver rinunciato a visite o esame programmati (42,3% contro una media di 31,1%). E se è vero che la metà degli intervistati (49,8%) ritiene che l'assistenza ospedaliera garantita per la cura della Covid-19 sia stata ottima e/o buona, meno positive sono le valutazioni per l'assistenza fornita dagli ospedali per la cura delle altre malattie, con solo il 28,6% del campione che la giudica ottima o buona ed una quota simile solo sufficiente.

Similmente, l'operato dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali per far fronte a tutte le altre malattie è considerato positivamente dal 37,3% degli intervistati, mentre il 30,8% esprime un giudizio di sufficienza. Certo, la pandemia ha accentuato il senso di vulnerabilità sul tema della salute e della sua tutela. Il 40,3% degli italiani si sente insicuro pensando alla propria salute e alla futura necessità di dover ricorrere a prestazioni sanitarie mentre il 33,9% non si sente sicuro rispetto a un'eventuale condizione di non autosufficienza.

Nello scenario che è possibile prefigurare, di questi timori sulla capacità di tutela collettiva della salute bisognerà tener conto, anche perché accanto al riconoscimento dell'eccezionale sforzo compiuto, stanno

maturando le aspettative dei cittadini sulla sanità post-Covid. Il 94,0% ritiene indispensabile avere sul territorio strutture sanitarie di prossimità, con medici di medicina generale, specialisti e infermieri cui potersi rivolgere sempre in caso di bisogno. Per il 70,3% è prioritario un più ampio ricorso al digitale e alla telemedicina per effettuare controlli, diagnosi e cure a distanza.

Si tratterà quindi di vedere, pur a fronte degli ingenti investimenti previsti, quali tra i mutamenti imposti dalla pandemia e auspicati dai cittadini si riveleranno temporanei o legati all'urgenza e quali invece saranno destinati ad affermarsi, determinando un mutamento efficace dell'assetto del sistema in grado di garantire forme di tutela adeguate ai cambiamenti epidemiologici ed ai nuovi assetti dei bisogni sanitari nello scenario del post pandemia.



# È ora della CONNECTED CARE



Il Pnrr per lo sviluppo di un ecosistema che permette al paziente di **accedere alle informazioni sanitarie attraverso piattaforme digitali integrate o interoperabili** e di **condividere tali informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura**

di MARIANO CORSO, CHIARA SGARBOSSA

**L**a pandemia ha reso ancora più evidenti alcune criticità strutturali che contraddistinguono il nostro Sistema Sanitario. Tra queste, in particolare, si segnalano la disparità nell'accesso ai servizi sanitari a livello socioeconomico e geografico, la ridotta integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali e i tempi di attesa elevati per l'accesso ad alcune prestazioni sanitarie. Proprio per affrontare e risolvere queste criticità, il Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (Pnrr) prevede un'intera sezione (Missione 6) di riforme e investimenti dedicati al settore salute. Sono previsti, in particolare, 7 miliardi per lo sviluppo delle Reti di prossimità, strut-

ture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e 8,63 miliardi per l'innovazione, la ricerca e la digitalizzazione del Ssn. È ormai evidente come un sistema sanitario sostenibile, resiliente, equo, non possa prescindere dalla necessità di ripensare i servizi e i processi con il digitale, integrandoli e modellandoli sulle esigenze dei vari attori che opera-

no nel settore, in primis i professionisti sanitari, ma anche i cittadini/pazienti. Secondo l'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano il modello a cui tendere è quello della "Connected Care": un ecosistema che permetta al paziente di accedere alle informazioni sanitarie attraverso piattaforme digitali integrate o interoperabili e di condividere

tali informazioni con tutti gli attori coinvolti nel processo di cura (medici e infermieri, operatori sanitari sul territorio e a domicilio, farmacie, assicurazioni, ecc.). Allo stesso modo anche i diversi attori che entrano in contatto con il paziente possono essere connessi tra di loro e avere a disposizione la storia clinica del paziente per prendere le migliori decisioni. Il Pnrr rappresenta da questo punto di vista un'eccellente opportunità perché finanzia due investimenti fondamentali, il Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse) e la Telemedicina. Il Fse rappresenta la piattaforma che, integrando e rendendo disponibili in modo selettivo e sicuro tutte le informazioni cliniche sul paziente, può abilitare la Connected Care, permettendo di sviluppare servizi innovativi persona-

**“ GLI INVESTIMENTI DEL PNRR POTRANNO DARE FORTE SPINTA ALL'INNOVAZIONE DIGITALE IN SANITÀ ”**

lizzati e di disporre di dati per effettuare analisi predittive. Secondo l'ultima ricerca dell'Osservatorio, svolta in collaborazione con Doxapharma, benché il Fse sia attivo in tutte le Regioni italiane, solo il 38% della popolazione ne ha sentito parlare e appena il 12% lo utilizza. Per avviare a questo stato di fatto, il Pnrr dedica 1,38 miliardi per il "potenziamento del Fse al fine di garantirne la diffusione, l'omogeneità e l'accessibilità su tutto il territorio nazionale da parte degli assistiti e operatori sanitari".

La seconda leva, a cui il Pnrr dedica 1 miliardo di finanziamenti è la Telemedicina. Questa rappresenta un formidabile mezzo per rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale e ridurre i divari geografici, migliorando l'esperienza di cura. La pandemia ha spinto fortemente l'interesse e l'utilizzo della Telemedicina: se prima dell'emergenza l'utilizzo dei principali servizi superava di poco il 10%, durante l'emergenza ha superato per molte applicazioni il 30%. Un'ulteriore conseguenza positiva è stata l'evoluzione normativa: il 17 dicembre 2020 la Conferenza Stato-Regioni ha approvato le indicazioni nazionali sulla Telemedicina, che definiscono le regole

per l'erogazione da remoto di alcune prestazioni sanitarie, stabilendo che la tariffazione delle prestazioni svolte in Tele-visita sia la stessa delle visite in presenza; il 18 novembre 2021 sono state approvate anche le indicazioni sulla Tele-riabilitazione: anche in questo caso le prestazioni da remoto sono tariffate alla pari di quelle in presenza.

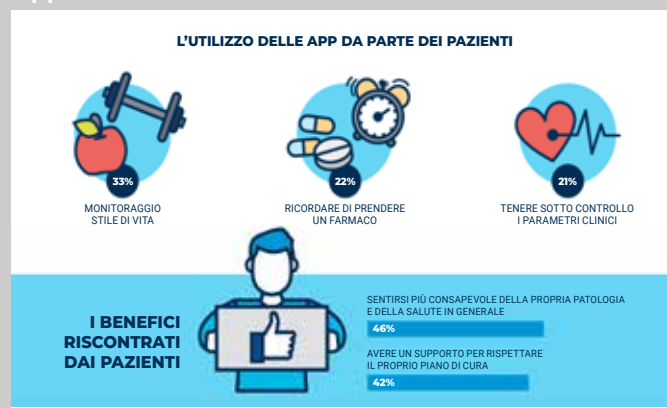
Nei prossimi mesi gli investimenti del Pnrr potranno dare una forte spinta all'innovazione digitale della Sanità italiana. Affinché gli investimenti vadano nella giusta direzione occorrerà, però, lavorare su alcuni aspetti. Innanzitutto, è necessaria la co-progettazione dei servizi, direttamente con gli utenti (medici, pazienti, ecc.) per tradurre le loro diverse esigenze in servizi di valore per tutti gli attori del sistema. Poi, è fondamentale il rafforzamento della governance delle iniziative di Sanità digitale per superare quella frammentazione di iniziative a livello locale e regionale che ha contraddistinto il nostro sistema sanitario fino ad oggi. Infine, serve lo sviluppo di cultura e competenze digitali di tutti gli "utenti" della Sanità, affinché possano sfruttare al meglio e con consapevolezza le poten-

## Fascicolo sanitario elettronico



Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità e Doxapharma

## App della salute



Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità | Campione: 351 pazienti

## Canali di comunicazione digitale Pazienti/Medici



Fonte: Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità | Campione: 409 pazienti

zialità del digitale. Solo così saremo in grado di cogliere l'opportunità storica che oggi ci è offerta di costruire quella sanità universale, innovativa e

sostenibile che abbiamo capito essere una condizione imprescindibile per lo sviluppo di una società e di un'economia giusta e resiliente.

**R**ipresa e resilienza sono tra le parole maggiormente pronunciate e utilizzate in questi ultimi mesi.

Rappresentano la promessa di un Piano straordinario, definito un nuovo Piano Marshall, che dovrebbe essere lo strumento attraverso il quale il nostro Paese, ferito dalla pandemia ma, prima ancora, da una condizione critica dal punto di vista economico e sociale, riesca a risollevarsi.

Il Pnrr è un piano che trae le sue dimensioni economiche non da uno Stato esterno alla nostra Europa (come, invece, era il Piano Marshall) ma dall'Europa stessa, da tutti noi.

Si tratta di una differenza di non poco conto, che non deve essere sottovalutata.

Il Pnrr è, cioè, la sintesi di un possibile rinascimento economico europeo, che necessita di una strategia comune di sviluppo sostenibile, nella consapevolezza, acquisita e messa in risalto dalla Pandemia Covid-19, che il futuro degli Stati Membri è interdipendente. È l'Europa che aiuta l'Europa. È l'Italia che aiuta l'Italia.

Stiamo, comunque, parlando di un possibile rinascimento: qualcosa che deve essere costruito da tutti e che non è per nulla scontato. Oggi, in ogni caso, grazie al Pnrr, ab-

# Un possibile rinascimento

**Grazie al Pnrr abbiamo un'occasione concreta di dare una risposta maggiormente adeguata alle esigenze di cura della popolazione.**

**La ripresa e resilienza delle due componenti, pubblica e privata, del Ssn**

di BARBARA CITTADINI

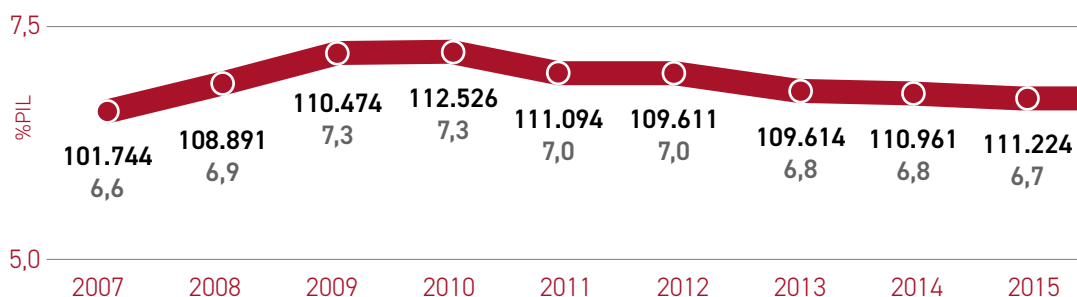
biamo un'occasione concreta di dare una risposta maggiormente adeguata alle esigenze di cura della popolazione, garantendo la presa in carico globale della persona attraverso, tra le altre cose, differenti tipologie di assetti assistenziali. Si tratta, in altri termini, dell'opportunità

di riorganizzare il nostro Ssn, valorizzando, anche, il ruolo della componente di diritto privato del Ssn che, soprattutto in questo anno, ha dato un'ulteriore dimostrazione di essere una parte fondamentale del sistema e che Aiop è orgogliosa di rappresentare. Aiop e le strutture che

rappresenta, condivide il traguardo di fondo che l'Italia si pone, sul fronte della sanità, per tramite del Pnrr: rilanciare il Ssn, renderlo più efficiente, più accessibile alle persone, migliore di quello che è oggi, meno disomogeneo nella sua offerta complessiva.

Sono obiettivi che la componente di diritto privato del Ssn sente propri e per i quali si è, sempre, impegnata, e continuerà a farlo in piena sintonia con i traguardi da raggiungere.

L'Italia è caratterizzata da un Ssn riconosciuto in tutto il mondo come uno dei pochi Sistemi che, nel garantire la salute come diritto, riesce a raggiungere adeguati risultati in termini di salute e, al contempo, si caratterizza per una spesa



Fonte: MEF, documenti di Economia e Finanza (Analisi e tendenze della Finanza Pubblica; aprile 2019, aprile 2021 e NADEF settembre 2021)

sanitaria pubblica, in rapporto al Pil, relativamente contenuta.

Le risorse complessivamente stanziati dal Pnrr per la Missione 6 sono più di 20,3 miliardi di euro. Una simile disponibilità di fondi non può e non deve essere dispersa. Ragione per la quale, l'entusiasmo nei confronti delle possibilità che ci vengono offerte, non può renderci miopi rispetto alle criticità che già si profilano all'orizzonte.

**L'Associazione Italiana Ospedalità Privata rappresenta 577 strutture sanitarie private di ricovero e cura con 63.000 posti letto.** Il 92% delle strutture e l'89% dei P.L. sono accreditati con il Ssn, ricoverando un milione di degenti l'anno, per più di 8 milioni di giornate di degenza, con un'incidenza del 14% sull'intero monte di giornate di degenza ospedaliera, assorbendo il 6,8% della spesa ospedaliera pubblica. Per esplicitare questa attività le associate si avvalgono di 12mila medici, 28mila infermieri e tecnici e 33mila operatori.

Se si analizza la spesa pubblica del Paese, a partire dal 2007 sino al 2024, con le proiezioni date dall'ultima Nedef 2021, si evince che nel biennio 2010/11 il rapporto della spesa sul Pil si attestava al 7.3%, dato inferiore del 2% rispetto a quello della Francia e Germania, per stabilizzarsi, nel 2017-2019, al 6,5%, valore riscontrabile in Paesi come la Croazia. Con queste risorse si finanziano le prestazioni che il Ssn eroga in tutta Italia.

Nel 2020, poi, c'è stato un innegabile incremento di risorse, dovuto agli investimenti straordinari legati alle misure emergenziali. Se però, oggi, leggiamo la Nedef '21, coordinandola con l'ultima Legge di Bilancio, rileviamo, nuovamente, una riduzione della spesa in termini di Pil, a partire dal 2022 che, nel 2024, avrà un valore simile a quello del 2019. Quanto appena rappresentato significa che le prestazioni che noi potremo erogare, pur con gli incrementi del Fns di cui alla Legge di Bilancio

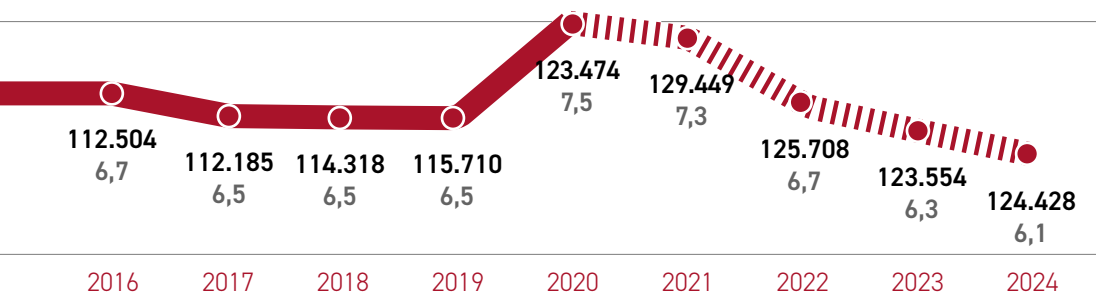
## “ ABROGHIAMO LA DISPOSIZIONE CHE HA AVVIATO LA SPENDING REVIEW ”

2022-2024, avranno un valore minore della somma di tutte le prestazioni già erogate nel 2019, quando non'erano le progettualità e le disponibilità in conto capitale previste dal Pnrr. Saremo nella condizione di gestire un numero maggiore di strutture ma con gli stessi fondi. Questo problema è, strettamente, connesso a una battaglia che, come Aiop, combattiamo da lungo tempo: il superamento del tetto previsto, sine die, dall'art. 15, co. 14 del DL 95/2012. Il provvedimento che ha dato avvio alla cosiddetta spending review. La proposta di Aiop è semplice: abrogare questa disposizione, con la quale si prevede, sine die, un limite massimo all'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza ambulatoriale ed ospedaliera dalla componente di diritto privato del Ssn, limite che attualmente è pari al valore della spesa consuntivata nel 2011. Per effetto di questa disposizione, sistematicamente

derogata dal Legislatore quando occorre ovviare ad un problema, le Regioni si sono viste limitare il potere di programmazione dell'acquisto di prestazioni dalle strutture private; queste ultime, a loro volta, hanno dovuto subire un limite alla loro possibilità di erogare prestazioni, indipendentemente dal fabbisogno regionale. E, infatti, gli incrementi del Fsn introdotti dalla normativa più recente e, da ultimo, dalla Legge di Bilancio 2022-2024, rischiano di non essere, realmente, in grado di soddisfare le esigenze del comparto se alcune voci di costo restano immotivatamente bloccate sulla base di vincoli legislativi ormai anacronistici. Questi esempi fanno ben comprendere quanto lavoro occorra, ancora, compiere per rilanciare davvero il nostro Ssn. Un cambio radicale della politica per la salute di questo Paese, unito ad un uso attento e oculato delle risorse messe a disposizione dal Pnrr, può davvero prospettare per il Ssn un futuro importante e migliore del presente. Sta a noi, a tutti noi, lavorare insieme per fare in modo che queste prospettive si realizzino.

### La spesa sanitaria pubblica 2007-2024

(V.A. a prezzi calcolati in milioni di Euro e % sul PIL)



**H**o conosciuto il tema del languishing leggendo un articolo divulgativo di Adam Grant (docente all'Università della Pennsylvania, psicologo delle organizzazioni e noto divulgatore scientifico), che ne parlava come dell'emozione dell'anno, che avrebbe caratterizzato, probabilmente, non solo il 2021 ma anche, più in generale, il post pandemia. È un concetto che nasce in seno alla sociologia e alla psicologia positiva, che consente di comprendere una varietà di situazioni diffusissime. Si tratta di una condizione di minore vitalità generale, con apatia, demotivazione e una certa ansia di fondo; tale condizione non può essere identificata come un disturbo vero e proprio, perché non risultano soddisfatti, per esempio, i criteri per la Depressione o per l'Ansia Generalizzata. Non è presente una stabile compromissione del funzionamento psichico, ma si avverte un malessere, un senso di stagnazione e vuoto che rende più difficile la piena e soddisfacente partecipazione alla vita sociale, culturale, lavorativa. Come scrive Grant, non si sta veramente male, ma si sa che stare bene è tutta un'altra cosa...

Tra le molte storie di pazienti incontrati nel corso del 2021, ho potuto vedere in controluce in diverse

# LANGUISHING

**Una condizione in cui non è presente una stabile compromissione del funzionamento psichico, ma si avverte malessere, senso di stagnazione e vuoto che rende più difficile la piena e soddisfacente partecipazione alla vita sociale, culturale, lavorativa**

di MARIA BEATRICE TORO

situazioni il languishing, come insieme di emozioni disturbanti "sottosoglia" e come depotenziamento cognitivo, ovvero mancanza di concentrazione e criticità nella programmazione di attività complesse e nella progettazione di piani a medio e lungo termine. Utilizzerò un esempio clinico per rendere più chiaro cosa stia succedendo in questo periodo storico post pandemico a una par-

te non trascurabile della popolazione.

Rossella è una donna di trentacinque anni, che incontro per la prima volta nel mese di maggio, approssimativamente attorno alla data in cui aveva deciso di sposarsi. È fidanzata da tempo e, come è successo a molte coppie, i futuri sposi hanno preferito rimandare le nozze a causa del Covid; la data è saltata una prima volta nel 2020 e, poi, di nuovo nel 2021. In questa seconda occasione, tuttavia, non c'era una vera e propria impossibilità, solo che erano globalmente meno entusiasti all'idea di organizzare un evento impegnativo come un matrimonio. Oggi convivono e a Rossella ancora non è tornata la voglia di progettare nulla: né la festa, né un nuovo lavoro, di cui avrebbe bisogno, né, tantomeno, una gravidanza. Il matrimonio le sembra, più

Il termine languishing è stato coniato qualche anno fa, in tempi non sospetti, dal sociologo Corey Keyes (2002). Come scrive Adam Grant, riprendendo studi e ricerche di Keyes, c'è "un senso di stagnazione e di vuoto. Ti senti come se ti stessi confondendo tra i giorni, come se guardassi la tua vita da un finestrino appannato". Non si è realmente depressi ma è presente una certa apatia, non si è affetti da un disturbo d'ansia, ma si sente un'inquietudine strisciante, non si ha un vero disturbo dell'immagine corporea ma ci si vede meno attraenti e si tende a trascurarsi un po'.





che un'occasione di gioia, una grande fonte di stress. Così continua a procrastinare tutto, nonostante la delusione della sua famiglia di origine, che è ansiosa di vederla tornare al lavoro e mettersi di nuovo sul cammino per diventare moglie e madre. Rossella si sente piuttosto preoccupata per le incertezze della situazione attuale, in cui non si è mai sicuri di cosa ci riservi il futuro, e preferisce attendere. Il problema è che non si riconosce più: è sempre stata una donna attiva e le fa male sentirsi pigra, apatica, demotivata. Dal canto suo, il fidanzato, Massimo, dopo mesi di difficoltà lavorative è tornato alla sua professione di avvocato, ma con pochissimo entusiasmo: prende meno impegni perché si sente stanco e, più che passare tanto tempo allo studio preferisce lavorare da casa, dove, in verità, fatica a concentrarsi davvero. Sempre più spesso, nel weekend, momento che avevano sempre trascorso con gli amici storici, restiamo a casa davanti alle serie televisive. Non si può dire che siano particolarmente tristi, o depressi, ma sembrano "depotenziati" e logori: per questo mi hanno chiesto aiuto.

La nostra vita di cittadini di un paese occidentale si è sempre basata su alcuni capisaldi: un'attività regolare di studio o lavoro, relazioni familiari e una socialità che

prevede una vita relazionale piena, in cui il tempo libero viene condiviso in attività di vario tipo, dallo sport all'aperitivo del venerdì sera.

**Le persone più serene ed equilibrate non solo lavorano, ma coltivano relazioni e fanno parte di gruppi di amici con cui andare al cinema, a teatro, a ballare.**

Oggi queste attività sono possibili solo a singhiozzo e in molti, come Rossella e Massimo, ci sentiamo un po' frenati nel ricominciare; sembrerebbe che stiamo frenando soprattutto nel programmare attività sociali complesse. Non solo un matrimonio, ma anche la riorganizzazione di un ufficio, l'inizio di una storia d'amore, l'inizio di nuove attività lavorative.

Sarebbe bello scrivere che facciamo meno perché abbiamo ridefinito le nostre priorità privilegiando la qualità della vita rispetto all'iperattivismo frenetico, ma, purtroppo ciò è vero solo in parte.

Una delle cause della minore capacità di attivazione che sta riguardando tutte le fasce di età è, come anticipavo, un subdolo ma essere che si colloca a metà strada tra normalità e disturbo psichico vero e proprio. Non dobbiamo sottovalutarlo, perché le persone che ne soffrono sono globalmente più a rischio di sviluppare, nel decennio successivo, disturbi da stress e depressione. Esiste un "antidoto" che

## “NON SI STA VERAMENTE MALE, MA SI SA CHE STARE BENE È TUTTA UN'ALTRA COSA...”

possa contrastare tutto ciò? Per fortuna come esseri umani abbiamo moltissime risorse e, spesso, è proprio la condizione della sofferenza che ci "costringe" a risvegliarle, per "fiorire". Flourishing è lo stato opposto del languishing e si può coltivare attraverso un modello basato sulla psicologia positiva (Seligman 2012). Il Flourishing non è un tratto della personalità, ma una condizione di benessere mentale. Non è una qualità che si possiede, ma uno stato che si può coltivare e sviluppare intenzionalmente, da soli o con l'aiuto di uno psicologo.

**Il primo passo è un sincero esame di quelle che sono le nostre quotidiane attività "nutrienti", ovvero quelle che ci danno energia e spinta e quelle "logoranti", che la consumano.** Chiediamoci quanto tempo dedichiamo ad esse e aumentiamo la percentuale delle attività energizzanti, per ottenere una spinta che poi fluisce nelle altre aree della nostra vita. Oltre alle attività nutrienti/energizzanti, ci sono le cosiddette attività coinvolgenti, quelle in cui ci immergiamo perdendo il senso del tempo. Sono fondamentali: lo stato di flusso che si crea quando siamo to-

talmente immersi in ciò che facciamo aumenta i livelli di performance fino a renderli ottimali. Ci risveglia, letteralmente, dal languore. Tutto ciò non significa che non dobbiamo essere mai quieti! Al contrario, possiamo utilizzare la meditazione per ricucire l'attenzione ferita dallo stress della pandemia. In questo senso la mindfulness, un metodo laico i cui risultati sono stati ben documentati dalla letteratura scientifica, è una risorsa su cui poter contare. I suoi sette atteggiamenti saggi rappresentano ottime ispirazioni per vivere con pienezza. L'aspetto relazionale è l'ultimo pilastro del flourishing. Coltivare relazioni sane, tornare a vivere pienamente integrati nella nostra comunità, recidendo eventuali legami tossici sono operazioni complesse, certo, ma non sono impossibili. Se ci sentiamo molto malinconici, ansiosi, sentiamo che siamo intrappolati in legami che ci fanno inabissare nel languore e nell'apatia e non riusciamo a uscirne, può essere utile ricorrere all'aiuto di un professionista della salute mentale, che ci sostenga nel processo di ripresa dopo lo stress del periodo pandemico.

# Terapie intensive pediatriche POCHE E MAL DISTRIBUITE

**Nessuno ha ancora raccolto l'allarme lanciato nel maggio scorso dai pediatri italiani:** nel nostro Paese le terapie intensive pediatriche sono poche e distribuite in modo disomogeneo. Cosa accadrebbe se i bambini fossero colpiti più gravemente dal virus Sars Covid-19?

di CRISTINA CORBETTA

## Chi sono i piccoli ricoverati

**Il Network italiano delle Terapie intensive pediatriche (Tipnet) ha raccolto i dati relativi alle caratteristiche del paziente all'ingresso in terapia intensiva, alle procedure eseguite durante il ricovero e all'esito alla dimissione dalla terapia intensiva.** Dai dati raccolti risulta che i bambini ricoverati

in terapia intensiva pediatrica sono prevalentemente di sesso maschile (56.6%) nella fascia di età 0-4 anni (70.0%), ricoverati per il 50% per motivi medici, per il 45% per cure post chirurgiche e per il 5% per trauma comprendendo anche gli incidenti quali ingestioni accidentali, ustioni, annegamenti ecc. Il motivo più frequente di ricovero tra i pazienti medici è l'insufficienza respiratoria: circa un bambino su due entra in Tip per necessità di assistenza ventilatoria. La mortalità nelle Tip è 4.3%, in linea con la mortalità riportata nelle Tip di altri paesi occidentali e soprattutto molto più bassa della mortalità riportata nei bambini ricoverati impropriamente nelle terapie intensive per adulti.

Nella conclusione i relatori del report hanno sostenuto che la programmazione sanitaria non può non tener conto delle problematiche del bambino in condizioni gravi. Anche per le aree critiche va prevista una offerta omogenea su tutto il territorio nazionale, i bambini e gli adolescenti vanno ricoverati in reparti intensivi pediatrici, vanno individuati e sostenuti Centri di III livello pediatrici, create Reti regionali con Hub e Spoke, va limitata la mobilità interregionale e sostenute sistemi di trasporto adeguati per i bambini.



**S**e la pandemia da Covid-19 colpisse i bambini in modo severo, non saremmo in grado di curarli al meglio; questo perché nel nostro Paese le Terapie intensive pediatriche sono drammaticamente poche, 23 in tutto (a fronte delle 116 terapie intensive neonatali), e distribuite in modo disomogeneo.

L'allarme è stato lanciato già in occasione del 76° Congresso italiano di Pediatria, del maggio scorso, ma ad oggi nessuno sembra non solo avere raccolto la denuncia dei pediatri, ma nemmeno essersi reso conto della portata dell'allarme lanciato.

Perché c'è un'altra osservazione da fare: **in Italia non esiste una modalità codificata per identificare i reparti di Terapia intensiva pediatrica.** Manca infatti il codice identificativo della disciplina; il Decreto del Ministro della salute del 5 dicembre 2006 com-

prende, nell'allegato 1, l'elenco dei "Codici delle specialità cliniche e delle discipline ospedaliere": qui si trova al numero 49 la Terapia intensiva e al numero 73 la Terapia intensiva neonatale. Ma di Terapia intensiva pediatrica non c'è traccia. Ne deriva che risulta difficile riuscire a contare esattamente il numero dei posti letto; che, a un calcolo approssimativo, oggi dovrebbero essere circa 200, ben al di sotto della media europea e con sensibili differenze tra Regioni. Su 23 Terapie intensive pediatriche, più della metà sono al nord. In generale, non sono aumentati negli anni i letti dedicati, in controtendenza con quanto è accaduto in altri paesi europei e nel nord America. Ma allora dove vanno a finire i bambini che hanno bisogno di un ricovero in Terapia intensiva pediatrica? Dai dati nazionali Iss sui ricoveri ospedalieri italiani dei bambini sottoposti a ventilazione meccanica è emerso che ancora oggi un significativo numero di bambini è ricoverato in Terapie intensive dell'adulto. Ma



**“ PUÒ UNA TERAPIA INTENSIVA PER ADULTI ESSERE ADATTA A QUESTI BAMBINI? LA RISPOSTA È NO ”**

## “ CIRCA UN BAMBINO SU DUE ENTRA IN TIP PER NECESSITÀ DI ASSISTENZA VENTILATORIA ”

### Da Cagliari a Roma con un volo militare

**Dove le Terapie intensive pediatriche non ci sono, la cronaca segnala casi di lunghi e difficili viaggi della speranza verso centri specializzati lontani centinaia di chilometri.** È il caso della Sardegna, dove lo scorso luglio è stato necessario attivare voli militari per salvare due bambini, che sono stati trasferiti da Cagliari all'Irccs San Donato di San Donato Milanese e al Bambino Gesù di Roma, a causa dell'assenza di una terapia intensiva pediatrica su tutto il territorio dell'isola. Tanto che il Presidente dell'ordine degli infermieri del Sulcis Iglesiente, Graziano Lebiu ha scritto una lettera alla Regione, alla Prefettura e ai ministeri della Difesa e Salute: "Non possiamo più permetterci che il Ssr -scrive Lebiu- non garantisca agli utenti in età pediatrica Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva in ambito neonatale e pediatrico. È del tutto evidente che occorre una soluzione strutturata, ponendo una volta per tutte fine alla 'lotteria' di questi voli d'emergenza che stanno diventando di routine. "Peraltro, nel giugno scorso era stata presentata in Consiglio regionale un'interpellanza sullo stesso tema da parte dei Progressisti, con primo firmatario Giovanni Agus, cui aveva risposto il direttore generale della Sanità Marcello Tidore, sottolineando la mancanza di personale specializzato per poter garantire il servizio. Ma ad oggi, nessuno ha ancora risposto alla lettera del Presidente dell'Ordine sardo.

la letteratura (oltre che il buonsenso) spiega che i risultati in termini di sopravvivenza e di esiti sono ben diversi: "Le Terapie intensive pediatriche - spiega Angelo Gratarola, direttore Dipartimento di Emergenza e Anestesia Rianimazione dell'ospedale san Martinodi Genova - hanno un'ampia disponibilità di device adeguati e soprattutto possono contare sull'esperienza specifica dell'intensivista pediatrico. Nelle terapie intensive per adulti invece opera personale che solo occasionalmente si occupa di procedure di anestesia per pazienti in età evolutiva". Tra l'altro, sono in crescita i ricoveri di bambini con

grave malattia cronica. Secondo il network delle Terapie intensive pediatriche Tipnet, ad oggi, circa il 49% dei bambini ricoverati presenta una patologia cronica di cui oltre la metà è rappresentata da malattie neuromuscolari, un quinto da patologia respiratoria, 10% da malattia onco-ematologica. Questi bambini hanno in media una degenza in terapia intensiva che è molto più lunga dei bambini senza patologia cronica e ricevono più procedure durante il ricovero e per più tempo: basti pensare che la ventilazione meccanica nei bambini cronici ha una durata media di 7 giorni contro i 3.5 giorni degli altri.

**Può una Terapia intensiva per adulti essere adatta a questi bambini? La risposta, ovviamente, è no. Numerosi gli studi scientifici che lo dimostrano; tra questi un recente studio multicentrico osservazionale europeo sugli eventi avversi severi in anestesia pediatrica, che ha coinvolto 261 ospedali ed è stato pubblicato su Lancet (Apricot, Anaesthesia Practice In Children Observational Trial 2017).** Lo studio mette in evidenza la necessità di trattare i bambini di età inferiore a 3-3,5 anni in ospedali di III livello o da anestesisti con specifico training pediatrico. Se le cose stanno così, quali sono le difficoltà all'attivazione reparti specialistici? Al di là delle scelte di programmazione sanitaria, evidentemente centrali, uno dei nodi da sciogliere è quello della formazione: non sembrerebbe così agevole trovare anestesisti formati adeguatamente in campo pediatrico. Nel corso del 2015 la Siatip, Società italiana di anestesia, analgesia e terapia intensiva pediatrica, ha condotto un'indagine nazionale fra gli anestesisti italiani per



valutare le competenze e gli aspetti clinico organizzativi in anestesia pediatrica sia nelle situazioni di routine che di emergenza. Il risultato dello studio ha evidenziato una notevole carenza di competenze e di personale dedicato in tutti gli ospedali, ad esclusione degli ospedali pediatrici specializzati. **La maggior parte degli anestesisti interpellati ritiene fondamentale un training e retraining che risultano gravemente carenti negli ospedali non specializzati e ritiene non sufficiente/non adeguato il periodo di formazione in campo pediatrico durante la scuola di specializzazione.** Peraltro gli ospedali specializzati pediatrici sono poco numerosi (13 in Italia) e distribuiti geograficamente anche molto lontano dagli ospedali cosiddetti "periferici". Non a caso l'Università Cattolica del Sacro Cuore ha istituito, per l'anno accademico 2021/22 il Master Universitario di secondo livello in Terapia intensiva pediatrica con lo scopo - si legge - "coprire un vuoto formativo talvolta presente nella preparazione di medici, e in special modo di Pediatri ed Anestesisti/Rianimatori". Stesso obiettivo per il master dell'Univer-

## Al Nord cure migliori?

Il diritto alla salute non è uguale per tutti i bambini, ma dipende in larga parte dalla regione di residenza. A confermarlo, ancora una volta, è uno studio recentemente pubblicato su *Italian Journal of Pediatrics (Pediatric interregional healthcare mobility in Italy*, a cura di Mario De Curtis, Francesco Bortolan, Davide Diliberto e Leonardo Villani) che ha valutato per la prima volta l'entità della migrazione sanitaria dei minori. Il lavoro è stato condotto su 7.871.887 bambini e ragazzi residenti in Italia nel 2019 con un'età

inferiore a 15 anni. I dati (ottenuti dal "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Sdo 2019" pubblicato dal Ministero della Salute) hanno messo in luce che i bambini/ragazzi residenti nel Mezzogiorno rispetto a quelli residenti nel Centro-Nord sono stati curati più frequentemente in altre regioni (11,9% contro 6,9%), numero che cresce sensibilmente soprattutto quando si considerano i ricoveri ad alta complessità, (21,3% vs 10,5% del Centro-Nord). L'entità del trasferimento verso le strutture del Centro-nord per alcune regioni del Sud ha un impatto economico particolarmente elevato: per il Molise è pari al 45,9% di tutte le spese sanitarie per l'assistenza ai minori under 15, per la Basilicata al 44,2%, per la Calabria e l'Abruzzo a oltre un quarto (rispettivamente 26,9 % e 26,3%). In termini assoluti la Campania, regione del Sud con il più elevato numero di bambini 0-14 anni, è quella che spende di più per ricoveri fuori regione (25 milioni di euro, pari al 12% dei costi sanitari per questa fascia di popolazione).



I letti di terapia intensiva pediatrica in Italia sono circa 202 con una media di 3 posti letto per 1 milione di abitanti, ben al di sotto della media europea pari a 8. Questa differenza diventa ancora più evidente se valutiamo ciascuna regione: qui si va dai 2 letti ogni milione di abitanti della Puglia ai 10,6 della Liguria, passando per alcune regioni che non hanno alcun posto letto di terapia intensiva pediatrica.

sità la Sapienza di Roma. L'attivazione di questi percorsi però non è vista con favore dall'Aaroi-E-mac, il sindacato degli Anestesisti Rianimatori, che sottolinea con forza il pericolo di master aperti a figure mediche diverse

dagli anestesisti: "L'esperienza-spiega il presidente dell'Aaroi Alessandro Vergallo- insegna che queste figure che non hanno un core anestesio-logico non sono alla fine autonome nella gestione del paziente.

Ben venga invece -secondo Vergallo- l'implementazione dei posti di specialità e l'incremento delle offerte di formazione in campo pediatrico; ma rigorosamente riservata agli anestesisti rianimatori".



# Sanità più smart e a portata di cittadino

L'innovazione tecnologica è un'opportunità irrinunciabile per centrare quell'obiettivo di sanità di prossimità che caratterizza l'attività dell'Assessorato della Regione Abruzzo

di NICOLETTA VERÌ

**L'**emergenza Covid è stata un'esperienza drammatica, ma anche un grande stress-test per l'intero sistema ospedaliero e territoriale della nostra regione, che ha dato però una spinta decisiva ai piani di innovazione tecnologica in sanità. Il potenziamento

della risposta ospedaliera, con l'aumento dei posti letto che ci ha consentito di fornire un'adeguata assistenza a tutti i pazienti positivi che hanno avuto necessità di ricovero, si è infatti accompagnato ad un ampio programma di riforma ed efficientamento delle infrastrutture tecnologiche, che hanno

permesso di garantire la continuità assistenziale a molti malati cronici.

**Già da aprile 2020, ad appena poche settimane dal primo contagio registrato in regione, abbiamo avviato in forma sperimentale servizi di televisita, tele salute, telemonitoraggio, teleassistenza per i pazienti diabetici e per quelli con disturbi dello spettro autistico.**

Era indispensabile disciplinare queste modalità terapeutiche, per assicurare – appunto – la continuità assistenziale in tutta sicurezza, mantenendo allo stesso tempo il distanziamento sociale imposto dalla normativa per il contenimento dei contagi.

Necessità avvertita in prima istanza sia per il diabete (con consulenze ospedaliere visite ambulatoriali da remoto, sia

per la prima visita che per le successive), sia per la terapia dei disturbi dello spettro autistico, con un'attività di tipo proattivo aperta anche ai familiari dei pazienti, che ha permesso di riavviare i percorsi psicoeducativi interrotti a causa della pandemia. Gli interventi da remoto includono il monitoraggio delle condizioni di salute, il proseguimento delle attività avviate rimodulandole in modalità telematica, nonché il supporto ai caregiver per la strutturazione della giornata, indicando le attività opportune e le risorse a disposizione.

Il sistema è stato istituzionalizzato nell'agosto successivo (estendendolo alle malattie rare, all'area della salute mentale e alla riabilitazione), con un provvedimento alla cui stesura hanno par-



tecipato medici, psicologi, rappresentanti delle professioni sanitarie, coordinati dall'Agenzia sanitaria regionale e dal Dipartimento regionale Sanità. Abbiamo introdotto indicazioni omogenee per tutte le Asl abruzzesi sui processi organizzativi e attuativi della telemedicina, uniformando modalità di prescrizione, accesso, erogazione e registrazione. In questo modo le aziende sanitarie possono predisporre modalità di intervento alternative o integrative a quelle ordinariamente strutturate, anche utilizzando interventi di tele-visita, teleriabilitazione e attività compensative concordate, con particolare attenzione ai pazienti con disabilità e cronicità, e ai loro caregiver.

Parallelamente è stata potenziata tutta una serie di servizi on line: dai più semplici, come la ricetta dematerializzata e la scelta e revoca del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fino a quelli più complessi, come la concreta attivazione del fascicolo sanitario elettronico, che

gli abruzzesi attendevano da anni. Proprio in questi giorni sono stati avviati due nuovi servizi, come il Cup unico regionale per la prenotazione on line delle prestazioni direttamente da parte del cittadino (prima ogni Asl aveva un suo proprio sistema) e lo sportello per scaricare direttamente gli esiti dei test Covid. Finora le nostre aziende sanitarie procedevano in totale autonomia, scegliendo quali servizi istituire. Questo ha comportato una disomogeneità sul territorio, che oggi finalmente viene superata. **Andiamo, dunque, verso una vera e propria rivoluzione tecnologica nella sanità abruzzese, sempre più smart e a portata del cittadino.**

È stato predisposto anche il nuovo piano triennale della sanità digitale, che – tra gli altri obiettivi – permetterà di riorganizzare reti regionali cruciali come quelle legate alla tempo-dipendenza, garantendo uniformità di gestione su tutto il territorio regionale, sia per i trasporti in emergenza, sia per il triage del pronto soccorso. Questo consentirà di acce-

Promozione della salute a scuola, negli ambienti di lavoro, nelle comunità. E ancora azioni per sensibilizzare sulla sicurezza in casa, sull'antibiotico-resistenza, passando per l'importanza degli screening e della salute materno infantile e riproduttiva, oltre ad iniziative per lo sviluppo armonico della persona, della natura e dell'ambiente attraverso un approccio multidisciplinare. Sono solo alcuni degli obiettivi del nuovo Piano di Prevenzione 2021-2025 della Regione Abruzzo approvato recentemente dalla giunta. Il piano regionale comprende dieci programmi comuni a tutte le Regioni italiane (Scuole che promuovono salute, comunità attive, luoghi di lavoro che promuovono salute, dipendenze, sicurezza negli ambienti di vita, piano mirato di prevenzione, prevenzione in edilizia e agricoltura, prevenzione del rischio cancerogeno professionale- delle patologie professionali dell'apparato muscolo-scheletrico- del rischio stress correlato al lavoro, ambiente-clima-salute, misure per il contrasto dell'antimicrobico-resistenza) e 3 programmi scelti dalla Regione Abruzzo (screening oncologici, malattie infettive e vaccinazioni, salute materno infantile e riproduttiva).

lerare i tempi di risposta agli interventi, consentendo immediatamente di individuare il presidio ospedaliero più adatto alla presa in carico del paziente soccorso.

**L'infrastrutturazione tecnologica dei dipartimenti di emergenza è solo uno dei progetti che sono stati portati avanti, nonostante le inevitabili difficoltà provocate dalla pandemia.**

Il lavoro è andato avanti su molti altri fronti (a partire dagli interventi strutturali sui presidi ospedalieri, finanziati con i fondi stanziati dallo Stato per l'emergenza pandemica) e continueremo per garantire ai cittadini un'as-

sistenza sanitaria sempre migliore. In un territorio come quello abruzzese – con una conformazione che vede la presenza di pochissime grandi aree urbane e migliaia di cittadini che vivono in piccoli centri montani – siamo però convinti che l'innovazione tecnologica sia una opportunità irrinunciabile per centrare quell'obiettivo di sanità di prossimità che caratterizza l'attività dell'Assessorato fin dal mio insediamento. E un'ulteriore accelerazione arriverà dai fondi del Pnrr: in Abruzzo sono a disposizione circa 50 milioni per l'innovazione tecnologica in sanità. Le linee di intervento sono già state definite e il finanziamento ci permetterà di completare il lavoro di rinnovamento di tutto il sistema sanitario regionale.

## “ INTRODOTTE INDICAZIONI OMOGENEE PER TUTTE LE ASL ABRUZZESI SUI PROCESSI ORGANIZZATIVI E ATTUATIVI DELLA TELEMEDICINA ”



# Guardare oltre

**In Basilicata il nuovo Piano sanitario regionale, attualmente in fase di avanzata elaborazione, nasce da una verifica dei problemi riscontrati per fronteggiare il Covid-19**

di **ROCCO LEONE**

**S**crivo queste note mentre siamo nel pieno della quarta ondata della pandemia da Covid-19, che presenta – in tutta Italia e anche in Basilicata – numeri mai visti prima, anche se grazie alla imponente copertura vaccinale gli effetti in termini di ricoveri sembrano più contenuti. Ma se c'è una cosa che abbiamo imparato nei lunghi mesi dell'emergenza sanitaria è che non si può rimandare una riflessione sul futuro della sanità. Ci sono scelte che vanno fatte ora, a livello centrale e nelle Regioni, per prefigurare un servizio sanitario sempre più in grado di intercettare i bisogni di salute dei cittadini e di offrire risposte certe ed efficaci. È indispensabile cioè volgere lo sguardo al futuro provando a trarre

qualche lezione da questi mesi di emergenza. In Basilicata lo stiamo facendo con il nuovo Piano sanitario regionale, attualmente in fase di avanzata elaborazione, che nasce anche da una verifica dei problemi che abbiamo riscontrato per fronteggiare il Covid-19 nelle strutture sanitarie e soprattutto nel territorio, oltre che da un'analisi dei punti di forza e delle cose da emendare.

**La nuova programmazione**

**ne non può prescindere da un'attenta analisi della Basilicata di oggi, una regione con un territorio molto esteso e scarsamente popolato, con molti piccoli e piccolissimi Comuni situati in aree montane e collinari e con una popolazione anziana – la più bisognosa di attenzione e cure da parte della sanità pubblica – molto presente.**

Proprio dall'esperienza delle Usca, le Unità speciali di continuità as-

sistenziale istituite dal decreto-legge 14/2020, e successivamente delle unità predisposte dalle Aziende sanitarie del territorio, anche in collaborazione con l'Esercito, per le vaccinazioni di massa nei piccoli Comuni, abbiamo potuto verificare quanto può essere virtuosa una sanità in grado di arrivare a casa dei cittadini con le giuste risposte e allo stesso tempo quanto sia insufficiente l'attuale modello organizzativo del servizio sanitario, che non è ancora in grado di risolvere nel territorio tutti i problemi che li possono effettivamente essere affrontati, con la conseguenza di spostare impropriamente sul servizio di emergenza – urgenza prestazioni che potrebbero essere erogate appunto sul territorio, alleggerendo così il peso che attualmente





grava sugli ospedali. In questo senso la “Mission Sanità” del Piano nazionale di ripresa e resilienza va certamente nella direzione giusta con la previsione – che peraltro è anche il fulcro dell’elaborazione del nostro nuovo Piano sanitario regionale – del potenziamento dei servizi assistenziali territoriali e di un percorso integrato che parta dalla “Casa come primo luogo di cura”, per arrivare alle “Case della comunità” e agli “Ospedali di comunità”, e quindi alla rete ospedaliera, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali.

**La sanità lucana ha molti problemi ma anche tante eccellenze. Fra queste credo sia giusto citare proprio il dato dell’assistenza domiciliare integrata.** Una recente tabella pubblicata dal “Corriere della Sera”, vede la Basilicata al quarto posto in Italia per assistenza domiciliare integrata rispetto al totale degli Over 65 nel 2020. Ed è proprio a partire da questo dato, relativo ad un periodo in cui peraltro era già presente l’e-

mergenza sanitaria, che intendiamo dare ulteriore impulso all’assistenza sanitaria domiciliare, perfezionando e qualificando maggiormente i percorsi di diagnosi e cura rivolti ad ogni persona.

**La nostra Regione ha recentemente rafforzato questa prospettiva istituendo con legge regionale l’infermiere di prossimità, uno strumento molto importante per dare risposte ai nostri territori, favorire la medicina territoriale ed evitare il più possibile il ricorso all’ospedale.** Inoltre stiamo mettendo in atto investimenti importanti per potenziare il servizio sanitario in termini di risorse umane e professionali, di ammodernamento tecnologico delle attrezzature e di soluzioni digitali.

Il nuovo Piano sanitario regionale nasce quindi nel pieno dell’emergenza ma guarda oltre e punta ad offrire risposte ai bisogni di salute dell’oggi e del domani. Con la consapevolezza che una maggiore qualificazione dei nostri reparti ospedalieri e del sistema di emergenza – urgenza sarà possibile soprattutto se saremo ca-

pacidi portare di più e meglio la sanità pubblica sul territorio, qualificando ed esaltando il ruolo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, in stretto rapporto con gli infermieri di prossimità e con gli altri professionisti che saranno presenti nelle case della comunità. Per fare in modo che le persone possano ricevere assistenza e cure direttamente a casa propria, anche con il necessario supporto della telemedicina, e che debbano invece recarsi in ospedale solo quando è necessario.

In una regione come la Basilicata, che lotta quotidianamente contro lo spopolamento dei piccoli Comuni, avere servizi sanitari efficienti sul territorio non è solo doveroso per la tutela della salute dei cittadini, è indispensabile per migliorare la qualità della vita e per dare un futuro a tanti giovani e a tante famiglie. Questo è il nostro impegno.



Per un territorio come quello lucano, che si estende su **una superficie di 10 mila chilometri quadrati e nei suoi 131 comuni presenta le peculiarità demografiche che tutti conosciamo, la telemedicina può rappresentare davvero una risposta efficace ed efficiente ai bisogni di salute dei cittadini.** Soprattutto per i residenti dei piccoli centri che fanno riferimento alle strutture sanitarie più periferiche della regione che, attraverso le tante professionalità raggiungibili in modalità telematica, potrebbero essere ulteriormente valorizzate.

**“ ABBIAMO POTUTO VERIFICARE QUANTO PUÒ ESSERE VIRTUOSA UNA SANITÀ IN GRADO DI ARRIVARE A CASA DEI CITTADINI ”**



### Monza

Un nuovo grande passo avanti per la costituzione della nuova Fondazione Irccs di Monza. La Giunta regionale, su proposta della vicepresidente ed assessore al Welfare di Regione Lombardia, Letizia Moratti, ha approvato recentemente la delibera

con cui, nel prendere atto dell'avvio della Commissione ministeriale di esperti, approva la richiesta di riconoscimento nella branca specialistica di pediatria.

### Asp Caltanissetta

Due reparti interamente ristrutturati

con nuove sale parto e operatorie per garantire alle gestanti ogni standard di sicurezza. All'ospedale Sant'Elia di Caltanissetta è nato il nuovo plesso materno infantile realizzato nell'ambito della vasta riqualificazione delle strutture sanitarie nei vari presidi dell'Isola.

## FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

a cura di Velia Cantelmo  
redazione@panoramasanita.it

### Lombardia

La Giunta di Regione Lombardia, su proposta dell'assessore alla Famiglia, Solidarietà sociale, Disabilità e Pari opportunità, Alessandra Locatelli, ha approvato il nuovo Piano di Azione Regionale (Par) 2021-2023 relativo alle persone con disabilità che, in linea con la nuova strategia europea sulla disabilità, intende perseguire l'obiettivo di una Regione inclusiva e senza barriere. "Con il nuovo Piano d'Azione (Par) Regione Lombardia intende tracciare la cornice all'interno della quale si intrecceranno le future politiche che riguardano le persone con disabilità, le loro famiglie, l'inclusione, l'autonomia e la centralità della persona, l'accessibilità universale e più in generale il benessere e la cura di tutte le persone più fragili" ha spiegato l'assessore Locatelli.

### Ausl Modena

Come gestire le emozioni dei bambini e saperle condividere con gli altri per una crescita della persona? Quali frutti raccogliere da un'esperienza così articolata e, per molti, anche dolorosa, come la pandemia? Ha preso il via il progetto Scuola delle emozioni, un percorso sperimentale rivolto agli educatori, insegnanti e genitori delle scuole dell'infanzia e delle primarie della provincia di Modena. L'attività formativa, in modalità online, vede coinvolti l'Azienda Usl di Modena e l'Ufficio Scolastico provinciale con la collaborazione di docenti dell'Università degli Studi di Bologna. Agli incontri in programma partecipano anche i professionisti sanitari che collaborano con gli istituti scolastici coinvolti. Per rispondere efficacemente alle necessità educative delle nuove generazioni, spiega l'azienda sanitaria, si è reso così opportuno concentrare l'attenzione non

solo sulla parte dedicata agli apprendimenti didattici, ma anche sulla parte più educativa, volta ad una crescita globale della persona, intesa anche nella sua parte emotiva, senza paura di scoprire aspetti prima sconosciuti o non ancora sperimentati dell'identità che va formandosi.

Nella foto da sinistra: Giorgia Pifferi, direttrice UO Psicologia Clinica Ausl, Antonio Brambilla, Direttore Generale Ausl, Silvia Menabue, Direttrice Ufficio scolastico Provinciale di Modena, Cristina Monzani, membro dell'Ufficio scolastico Provinciale (area Inclusione e integrazione).



### Istituto Oncologico Veneto

Sei tonnellate di tappi di plastica, convertiti in... bellezza. È il "bottino" solidale che l'Istituto Oncologico Veneto e l'Associazione Volontari Ospedalieri (Avo), hanno raccolto in tre anni di attività: una tonnellata di tappi nel 2019, due nel 2020, ben tre nel 2021. La plastica può sostenere le pazienti dello Iov: l'idea, alla base della campagna "La plastica che fa del bene", inserita all'interno del progetto "Non smettere di piacerti" e grazie alla collaborazione fra il Servizio di Psiconcologia dello Iov e l'Avo, permette di dare in prestito una parrucca alle pazienti per tutto il periodo necessario alla ricrescita dei capelli. I tappi vanno raccolti in speciali contenitori blu dislocati nella sede dello Iov, nei punti di accoglienza dell'Avo o presso parrucchieri ed estetiste aderenti al progetto. Grazie alla collaborazione con la ditta di riciclo Imball Nord, i tappi vengono ritirati e per ogni chilo viene accantonato un corrispettivo economico. Il ricavato è destinato all'acquisto di parrucche che vengono date in prestito gratuito alle pazienti dello Iov che perdono i capelli in conseguenza della chemioterapia.



Il Dg Patrizia Benini con Anna Marchiori, responsabile del progetto



**Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle**  
 Due nuove ambulanze sono entrate in servizio nell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo. Una è stata acquistata con i fondi del piano Arcuri e l'altra con le donazioni dei cittadini per l'emergenza Covid-19. Una terza, altamente tecnologica

per il trasporto di pazienti in terapia intensiva e con dispositivi di biocontenimento, è in fase di allestimento. Alla consegna erano presenti il Direttore Sanitario, Monica Reborà, e il Direttore Amministrativo Gianfranco Cassissa.



## Policlinico di Catania

Due nuove terapie sub-intensive, per un totale di 15 posti letto, sono state consegnate al Policlinico di Catania dall'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza, al direttore generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria Policlinico "G. Rodolico - San Marco" Gaetano Sirna, alla presenza del rettore dell'Università di Catania, Francesco Priolo, dell'arcivescovo di Catania, monsignor Salvatore Gristina, del sindaco Salvo Pogliese, del prefetto Maria Carmela Librizzi e di altre autorità cittadine. Le due nuove strutture sono state realizzate - per una spesa di oltre 1,6 milioni di euro - con l'intervento della Struttura commissariale per l'emergenza Covid, guidata dal presidente Musumeci in qualità di commissario delegato dello Stato e coordinata sul piano tecnico-operativo dell'ingegnere Tuccio D'Urso. Sono così 95, complessivamente, i nuovi posti di terapia intensiva e sub-intensive già realizzati dalla Struttura commissariale in tutta l'Isola, nell'ambito del piano di potenziamento della rete ospedaliera regionale.



## Asst Sette Laghi

Impiantato in un ambulatorio dell'Ospedale di Cittiglio il primo sensore per il monitoraggio della glicemia sottocute nell'Asst Sette Laghi. "L'introduzione di questo dispositivo nell'ambulatorio di Diabetologia di Cittiglio è la conferma della grande sensibilità dei nostri specialisti al tema dell'innovazione - riconosce il Direttore generale dell'Asst Sette Laghi, Gianni Bonelli - I nostri pazienti devono essere sicuri del fatto che è nostra costante attenzione offrire loro le cure e le soluzioni più moderne e idonee tra quelle esistenti, con grande attenzione alle novità".

## Azienda Usl Valle d'Aosta

Nella Sc Chirurgia generale è stata attivata, il sabato mattina, una sala operatoria supplementare per gli interventi in day hospital. "Un contributo importante per ridurre le attese dei pazienti dovute alla riduzione e al rallentamento delle attività causate dal Covid. Importante la collaborazione del Dera, dello staff chirurgico, degli anestesisti, del personale infermieristico di sala operatoria e di reparto e del Dh multidisciplinare" spiega il direttore della Sc Chirurgia generale, Paolo Millo.

## Aou Sassari

Nel reparto di Neuropsichiatria infantile dell'Aou, sono stati consegnati i tablet destinati alle 25 famiglie che partecipano al progetto "Autismo in Rete, non lasciamoli soli".

Attraverso la proposta di un nuovo modello di terapia mediata genitoriale, il progetto punta a una formazione che permette di identificare segni precoci del disturbo dello spettro autistico (Asd) in bimbi in età prescolare e scolare. Si sta avviando a conclusione la formazione online, che vede coinvolti numerosi operatori sanitari. Il progetto è coordinato da "Istituto ReTe per il sociale onlus" e diretto da Stefano Vicari.

## Asl Bt

Il Bilancio della Asl Bt ha ottenuto la certificazione: la correttezza delle scritture contabili e la conformità del documento alle norme di redazione dei Bilanci è stata definita dal Collegio Sindacale della Asl

Bt e dalla ditta di revisione contabile esterna Deloitte & Touche. Il Bilancio della Asl Bt ha un valore di produzione di 700 milioni di euro: i dipendenti attualmente in servizio sono circa 4mila. Soddisfatto per il risultato conseguito, il Direttore dell'Area Gestione Risorse Finanziarie Maurizio De Nuccio, che evidenzia come "la certificazione del bilancio è il riconoscimento di un lavoro che coinvolge trasversalmente tutti i processi aziendali. Un doveroso ringraziamento è rivolto ai colleghi di tutte le aree amministrative e a tutto il personale dell'Area Gestione Risorse Finanziarie, in particolare alla dott.ssa Sonia Pirelli, Dirigente amministrativo dell'Agref, per l'enorme impegno profuso nonché alla società Engineering Spa, grazie alla quale si è potuto efficientare tutto il processo amministrativo della Asl".

# Uguaglianza di genere: la spinta pandemica al raggiungimento degli obiettivi

di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI

**I dati sulla disoccupazione femminile sono preoccupanti e la ripresa del lavoro da parte delle donne è molto più lenta rispetto alla stessa tra il genere maschile.**

Il lungo viaggio verso la parità uomo - donna nel lavoro, secondo il precetto solennemente sancito dall'art. 37 della Costituzione, ha conosciuto tappe fondamentali fin dalla Legge del 9 dicembre 1977, n. 903, proseguendo con la Legge del 10 aprile 1991 n. 125 e poi approdando nel D.lgs. dell'11 aprile 2006, n. 198 (c.d. "Codice delle Pari Opportunità"). ❶ Disciplina, quella della parità di genere, messa da ultimo a dura prova anche dai fenomeni legati alla pandemia: i dati sulla disoccupazione femminile sono infatti preoccupanti e la ripresa del lavoro da parte delle donne è molto più lenta rispetto alla stessa tra il genere maschile. Il legislatore è così intervenuto con la Legge del 5 novembre 2021, n. 162, apportando alcune modifiche (entrate in vigore il 3 dicembre scorso) al Codice delle Pari Opportunità nell'ambito dei rapporti di lavoro al fine di tentare di cambiare la rotta sul ritardo femminile nella partecipazione al mercato

del lavoro in Italia e diminuire le differenze retributive e di crescita professionale tra i due generi. Più nello specifico, l'art. 2 della Legge n. 162 ha modificato l'art. 25 del Codice delle Pari Opportunità estendendone l'ambito soggettivo: i soggetti inizialmente tutelati erano solamente le lavoratrici e i lavoratori, oggi invece sono ricompresi anche le candidate e i candidati in fase di selezione del personale. ❷ È stata, inoltre, ampliata e meglio specificata la nozione di discriminazione, intervenendo a integrale modifica del comma 2-bis dell'art 25, che individua le fattispecie rilevanti non più unicamente nel "trattamento" (come avveniva nella formulazione previgente) bensì anche in ogni modifica dell'organizzazione o delle condizioni e dei tempi di lavoro, motivata non più solamente dallo stato di gravidanza, maternità o paternità, ma semplicemente da sesso, età anagrafica, o dalle esigenze di cura personale o familiare, che ponga o possa porre il lavoratore in una posizione

di svantaggio rispetto agli altri lavoratori; che possa limitare le opportunità di partecipazione alla vita o alle scelte aziendali o limitare l'avanzamento o la progressione nella carriera. Vale sottolineare, poi, che con l'art. 3 del d.lgs. n. 162 del 2021 sono state apportate modifiche anche all'art. 46 del Codice delle pari opportunità, abbassando a 50 dipendenti (rispetto ai precedenti 100) il limite oltre il quale l'azienda ha l'obbligo di predisporre un Rapporto con cadenza biennale, sulla situazione del personale maschile e femminile, contenente le informazioni relative a ognuna delle professioni, allo stato delle assunzioni, della formazione, della promozione professionale, dei livelli e dei passaggi di categoria o di qualifica, dei licenziamenti, dei prepensionamenti e pensionamenti ed infine della retribuzione effettivamente corrisposta. Tale norma va letta in combinato disposto con l'art. 47 del Decreto Legge n. 77\2021 della scorsa estate (cosiddetto Decreto semplificazioni bis), che prevede un'ipotesi escludente per tutte le gare bandite con i fondi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Pnrr), per tutte quelle imprese che, sottoposte all'obbligo di attuare il rapporto biennale

sulla situazione del personale maschile e femminile, non vi abbiano adempiuto. Inoltre, l'art. 47, comma 3, (del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108), impone agli operatori economici che occupano un numero pari o superiore a 15 dipendenti e non superiore a 50, di consegnare alle Stazioni appaltanti, entro sei mesi dalla conclusione del contratto, una relazione di genere sulla situazione del personale maschile e femminile. Da ultimo si segnala che lo scorso 30 dicembre 2021 il Dipartimento per le pari opportunità della Presidenza del Consiglio dei ministri, ha pubblicato un Decreto recante l'adozione delle linee guida volte a favorire la pari opportunità di genere e generazionali, nonché l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità nei contratti pubblici finanziati con le risorse del Pnrr e del Pnc. Con tale decreto, si illustrano le finalità verso gli obiettivi di parità del Piano Nazionale di Ripresa e di Resilienza. Si evidenzia, infine, la previsione che il Ministero del Lavoro individui, in un'apposita sezione internet, le imprese sottoposte all'obbligo del rapporto e di conseguenza segnali le aziende che lo hanno trasmesso e quelle

che sono inadempienti. La mancata produzione del rapporto sulla situazione del personale nell'ipotesi in cui l'azienda partecipi ad una gara, ne costituisce causa di esclusione dalla stessa. Viene da sé la riflessione sull'immediatezza della conoscenza da parte delle Stazioni appaltanti delle aziende che hanno presentato le offerte in possesso o meno del rapporto biennale, in modo tale da avere un'idea chiara e celere sul possesso del requisito delle aziende che partecipano alle gare.

❶ *Secondo l'art. 37, comma 1 della Costituzione: "La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e, a parità di lavoro, le stesse retribuzioni che spettano al lavoratore. Le condizioni di lavoro devono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare e assicurare alla madre e al bambino una speciale adeguata protezione".*

❷ *A decorrere dal 1° gennaio 2022 le aziende in possesso di Certificazione della Parità di Genere godranno dell'esonero parziale dei contributi previdenziali, accedendo alla così detta "Premialità di parità". Esonero applicato secondo i criteri e i limiti previsti dall'art. 5 della L. n. 162\2021.*



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

a cura di Cinzia Boschiero  
redazione@panoramasanita.it

### Per favorire il miglioramento delle competenze digitali in Sanità, ci sono bandi europei attivi?

Marcello Cusso

Sono aperti dei bandi del programma comunitario denominato Europa Digitale. È possibile presentare domanda entro il 22 febbraio 2022. Cofinanzia progetti sulle competenze digitali avanzate (rif. Digital-2021-Skills-01). Ha un budget totale di quattro milioni di euro. I fondi sono suddivisi per ambiti o topic del bando ovvero due milioni di euro sono l'importo totale per il topic 1; mentre gli altri due ambiti (topic 2 e 3) hanno ciascuno

un budget totale di un milione di euro. In particolare il topic 1 del bando concerne la realizzazione di programmi di istruzione specialistica in aree di capacità chiave (rif. Digital-2021-Skills-01-Specialised) per formare specialisti digitali in varie aree di competenza e aumentare la capacità dell'offerta formativa per le tecnologie avanzate, programmi di istruzione superiore da 60, 90 o 120 crediti Ects come programmi interdisciplinari quali ad esempio applicazioni di intelligenza artificiale o la sicurezza informatica nel settore sanitario. In totale il bando ha un budget di 72 milioni di euro di cui 70 milioni di euro per il primo topic e due milioni per il secondo topic.

### Psoriasi e qualità di vita. Che lei sappia sono disponibili studi europei a riguardo?

Nicola Verdeni

Secondo le stime dell'International

Federation of Psoriasis Associations, questa patologia colpisce nel mondo 15 milioni di persone, in Italia circa due milioni (il 3,1% degli abitanti). Vi è inoltre un consenso generale nel considerare l'indice Pasi (Psoriasis Area Severity Index) o la superficie corporea interessata (Bsa - Body Surface Area) come indici di gravità clinica, mentre l'indice di qualità di vita come il Dlqi (Dermatology Life Quality Index) dovrebbe essere impiegato in associazione con i due sopra citati. Le varietà delle forme cliniche presuppongono interventi terapeutici diversi e personalizzati in base al tipo di psoriasi e alla gravità dei sintomi. Nuovi studi sono relativi a farmaci

biologici di nuova generazione, alcuni già disponibili nella pratica clinica. Nuovi studi hanno portato alla scoperta legata alle interleuchine Il17a e Il17f, molecole messaggere del sistema immunitario dell'organismo, che giocherebbero un ruolo chiave nella genesi della psoriasi. Questi studi hanno portato alla nascita di bimekizumab, primo inibitore selettivo di Il17a e Il17f, approvato nell'agosto scorso nell'Unione Europea per il trattamento della psoriasi a placche da moderata a grave negli adulti candidati alla terapia sistemica. È stato dimostrato che elevati livelli di queste interleuchine contribuiscono allo sviluppo di malattie



La commissione Europea 2021

infiammatorie causate dal sistema immunitario, come la psoriasi a placche. Legandosi a queste interleuchine, bimekizumab, anticorpo monoclonale IgG1 umanizzato, impedisce loro di interagire con i rispettivi recettori sulla superficie dell'epidermide, riducendo l'infiammazione e alleviando i sintomi correlati alla psoriasi a placche.

### **Etica e filosofia nella salute sono argomenti contemplati dai progetti europei?**

Mariella Corsi

L'etica è trasversale in diversi bandi europei inerenti la ricerca e la salute, così come per il nuovo regolamento sull'intelligenza artificiale e le sue applicazioni elaborato dalla Commissione europea. Inoltre le segnalano anche diversi gruppi multidisciplinari quali i ricercatori del gruppo Meta,



Noëlle Lenoir, Presidente Gee e Chris Hesselbein, etnografo ricercatore

che si occupa per la precisione di "scienze sociali e umanistiche per la scienza e la tecnologia". Si tratta di un gruppo di ricerca interdisciplinare, che spazia tra le tre principali discipline del Politecnico (Ingegneria, Architettura e Design). Ne fa parte ad esempio Chris Hesselbein, etnografo ricercatore che ha evidenziato come ci sia un percorso piuttosto complesso di negoziazione sociale dietro ogni scoperta scientifica o avanzamento della tecnologia. Con il suo lavoro cerca di stabilire come la scienza interagisce con la società e come la società interagisce con la scienza. Non è un caso che l'autorità della scienza sia spesso stata discussa nella storia umana e i vaccini

ne sono un esempio tipico, così come gli ogm, le nanotecnologie, la bioingegneria e così via. Esiste inoltre il Gruppo europeo di etica delle scienze e delle nuove tecnologie (Gee) che si riunisce periodicamente. Il Gee ha emesso dei pareri sugli aspetti etici della ricerca e dell'uso delle cellule staminali umane, nonché sulle questioni etiche legate all'assistenza sanitaria nella società dell'informazione. Il Gruppo lavora pure sulla brevettabilità delle biotecnologie e delle loro applicazioni alle cellule staminali umane.

### **Il tema della parità di genere è presente tra le iniziative di sostegno dell'Ue?**

Giuseppe Minetti

È attivo un bando che intende contribuire all'attuazione della Strategia Ue per la parità di genere, in particolare, a sostenere e attuare politiche globali per promuovere

il pieno esercizio dei diritti delle donne, la rimozione degli stereotipi di genere, l'uguaglianza di genere, incluso l'equilibrio tra vita professionale e privata, l'emancipazione delle donne e il mainstreaming di genere. Beneficiari del bando sono persone giuridiche stabilite in uno dei Paesi ammissibili, quali autorità nazionali, autorità locali e regionali e loro associazioni, organismi di parità, organizzazioni della società civile, in particolare le organizzazioni per i diritti delle donne. Il bando è aperto anche ad organizzazioni internazionali. La scadenza per la presentazione delle proposte progettuali è il 16 marzo 2022 alle ore 17 (ora di Bruxelles).



# Ipotesi per il futuro degli anziani

Tecnologie per l'autonomia, la salute e le connessioni sociali

Marco Trabucchi, Carlo Sangalli

**Il Mulino**  
32,00 euro



**La pandemia che ha colpito l'Italia ha indubbiamente accelerato l'accesso ad alcuni strumenti tecnologici, ma ha anche evidenziato molteplici criticità e altrettante sfide alle quali oggi dobbiamo prepararci a rispondere.** Sembra necessario, allora, pensare a coloro che, nel nostro Paese, risultano ancora i più colpiti dal digital divide: gli anziani. Quali sono, dunque, le diverse opportunità che il progresso tecnologico mette a disposizione della popolazione anziana? E come è possibile colmare le lacune che ancora oggi sembrano persistere? Il volume "Ipotesi per il futuro degli anziani. Tecnologie per l'autonomia, la salute e le connessioni sociali" intende fare il punto sull'impatto che le tecnologie avranno, nel prossimo futuro, in termini di inclusione e interazione sociale, mantenimento dell'autonomia e promozione della salute.

"I cambiamenti tecnologici e degli stili di vita avvenuti negli ultimi anni hanno occupato uno spazio rilevante nelle nostre esistenze, sia sul piano personale sia collettivo. Ciò richiede uno sguardo attento e non superficiale, aperto a nuove visioni e deciso ad innovare" scrivono Carlo Sangalli e Marco Trabucchi aprendo il nuovo volume di 50&Più e Fondazione Leonardo che raccoglie i contributi di 23 autori, che hanno analizzato il crescente diffondersi della tecnologia tra le generazioni più anziane. Il libro si divide in tre grandi sezioni. Nella prima parte si indaga su quale sia la percezione della tecnologia da parte dei senior. La seconda parte del libro affronta il crescente ruolo della telemedicina dal punto di vista del Recovery Plan. Nella terza parte si tratta fra l'altro del divario di penetrazione delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione tra gli anziani e il resto della popolazione.



**Covid: Prevenire, curare, conviverci. Tutte le risposte dell'Istituto Mario Negri**

Antonio Clavenna, Arrigo Schieppati, Giuseppe Remuzzi

Nella confusione tra fake news, bufale e disinformazione è difficile orientarsi. Ecco un libro che fa chiarezza. L'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri risponde non solo a tutti i dubbi sui vaccini e sulle cure, ma anche su come comportarsi in situazioni particolari. Un volume che, grazie a risposte precise e rassicuranti, ci aiuta a comprendere meglio ciò che sta accadendo e a non averne più paura.

Vallardi A.  
pp.160  
14,90 euro



**Il metodo geniale**

Giulio Deangeli

Insegnare i segreti della memoria e di uno studio piacevole e permanente è quello che si prefigge il giovane neuroscienziato Giulio Deangeli. In un affascinante percorso alla scoperta del cervello umano, ci insegna ad andare oltre la lettura compulsiva di un libro e a rendere proficuo lo studio, massimizzando il rendimento complessivo. L'autore ci svela quali sono i meccanismi alla base dell'apprendimento, dalla memoria al retrieval, dalla lettura alla motivazione.

Mondadori  
pp. 312  
19,00 euro



**Pandemia e pandemie da salto di specie. Emergenza o convivenza?** Virus umani e animali, ambiente ed ecosistemi, gli studiosi spiegano quanto potrebbe attenderci...

Gaetano Penocchio, con Roberto Messina e Carmelo Lentino

È possibile che il futuro possa obbligarci ad una sorta di coesistenza, o almeno di coabitazione, con sempre più "ravvicinate" e rinnovate crisi sanitarie pandemiche? Interviste a studiosi e personalità della Scienza, della Medicina e della Ricerca.

Academ Editore  
pp.120  
15,00 euro





FIDUCIA SOCIALE, SOLIDARIETÀ, SICUREZZA, CONOSCENZA

## IL MONDO PUÒ ESSERE MIGLIORE SE TUTTI SI ADOPERANO PER IL BENE COMUNE

Bene Comune significa non solo i beni materiali condivisi dalla comunità, l'ambiente, le infrastrutture ed i servizi di pubblica utilità, ma anche e soprattutto i beni immateriali come la fiducia sociale, la solidarietà, la sicurezza, la conoscenza. Tutto questo deve essere non solo protetto, ma anche regolamentato per impedirne l'impoverimento.

La nostra Missione è favorire tutte le iniziative che contribuiscono a diffondere e sviluppare la "cultura" del Bene Comune.

**DA SOLI NON POSSIAMO INCIDERE**



**PAOLA BOLDRINI**

Vice Presidente  
12ª Commissione Igiene  
e Sanità, Senato

**MARIA CRISTINA CANTÙ**

Vice Presidente  
12ª Commissione Igiene  
e Sanità, Senato

**MARIA DOMENICA**

CASTELLONE  
12ª Commissione Igiene  
e Sanità, Senato

**BARBARA CITTADINI**

Presidente Nazionale  
Associazione Italiana  
Ospedalità Privata, AIOP

**MARIANO CORSO**

Responsabile scientifico  
Osservatorio Sanità Digitale  
del Politecnico di Milano

**FABIO DE IACO**

Presidente Società Italiana  
di Medicina d'Emergenza  
Urgenza, SIMEU

**FRANCESCO ESPOSITO**

Segretario Nazionale  
Federazione Italiana  
Sindacale Medici Uniti,  
FISMU

**BERNARDINO FANTINI**

Professeur Honoraire  
d'Histoire de la Médecine,  
Faculté de Médecine,  
Université de Genève

**ANTONINO GIARRATANO**

Presidente Società Italiana  
di Anestesia, Analgesia,  
Rianimazione e Terapia  
Intensiva, SIAARTI

**ROCCO LEONE**

Assessore alle Politiche  
della Persona della Regione  
Basilicata

**BARBARA MANGIACAVALLI**

Presidente Federazione  
nazionale Ordini professioni  
infermieristiche, FNOPI

**LISA NOJA**

12ª Commissione Affari  
Sociali della Camera  
dei Deputati; Gruppo  
Parlamentare "Italia Viva"

**LUIGI ORFEO**

Presidente Società Italiana  
di Neonatologia, SIN

**FABRIZIO ERNESTO**

PREGLIASCO  
Presidente Associazione  
Nazionale Pubbliche  
Assistenze, ANPAS

**ROBERTO ROMANO**

Presidente Società  
Italiana degli Infermieri di  
Emergenza Territoriale,  
SIIET

**GUIDO QUICI**

Presidente Federazione  
CIMO-FESMED

**CHIARA SGARBOSSA**

Direttore Osservatorio  
Sanità Digitale del  
Politecnico di Milano

**ANGELO TANESE**

Direttore Generale  
Asl Roma 1

**MARIA BEATRICE TORO**

Psicologa Psicoterapeuta;

Docente di Psicologia di  
Comunità PFSE Auxilium;  
Direttrice SCINT Scuola  
di specializzazione in  
Psicoterapia cognitivo  
interpersonale (aut MIUR  
2008)

**MARCO TRABUCCHI**

Professore di  
neuropsicofarmacologia,  
Università Tor Vergata di  
Roma; Presidente  
dell'Associazione Italiana di  
Psicogeriatría, AIP

**KETTY VACCARO**

Responsabile area welfare e  
salute Censis

**ALESSANDRO VERGALLO**

Presidente Nazionale  
AAROI-EMAC

**NICOLETTA VERÌ**

Assessore alla Salute  
Regione Abruzzo

**MARCO VIGNA**

Già responsabile  
responsabile U.O. "Centro  
Regionale 118" dell'Ausl di  
Bologna

**ALBERTO ZOLI**

Direttore Generale  
A.R.E.U. Agenzia Regionale  
Emergenza Urgenza,  
Lombardia



## QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

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



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





**ADILIFE**  
advanced digital life

La tecnologia dell'informazione, del controllo e del pronto intervento: per una sanità a misura del paziente, dell'anziano, del cittadino. La soluzione che consente di vivere in piena libertà e sicurezza mettendo in sinergia le attività, il movimento, i parametri vitali ed il controllo.

+39 0651607174 - [adilife@gilogica.it](mailto:adilife@gilogica.it)  
[www.adilife.net](http://www.adilife.net)