

# PS

PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ



# COMUNICARE LA SCIENZA



**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)



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

## Post Scriptum

**Nebbia mentale.** Quando le aspettative sono grandi si rischia certo qualche delusione ma non si può rinunciare a pensare in grande. È da quando si parla di Pnrr che mi cruccio per il rischio che non si approfitti pienamente di una occasione che non avremo più. Ovviamente mi riferisco soprattutto alla “riforma” del sistema sanitario, che si invoca da diverse parti durante questa disgraziata pandemia, che ha fornito molti suggerimenti. Com'è noto, nella Missione 6, che contiene i progetti a favore della sanità, si riscontrano molte iniziative per le quali, da anni, ci si attende di poter avere norme, tempistica e fondi per realizzarle. Ora sarebbe possibile. Cosa faremo? La più importante affermazione riguarda la implementazione della sanità territoriale che, ovviamente, non è solo assistenza di base ma organizzazione di tutti i servizi per le prestazioni che non richiedono il ricovero in ospedali per le acuzie. Perciò si destinano fondi per l'assistenza domiciliare integrata, per le cure intermedie, per la specialistica territoriale, ecc. Le strutture che dovranno garantire le prestazioni saranno le case di comunità e gli ospedali di comunità. 602 Cot (Centri Operativi Territoriale) organizzeranno, coordinando tutti i servizi; ma perché 602? Le case e gli ospedali di comunità saranno nuovi edifici, oppure, più convenientemente si utilizzeranno adattandoli spazi già esistenti e liberi - certo ove possibile- perché sottoposti in passato a trasferimento di attività? Penso per esempio all'ospedale San Giacomo di Roma, collocato nel centro della città: inadeguato per ricoveri urgenti e per le specialità ospedaliere ma perfetto come struttura di prossimità. La sanità territoriale deve avere esattamente questa peculiarità, la vicinanza ai cittadini e del resto è ben segnalata la sua finalità con la scelta di utilizzare la definizione “di comunità”. Data questa impostazione, sorgono delle domande o almeno delle perplessità. Da tempo si segnala la penuria di personale medico, infermieristico e tecnico: chi lavorerà nelle case e negli ospedali di comunità? Quale la formazione degli infermieri e degli operatori dedicati all'assistenza nelle famiglie? Il pivot sarà il medico di medicina generale? Fatto ricorrente è l'assenza di medici di famiglia, per cui come garantire la continuità terapeutica? La tecnologia aiuta ma non sostituisce il medico. L'Università si deciderà a programmare la preparazione dei professionisti secondo il fabbisogno del sistema sanitario? Infine il Pnrr, con la Missione 5 dedicata all'inclusione sociale, perpetua la separazione fra sanitario e sociale mentre sarebbe stata questa l'occasione opportuna per realizzare un'integrazione strutturata e definitiva. Il Piano non dedica nemmeno un richiamo alle Rsa né alle demenze, eppure i dati statistici e l'epidemiologia indicano chiaramente quali saranno i bisogni per una popolazione sempre più vecchia. Mi sembra difficile sorridere al “nuovo” sistema sanitario, se non si dirada la nebbia...

 <b>COSE</b> dell'altroMondo	<b>6</b>
<b>La democrazia difende la nostra salute?</b> di MARCO TRABUCCHI	

<b>RiTagli</b>	<b>8</b>
NOTIZIE DAL MONDO DELLA SANITÀ	

 <b>STORIA</b>	<b>10</b>
<b>Il teatro delle emozioni</b> di BERNARDINO FANTINI	

 <b>LEADING CHANGE</b>	<b>14</b>
<b>Conta chi fa</b> di ANGELO TANESE	

 <b>Conversando con</b> BEATRICE LORENZIN	<b>L'OBBLIGATORIETÀ VACCINALE NON PUÒ ESSERE UN TABÙ</b> di SANDRO FRANCO	<b>16</b>
---	--	-----------

<b># COVER STORY</b>	
<b>COMUNICARE LA SCIENZA</b>	
<b>Comunicare la scienza</b> di PAOLA BINETTI	<b>22</b>
<b>Problemi di comunicazione</b> di GIOVANNI MONCHIERO	<b>30</b>

## # COVER STORY

<b>L'incredibile fragilità della nostra identità</b> di FRANCESCO D'AGOSTINO	<b>32</b>
---	-----------

<b>Pandemia, scienza e magia</b> di CARLA COLLICELLI	<b>34</b>
---	-----------

<b>Ascoltiamo le associazioni</b> di TERESA PETRANGOLINI	<b>36</b>
---	-----------

<b>Chi ha paura dei vaccini?</b> di MARTINA CONTERNO	<b>38</b>
---	-----------

<b>PRIVACY</b>	
<b>Sicurezza del dato sanitario e condivisione</b> di PASQUALE STANZIONE	<b>40</b>

<b>BIOETICA</b>	
<b>Due versanti di un unico diritto</b> di LORENZO BERTANI	<b>46</b>

<b>VOCI</b>	
<b>I conti non tornano</b> di GIUSEPPE MARIA MILANESE	<b>50</b>

<b>Superiamo i pregiudizi</b> di GIORGIO VITTADINI	<b>52</b>
---	-----------

 <b>Learning</b>	
<b>Un pesante fardello</b> di LUCIANO LUCANIA	<b>54</b>

<b>Valore sottovalutato</b> di GIUSEPPE MALFI	<b>56</b>
--	-----------

<b>Covid e fragilità</b> di PAOLA PISANTI	<b>58</b>
--	-----------

<b>La cronicità nella prospettiva Pnrr</b>	<b>62</b>
--	-----------

 <b>INNOVAZIONE</b>	
<b>I nostri alleati</b> di DAVID VANNOZZI	<b>64</b>

 <b>FOCUS</b>	
<b>Medicina veterinaria, cambio di rotta?</b> di CRISTINA CORBETTA	<b>66</b>

 <b>REGIONI</b>	
<b>L'organizzazione è la prima medicina</b> di LUIGI GENESIO ICARDI	<b>70</b>
<b>Proposti per il "dopo"</b> di LUCA COLETTI	<b>72</b>
<b>Brevi</b>	<b>74</b>

 <b>LEGAL BOX</b>	
<b>Super green pass e prevenzione alla nuova ondata</b> di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI	<b>76</b>

 <b>Enterprise</b> Aziende&Persone	<b>78</b>
---	-----------

 <b>Liber@mente</b> Recensioni	<b>80</b>
---	-----------

<b>Hanno scritto per noi</b>	<b>82</b>
------------------------------	-----------

**Panorama della Sanità**  
Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988  
**Direttore editoriale** Mariapia Garavaglia  
**Direttore responsabile** Sandro Franco  
**Progetto grafico e impaginazione** Giuliana Caniglia  
**Hanno collaborato a questo numero**  
Piorjk Procaccini, 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 3275627783 - segreteria@istitutostudisanimari.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 - vladimirobacco@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*

*“La prima difesa dal virus è stata la fiducia della stragrande maggioranza degli italiani nella scienza, nella medicina. Vi si è affiancata quella nelle istituzioni, con la sostanziale, ordinata adesione a quanto indicato nelle varie fasi dell'emergenza dai responsabili, ai diversi livelli. Le poche eccezioni - alle quali è stato forse dato uno sproporzionato risalto mediatico - non scalfiscono in alcun modo l'esemplare condotta della quasi totalità degli italiani.”*

Uno stralcio dell'intervento del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella nella cerimonia di scambio degli auguri di fine anno con i Rappresentanti delle Istituzioni, delle Forze Politiche e della Società Civile. Quirinale 20 dicembre 2021.

Abbiamo chiuso il 2021, secondo anno di pandemia, con risultati non confortanti ma certamente migliori di quelli del dicembre dello scorso anno. Merito, come dice il Presidente, della fiducia che la stragrande maggioranza degli italiani ha riposto nella scienza e specificatamente nell'efficacia dei vaccini rispondendo ordinatamente e massicciamente alla campagna per la doppia vaccinazione, prima, e a quella per il richiamo con la terza dose, poi.

La riflessione su cui desideriamo sollecitarvi, nelle pagine che seguono, è in che modo ha influito la comunicazione nel comportamento dei cittadini.

Quanto e come il non **comunicare la scienza**, dando *sproporzionato risalto mediatico* a questioni marginali abbia generato effetti negativi nella risposta della cittadinanza all'emergenza pandemica.

Nell'orgia della comunicazione dei dati di cui siamo fatti oggetto di continuo, spesso inutili o incomprensibili ai più, plaudo all'iniziativa della Fiaso, Federazione delle Aziende Sanitarie italiane, che da alcune settimane rende pubblici, ogni mercoledì, i risultati del monitoraggio su un campione significativo di “ospedali sentinella” corredati di un'infografica di facile accesso e comprensione da cui emerge in modo chiaro, comprensibile e incontrovertibile che la stragrande maggioranza delle persone ricoverate nei reparti Covid e nelle terapie intensive sono non vaccinati.

Esempio di comunicazione efficace? Giudicate voi. Ma vivaddio finalmente un po' di esplicita chiarezza e coraggio forse mancati in quella ufficiale delle Istituzioni.

Con l'augurio che il nuovo anno sia migliore, vi assicuro l'impegno della rivista, della redazione e dei numerosi ed autorevoli autori che generosamente la supportano, a fotografare mese dopo mese il Panorama della Sanità, a dare conto di quel Sistema sanitario, unico in Europa, che ci ha permesso di resistere meglio di altri a questa sciagura che ci ha colpito, almeno all'inizio, così duramente.



# La democrazia difende la nostra salute?

**Alcune recenti esperienze del nostro Paese hanno mostrato i limiti concreti della gestione della cosa pubblica e le conseguenti decisioni sulla base di una partecipazione difficile da organizzare**

—  
di MARCO TRABUCCHI

**S**embrerebbe una cosa dell'altro mondo che il direttore di Lancet, rivista inglese (e quindi legata alla democrazia formale di quel paese) metta in dubbio la capacità della democrazia liberale di rispondere a situazioni drammatiche e complesse com'è stata (ed è) la pandemia da Covid-19.

Riporto una delle affermazioni dell'editoriale pubblicato il 4 dicembre

scorso: **“Si deve capire che vi è una versione non liberale della democrazia, che è in grado di produrre sicurezza, prosperità, libertà, equità, dignità, educazione e benessere, compresa la salute”**. Quindi indica di fatto una democrazia che diviene competitiva rispetto alle autocrazie, che oggi sembrano (sembrano!) essere più efficaci nel condurre la battaglia contro il Covid. Secondo Horton la visione non li-

berale della democrazia è quella che supera gli aspetti formali, per permettere realmente libertà di pensiero, di parola, di associazione, in grado di contribuire equamente alla vita comunitaria, nel rispetto della dignità di tutti i suoi membri. Secondo l'autore, la vera democrazia, in grado di creare prosperità, sicurezza e libertà, è quella dell'autogoverno da parte dei diversi corpi sociali. **La vera democrazia sa-**

rebbe stata oscurata dalla democrazia liberale, fondata sulla rappresentanza piuttosto che sulla partecipazione.

Nel corso della pandemia abbiamo visto molti aspetti critici della democrazia liberale. Si pensò al rispetto formale delle libertà (anche quella di creare danni agli altri membri della comunità attraverso comportamenti certamente scorretti), al burocratico rispetto della privacy, come uso egoistico della propria vita, anche quando così si danneggiano gli altri, ad un'utilizzazione della scienza come valore assoluto, indiscutibile, anche quando non se ne coglie l'efficacia reale per migliorare la qualità della vita dei cittadini.

**Ma come ci si poteva comportare diversamente?** Il nostro sistema democratico non permette di superare alcune barriere poste a fondamento dell'agire collettivo; abbiamo così assistito in molte occasioni alla debolezza di comportamenti adottati di fronte all'aggressione da parte della pandemia. Qualcuno affermava che sarebbero stati necessari interventi più rigidi, meno rispettosi delle libertà

formali, anche se poi di fatto si è visto che i sistemi autocratici non hanno portato a risultati davvero diversi da quelli degli altri paesi, vedi i fallimenti del Brasile e della Russia; peraltro, della Cina, paese certamente non democratico, sul quale non riusciamo a sapere come in realtà si stia sviluppando la pandemia.

Come possiamo, quindi, commentare il testo di Horton, senza assumere un atteggiamento negativo a priori, quasi si trassero davvero di affermazioni "dell'altro mondo"? Capisco il fascino delle affermazioni e di alcune considerazioni, come ad esempio: **"Se la democrazia liberale fallisce, come è capitato durante la pandemia, il pubblico può perdere fiducia riguardo alla sua efficacia e, con il tempo, divenire più sensibile al fascino di comportamenti autoritari"**. Sono affermazioni molto forti, che denotano da parte dell'autore un atteggiamento di profondo scetticismo sui comportamenti diffusi che hanno caratterizzato il tempo della pandemia. Forse nel Regno Unito è stata più evidente la di-



L'editoriale di Richard Horton sul Lancet del 4 dicembre 2021

screpanza tra le posizioni governative e la risposta dei cittadini; mi sembra, però, un po' eccessivo attribuire ai comportamenti ondivaghi di Johnson un comportamento esemplare di democrazia liberale. Il testo dell'editoriale si chiude così: "Il valore della democrazia non si fonda sulla sua forma liberale, ma su qualche cosa di più fondamentale, cioè quello che noi dobbiamo difendere contro i regimi populistici e totalitari". Si tratta di una nobile affermazione, che però potrebbe essere di difficile realizzazione, soprattutto quando si vuole dare concretezza alla partecipazione come strumento di governo. Alcune recenti esperienze del nostro Paese hanno mostrato i limiti concreti della gestione della cosa pubblica, e quindi delle conseguenti decisioni,

sulla base di una partecipazione difficile da organizzare. Anche se **la posizione di Horton ci sembra di grande rilievo culturale, come è possibile farla diventare operativa in una società complessa come l'Italia?** Come sarebbe possibile, ad esempio, convincere i no-vax a cambiare parere? Siamo convinti che i metodi sino ad ora seguiti per raggiungere questo risultato sono stati gravemente inadeguati, ma come sarebbe possibile organizzare un sistema di vita collettiva che crede nei risultati della ricerca scientifica, inglobandoli in un sistema democratico-partecipativo? Però, alla fine, anche se ci può essere sembrata un'indicazione dell'altro mondo, possiamo sperare che queste ed altre sollecitazioni portino ad una maggiore attenzione nel costruire i nostri sistemi democratici liberali. Sarebbe davvero un contributo molto importante per il "nostro mondo"!

## “ IL NOSTRO SISTEMA DEMOCRATICO NON PERMETTE DI SUPERARE ALCUNE BARRIERE POSTE A FONDAMENTO DELL'AGIRE COLLETTIVO ”

# RiTagli



## FARMACISTI OSPEDALIERI

**Una storia lunga 70 anni: questo il filo conduttore espresso dal Libro Bianco della Farmacia Ospedaliera – Storie, protagonisti, evoluzione e prospettive della professione, volume prodotto dalla Società Italiana di Farmacia Ospedaliera e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie-Sifo.** Il volume è nato, come sottolineato dalla prefazione a firma del Consiglio Direttivo Sifo, "per cercare di sintetizzare un mondo professionale, i suoi valori, le sue scelte, il suo percorso, rileggendo il tutto all'interno del suo ambito di riferimento, che è quello della Sanità. Con l'obiettivo di delineare un futuro che ormai è alle porte e di cui i farmacisti ospedalieri e dei servizi territoriali desiderano essere promotori". Nelle 140 pagine della pubblicazione si passano cronologicamente in rassegna i fatti salienti di 70 anni di storia della Società Scientifica dalla sua fondazione (il 14 giugno 1952 da undici farmacisti ospedalieri, con Plinio Uccelli come primo presidente) alla sua contemporaneità.

## CLIMA E BAMBINI

Secondo un recente rapporto dell'Unicef lanciato in collaborazione con Fridays for Future, "The Climate Crisis Is a Child Rights Crisis: Introducing the Children's Climate Risk Index": 240 milioni di bambini sono fortemente esposti alle inondazioni costiere; 330 milioni di bambini sono fortemente esposti alle inondazioni fluviali; 400 milioni di bambini sono fortemente esposti ai cicloni; 600 milioni di bambini sono fortemente esposti alle malattie trasmesse da vettori; 815 milioni di bambini sono fortemente esposti all'inquinamento da piombo; 820 milioni di bambini sono fortemente esposti alle ondate di calore; 920 milioni di bambini sono fortemente esposti alla scarsità d'acqua; 1 miliardo di bambini sono fortemente esposti a livelli estremamente elevati di inquinamento atmosferico.



## RISCHI ON LINE

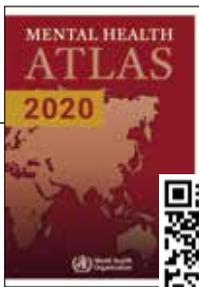
Più della metà (56%) dei cittadini dell'Ue intervistati ha espresso preoccupazione per gli attacchi informatici e la criminalità informatica come il furto o l'abuso di dati personali, software dannoso o phishing. Inoltre, più della metà (53%) di loro ha anche espresso preoccupazione per la sicurezza e il benessere dei bambini online e quasi la metà (46%) dei cittadini dell'Ue è preoccupata per l'uso di dati e informazioni personali da parte di aziende o enti pubblici amministrazioni. Circa un terzo (34%) dei cittadini dell'Ue è preoccupato per la difficoltà di disconnettersi e trovare un buon equilibrio tra vita online e offline e circa uno su quattro (26%) è preoccupato per la difficoltà di apprendere nuove competenze digitali necessarie per intraprendere un'attività parte nella società. Infine, circa un cittadino dell'Ue su cinque (23%) ha espresso preoccupazione per l'impatto ambientale dei prodotti e servizi digitali.

*Fonte Eurobarometro Digital Rights and Principles. Settembre-ottobre 2021*

## DIABETE

**Il 40% dei cittadini con diabete segnala la sospensione delle visite specialistiche anche per un anno a causa della pandemia, il 53% non è inserito in un Pdta specifico, oltre l'86% paga di tasca propria sensori e dispositivi di ultima generazione per il monitoraggio della patologia o per eseguire visite ed esami.** Soltanto nel 6% delle scuole è prevista l'assistenza infermieristica, oltre il 13% delle famiglie reputa inadeguato il menù servito nelle mense scolastiche rispetto alle esigenze dietetiche dei piccoli pazienti e quasi la metà rinuncia ad utilizzarle. Ci sono forti differenze tra Nord e Sud del Paese, ci si ammala di più se si appartiene a fasce di popolazione più disagiate, meno se si risiede in una regione del Nord, come Trentino e Veneto che registrano il numero minore di persone con diabete. La mortalità è più elevata al Sud. Sono alcuni dei dati della II Indagine civica sul diabete "Disuguaglianze, territorio, prevenzione, un percorso ancora lungo" di Cittadinanzattiva.





## SALUTE MENTALE

L'Atlante della salute mentale dell'Organizzazione mondiale della sanità dipinge un quadro deludente di un fallimento mondiale nel

fornire alle persone i servizi di salute mentale di cui hanno bisogno, in un momento in cui la pandemia di Covid-19 sta evidenziando una crescente necessità di supporto per la salute mentale. L'ultima edizione dell'Atlante, che include dati provenienti da 171 paesi, fornisce una chiara indicazione: la maggiore attenzione prestata alla salute mentale negli ultimi anni non ha ancora portato a un aumento della qualità dei servizi mentali. Il documento segnala la mancanza di progressi in termini di leadership, governance e finanziamento e che nessuno degli obiettivi per una leadership e una governance efficaci per la salute mentale è stato vicino ad essere raggiunto nel 2020, solo il 51% dei 194 Stati membri dell'Oms ha riferito che la propria politica o piano per la salute mentale era in linea con gli strumenti internazionali e regionali sui diritti umani, ben al di sotto dell'obiettivo dell'80%. E solo il 52% dei paesi ha raggiunto l'obiettivo relativo ai programmi di promozione e prevenzione della salute mentale, anch'esso ben al di sotto dell'obiettivo dell'80%. L'unico obiettivo raggiunto per il 2020 era una riduzione del tasso di suicidi del 10%, ma anche allora, solo 35 paesi hanno affermato di avere una strategia, una politica o un piano di prevenzione autonomi.

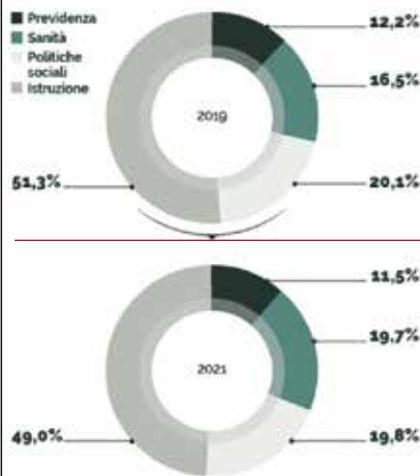
## MIGRANTI

Il "Rapporto statistico immigrazione 2021" del Centro Studi e Ricerche Idos, pubblicato a ottobre 2021, fa il punto sulla situazione dei migranti in Italia nel 2020, anno della pandemia di Covid-19 e delle stringenti misure di contenimento degli spostamenti. Il documento sottolinea che nel 2020 il numero dei residenti stranieri (5.013.200 a fine anno, l'8,5% dell'intera popolazione residente) registra il calo annuo più consistente degli ultimi 20 anni (-26.400 e -0,5% rispetto al 2019).

## WELFARE

Cresce la spesa in welfare prevista nel 2021 (632 ml.di, +56 ml.di < 2019). Secondo le stime del Rapporto 2021 Think Tank "Welfare, Italia", la crisi Covid-19 ha indotto un incremento generalizzato di tutta la spesa in welfare, includendo i 3 pilastri "tradizionali" (Sanità, Politiche Sociali, Previdenza) e l'Istruzione:

RIPARTIZIONE 2019 E 2021 variazione %



nel 2021 raggiungerà un tot. stimato 632 ml.di di euro ca., con una crescita di 6 ml.di di euro ca. sul 2020, anno in cui l'incremento era stato 50 ml.di di euro rispetto al 2019. Inalterata la suddivisione di spesa, confermando lo sbilanciamento previdenziale, 49% che evidenzia una diminuzione di 2,3 punti % rispetto al 2019 attestando valori più bassi del 2009 (49,7%).

## AMBIENTE

Si chiama "Air Quality Models Gateway", è la piattaforma online dell'Enea (<http://airqualitymodels.enea.it/>) sulla qualità dell'aria in Italia e permette di avere informazioni aggiornate in tempo reale e con previsione fino a tre giorni sulle concentrazioni nel nostro Paese di inquinanti dannosi per la salute (Pm10, Pm2.5, Ozono, biossido di azoto e biossido di zolfo), generati da tutte le attività inquinanti (mobilità, riscaldamento, industria, agricoltura, ma anche emissioni naturali e sabbie sahariane).



## TASSO DI RICICLAGGIO DEI RIFIUTI DI IMBALLAGGIO IN PLASTICA



Nel 2019, l'Eurostat stima che nell'Ue sia stato riciclato il 41% dei rifiuti di imballaggio in plastica

# Il teatro delle emozioni

**Gli ideali della tragedia classica, in cui la bellezza drammatica si basa sulle reazioni di terrore e di pietà da parte del pubblico, con una funzione catartica.**  
**Nicolas Poussin e la peste di Asdod**



Nicolas Poussin (1594 - 1665),  
La visione di Santa Francesca  
Romana, 1657, Olio su tela,  
Parigi, Museo del Louvre.  
Con questo dipinto Poussin  
mette in scena "l'uscita"  
dall'epidemia di peste del 1656.

**L**e epidemie hanno da sempre avuto un grande impatto sulla cultura. In letteratura, gli esempi sono innumerevoli, e si possono citare soprattutto Tucidide, Boccaccio, Defoe, Manzoni, sino ad Albert Camus nel ventesimo secolo. Molte città colpite dalle epidemie in tempo di peste si dotavano di nuove strutture ospedaliere, spesso di grande valore architettonico e arricchite da numerose opere d'arte, e di nuove chiese, erette per celebrare la fine di una grande pestilenza, come la Chiesa della Salute a Venezia, del 1631. La pittura ha ugualmente dato molto spazio alle scene di peste, dai grandi affreschi sul Trionfo della

“ LA BELLEZZA DELLA FORMA FEMMINILE È IL SEGNO DI UNA SFIDA ALLA MORTE ”

morte del Camposanto di Pisa (1336-1341), del Palazzo Abatellis a Palermo (1446) e della piccola chiesa di Clusone (1485), alle immagini dei tre cavalieri e i tre scheletri, diffuse in tutta Europa, sino alle stampe sul tema "La fanciulla e la morte", diffuse in tutta Europa, sino al Romanticismo. Numerosi sono i dipinti con scene di peste, la cui drammaticità permette all'artista di rappresentare le diverse emozioni, negative e positive, che si manifestano con forza straordinaria durante le tragiche crisi sanitarie. Fra queste opere, la più celebre è il grande quadro "La peste di Asdod" di Nicolas Poussin (1594-1665), dipinto a Roma nel 1630-31. Il soggetto del quadro si riferisce a un episodio della Bibbia, dal primo libro di Samuele (4-6), nel quale i Filistei vengono puniti da Dio con una terribile peste per avere rubato agli ebrei l'Arca dell'Alleanza contenente le Tavole della Legge. Tuttavia, anche se l'arca è rappresentata a sinistra del dipinto fra le colonne di un tempio e i personaggi indossano abiti di taglia antica, i temi che il quadro suggerisce riflettono le idee, le passioni, i comportamenti e gli stati psicologici dominanti nel periodo in cui

il quadro è stato dipinto, anni terribili per l'Italia, colpita da terremoti, instabilità politica, carestie e soprattutto dalla terribile epidemia di peste, descritta da Manzoni nei Promessi Sposi, che in pochi mesi in Lombardia e nelle Venzie aveva provocato la morte fra il 30 e il 60 per cento degli abitanti.

**La medicina e il sapere comune del tempo cercavano le cause della peste in molti fattori diversi e incerti: una punizione divina, l'influenza di particolari congiunzioni astrali, i miasmi putridi, la sporcizia, la mancanza di moralità, la cattiva alimentazione, i veleni diffusi nell'ambiente, anche volutamente dagli 'untori'.** Fra queste molteplici cause una sembrava svolgere un ruolo determinante, la paura stessa della malattia. L'orribile immagine della peste può impadronirsi dell'immaginazione e delle emozioni e il terrore derivante dal solo pensiero della peste era considerato come causa della modificazione patologica del corpo (idea questa sfortunatamente molto diffusa ancora oggi, in tempo di Covid). L'idea che l'immaginazione possa avere un ruolo nel decorso di una malat-



**San Rocco, conosciuto come Rocco di Montpellier, viene festeggiato dalla chiesa cattolica il 16 agosto. Il suo culto è molto sentito e ha origini antichissime: nel Medioevo veniva considerato il protettore delle popolazioni dal flagello della peste. Nella sola Italia è il patrono di oltre cento Comuni ed è il compatrono di molti altri, fra cui Napoli.**

tia ha radici antiche e lo stesso Tucidide, nel descrivere la peste di Atene del 430 a.C., nota come la disperazione quando ci si accorge di essere malato diminuisce la resistenza alla malattia. Per Paracelso (1493-1541), fondatore della "medicina chimica" e sostenitore della psicosomatica, la paura può provocare la malattia, come la gioia porta alla salute. Daniel Sennert (1572-1637), autorità medica nel primo Seicento,

attento osservatore delle epidemie, nota che "la passione dell'anima" prodotta dalla sola vista degli effetti della malattia o dal sentire i rumori prodotti da un carro che trasporta cadaveri al cimitero "accelera con gli affetti la peste e altera il corpo". Ancora nel Settecento, il grande storico Lodovico Antonio Muratori incolpa il "tumulto emotivo" per la diminuzione della capacità del sangue di resistere ai veleni introdotti nel corpo dai vapori contagiosi. Ci si chiede allora: perché commissionare e dipingere un quadro che rappresenta così crudamente le conseguenze tragiche della peste e potrebbe quindi diventare causa di altri casi e di epidemie? **La risposta è che il quadro di Poussin non da alcuno spazio alle ipotesi psicosomatiche, ma riflette invece le nuove idee sul contagio, basate sull'esperienza, che si erano diffuse a livello pratico nei responsabili della sanità pubblica** e come teoria medica a partire dall'opera di Girolamo Fracastoro (1478-1553), con un processo lento che culminerà con la rivoluzione pastoriana solo tre secoli dopo. Due dei più importanti



**La composizione della Peste di Asdod fu eseguita da Poussin nel 1631** per Fabrizio Valguarnera, nobile palermitano è una metafora visiva del contagio. Il dipinto è ora custodito al Louvre



**Lo scrittore francese Albert Camus scrisse il romanzo La peste nel 1947.** Appena pubblicata, l'opera, riscosse grande successo vendendo oltre 160.000 copie nei primi due anni ottenendo il Prix des Critiques.



mecenati di Poussin in questo periodo, Cassiano dal Pozzo e il cardinale Francesco Barberini erano tra i più informati esperti di malattie epidemiche a Roma. Durante i mesi in cui Poussin lavorò a La peste di Asdod, entrambi facevano parte della Congregazione della Sanità, la commissione papale creata allo scopo di proteggere la città dalla peste. Istituita al primo allarme di contagio nella penisola italiana nel 1629 e presieduta dal cardinale Barberini, la Congregazione della Sanità si riuniva due volte alla settimana durante tutto il periodo di allerta per condividere competenze mediche e attuare strategie per impedire la diffusione dell'epidemia nello Stato Pontificio. Alla fine si riuscì a tenere lontana la peste da Roma e la Congregazione fu sciolta definitivamente nel 1634, cosa che probabilmente è una concausa della grande epidemie di peste che colpì Roma nel 1656, portata da un marinaio proveniente da Napoli. Alla fine di questa epidemia, lo stesso Poussin fu incaricato di dipingere un quadro per la liberazio-

ne della città della peste, grazie all'intercessione di Santa Francesca Romana, raffigurata al centro del quadro, insieme a un angelo che scaccia con la spada la peste, una figura con la testa piena di serpenti velenosi, come la Medusa.

**La composizione della Peste di Asdod è una metafora visiva del contagio e sottolinea la parentela etimologica fra "contagio" e "contatto": ciò che causa la peste non è la paura o l'immaginazione, ma una qualche "materia" che, come una scintilla che diffonde un incendio, passa da un individuo a un altro con il contatto fisico o attraverso un rapporto ravvicinato.** Da un estremo all'altro del quadro vi è una grande concatenazione di corpi collegati fra loro dai geni di toccare, afferrare e appoggiarsi, ognuno dei quali crea una pericolosa possibilità di contagio. I personaggi raggruppati in primo piano sottolineano l'importanza del contatto fisico e il pittore indica in diversi casi l'istante preciso in cui avviene tale contatto. L'uomo con la toga blu viene toccato sul braccio

sinistro da una donna dietro di lui; l'uomo col turbante al centro si china per toccare delicatamente la testa del neonato vicino alla madre morta; l'uomo con la tunica gialla a destra allunga il braccio per toccare la spalla del figlio; la donna alle sue spalle tocca la mano di un bimbo, che a sua volta si appoggia sulla testa di un malato. Le forme che si incontrano nello spazio suggeriscono come la scintilla della malattia passi da una vittima all'altra, nelle situazioni più involontarie e accidentali, anche con il più delicato dei contatti.

Si è fatta poi notare la presenza in vari punti del quadro di ratti, di cui si è dimostrato il ruolo di vettore dopo la scoperta del bacillo della peste da parte di Alexandre Yersin nel 1894. Ciò ovviamente non corrisponde a una preveggenza di una teoria moderna, ma alla convinzione molto diffusa anche nell'antichità del legame forte, dimostrato dall'osservazione empirica, fra sporcizia e malattie infettive. La sporcizia era considerata "la madre di tutte le pesti" e i ratti ne erano l'indice.

Il quadro di Poussin è un vero e proprio catalogo dei segni riconosciuti dalla medicina del suo

## “ L'ORRIBILE IMMAGINE DELLA PESTE PUÒ IMPADRONIRSI DELL'IMMAGINAZIONE E DELLE EMOZIONI ”

tempo come tipici della peste. In primo luogo la pelle che diventa opaca, livida e scura, come per la madre in primo piano, la vecchia crollata sopra una colonna caduta, il cadavere portato via da due uomini vicino alla scalinata. La donna prostrata sulla colonna e il giovane davanti a lei mostrano un altro segno della malattia, l'esaurimento fisico, accompagnato da febbre e sete inestinguibile. Poi, sempre nella donna anziana morente, la cosiddetta facies pestica, il viso della peste, con gli occhi spalancati ma incapaci di vedere e i lineamenti induriti dal terrore. Manca tuttavia il segno tipico della peste, il bubbone, che si ritrova invece costantemente in tutti i dipinti dedicati a San Rocco, il protettore della peste. Questo si può spiegare perché tali tumori si manifestano principalmente in "parti segrete", da tenere quindi nascoste. Tuttavia, la presenza dei bubboni può essere intuita dalle particolari posture delle vittime. Sia la madre in primo piano che il giovane all'estrema sinistra hanno un braccio lontano dal corpo, come per indicare la presenza del gonfiore dei linfonodi nella zona ascellare. L'assenza dei bubboni

## “ L'IDEA CHE L'IMMAGINAZIONE POSSA AVERE UN RUOLO NEL DECORSO DI UNA MALATTIA HA RADICI ANTICHE ”

può anche avere un altro significato, legato al ruolo della bellezza del corpo umano, che resta, soprattutto per un pittore, fonte inesauribile di emozioni estetiche. Poussin rappresenta la madre morta con gli attributi tipici di bellezza femminile, un bel viso e un seno armonioso, esposti al centro del quadro e punto di inizio della linea prospettica intorno alla quale si distribuiscono gli edifici e i personaggi, divenendo così il centro della città devastata e terrorizzata e il centro della rappresentazione della tragedia. La bellezza della forma femminile è il segno di una sfida alla morte, contrapponendo all'orrore della malattia il piacere estetico. La bellezza non può essere vinta dalla corruzione e dalla morte. In un contesto architettonico che riprende i fondali tipici del teatro barocco, i molti personaggi che si accalcano nel centro della tela, vicino al tempio, esprimono forti emozioni di terrore e di pietà, gli sguardi persi, le mani a coprire la bocca e il naso per non sentire il fetore dei corpi degli appestati che coprono il terreno,



**Il cardinale Francesco Barberini tra i più esperti di malattie epidemiche a Roma, presiedette la Congregazione della Sanità, commissione papale creata nel 1629 per proteggere la città dalla peste.**

La Congregazione si riuniva due volte alla settimana durante tutto il periodo di allerta per condividere competenze mediche e attuare strategie per impedire la diffusione dell'epidemia nello Stato Pontificio. Sciolta nel 1634 fu probabile concausa della grande epidemia di peste che colpì Roma nel 1656.

le braccia allargate a significare la sorpresa e lo sgomento di fronte all'esplosione della malattia. Sono soprattutto gli sguardi, le posture e i gesti che rappresentano le emozioni vissute dai

protagonisti della tragedia, con una mescolanza di orrore e bellezza, che provoca sensazioni simultanee di dolore e gioia. L'ambientazione prospettica del paesaggio urbano, composto da elementi artificiali rigorosamente controllati da un punto di vista prospettico, inserisce il vissuto della pestilenza in uno scenario da tragedia classica, come nei teatri del Seicento, creando una distanza rispetto alla realtà dei fatti descritti. Poussin riprende gli ideali della tragedia classica, in cui la bellezza drammatica si basa sulle reazioni di terrore e di pietà da parte del pubblico, con una funzione catartica. La rappresentazione della peste sembra quindi avere al tempo stesso una funzione profilattica, invitando chi guarda ad applicare misure di prevenzione, come il distanziamento sociale, e una funzione catartica, sollecitando l'empatia e la pietà. Creando una distanza del reale vissuto, la tragedia purifica le emozioni, le rende meno estreme, libera la mente dall'irrazionale e permette il controllo delle emozioni.

# CONTA CHI FA

**Tutte le aspettative di cambiamento si trasformeranno in uno sguardo puntato su chi quel cambiamento deve realizzarlo sul campo. Per questo conterà chi fa e fa bene, con le risorse di cui dispone, utilizzandole al meglio**

di ANGELO TANESE

**M**ai come in questi ultimi mesi si è parlato del futuro della sanità in Italia. Un dibattito che fino a pochi anni fa sembrava un po' ripetitivo e stanco, d'improvviso è estremamente ricco e vivace. I temi all'ordine del gior-

no riguardano pochi ma fondamentali argomenti, intorno ai quali ruota la trasformazione del nostro modello di assistenza e di welfare: una sanità più vicina, che sappia riconoscere e prendere in carico le persone con i loro bisogni sociosanita-

ri, attraverso una risposta più rapida, integrata e di prossimità, che considera **la casa il primo luogo di cura; una sanità più digitale, in grado di connettere tutti gli attori del sistema e fornire al cittadino modalità semplificate di accesso e fruizione dei servizi; ospedali più tecnologici, sicuri e performanti, orientati all'innovazione e all'eccellenza, con un'organizzazione flessibile e modulare; la salute come bene comune, con un ritrovato ruolo degli enti locali e della**

**società civile nel costruire contesti urbani più sani (ambiente, inclusione, mobilità sostenibile) e della comunità come rete di protezione sociale.**

Sono sfide importanti che impattano fortemente sulla qualità della vita dei cittadini e per la prima volta, dopo anni di contenimento della spesa pubblica, abbiamo ingenti risorse da investire. Anche per questo c'è una grande attenzione del mercato al futuro della sanità e una intensa partecipazione al dibattito di livelli istituzionali, ambiti professionali e settori di attività differenti, tutti molto interessati. Si tratta, inoltre, di un confronto sempre più approfondito su temi trattati, fino a poco tempo fa, in modo superficiale e stereotipato (come la telemedicina o la "centralità del paziente"). Oggi la riflessione appare in genere molto più concreta e orientata all'innovazione, con la ricerca di nuovi approcci e modelli.

Questo fermento di idee, proposte, soluzioni tecnologiche e organizzative caratterizza dunque l'attuale fase storica, in cui tutti dichiarano – giustamente – che il Pnrr è una sfida da vincere. Chi ope-

“ IL FERMENTO DI IDEE, PROPOSTE, SOLUZIONI TECNOLOGICHE E ORGANIZZATIVE CARATTERIZZA L'ATTUALE FASE STORICA ”



Conver  
sando  
con

BEATRICE  
LORENZIN

“Abbiamo visto in tempo di Covid l'importanza di una anagrafe dei dati dei vaccinati, la necessità di interoperabilità tra i sistemi regionali. È diventata una necessità urgente non solo sapere se una persona è stata vaccinata ma anche potersi vaccinare in qualsiasi regione a prescindere dalla propria residenza”. A Panorama della sanità, Beatrice Lorenzin parla dei provvedimenti necessari per rendere più facile la lettura delle informazioni e portare più equità nel settore

—  
di SANDRO FRANCO

“L'OBBLIGATORIETÀ  
VACCINALE NON PUÒ  
ESSERE UN TABÙ”

**A** favore dei vaccini. E perché no, dell'obbligo vaccinale contro il Covid. Beatrice Lorenzin, deputata del Pd e membro della commissione Bilancio, da ministro della Salute con i no vax ha avuto parecchio filo da torcere. La legge ricordata con il suo nome sulle vaccinazioni obbligatorie nel 2017 ha sollevato proteste e dato un assaggio di ciò che si è scatenato con la pandemia: un furioso duello fra falsa informazione e scienza. Ad avere responsabilità nel gioco delle parti, secondo Lorenzin, c'è anche il sistema dell'informazione che ha finito troppo spesso per alimentare la confusione invece di fare chiarezza. Nel frattempo è al lavoro per mettere mano alle regole, quelle di nomina dei primari, troppo spesso uomini, nonostante la sanità sia mandata avanti soprattutto da donne, e quelle per definire i dirigenti, legati a filo doppio alla politica. Ma sul tavolo c'è pure un altro tema: trovare i fondi strutturali per assumere il personale e non lasciare sguarniti pezzi fondamentali del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

**Il decreto legge del 7 giugno 2017, che porta il suo nome, ha portato da quattro a dieci le vaccinazioni obbligatorie per la fascia 0-16 anni. Secondo lei che effetti ha avuto la legge? È stata applicata pienamente?**

La legge è pienamente entrata nel sistema sanitario

## “ LA COMUNICAZIONE DEL COVID È STATA GESTITA COME UNO SHOW PER FARE AUDIENCE ”

regionale e nella sensibilità delle famiglie. Prevedeva tra l'altro il monitoraggio dell'andamento della copertura vaccinale al fine di decidere se mantenere l'obbligatorietà ma anche se introdurre nuovi vaccini nel piano nazionale rispetto alla comparsa di nuove epidemie o a nuove evidenze scientifiche. In tema di copertura vaccinale infatti decidemmo di considerare un meccanismo flessibile che permettesse di adeguarsi in base all'andamento epidemiologico. Altro punto

importante previsto dalla legge è il registro delle vaccinazioni con l'istituzione dell'anagrafe vaccinale. Abbiamo visto in tempo di Covid l'importanza di una anagrafe dei dati dei vaccinati, la necessità di interoperabilità tra i sistemi regionali. È diventata una necessità urgente non solo sapere se una persona è stata vaccinata ma anche potersi vaccinare in qualsiasi regione a prescindere dalla propria

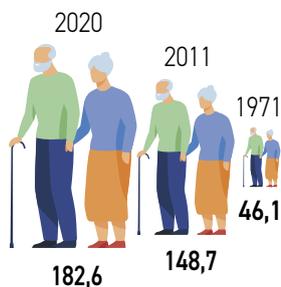


### CHI È

Nata a Roma nel 1971, **Beatrice Lorenzin** è nel mondo della politica dal 1996, anno in cui aderisce al movimento giovanile di Forza Italia della regione Lazio e due anni dopo viene eletta Consigliere comunale di Roma. Come unica donna nella coalizione di centrodestra, diviene anche Vicepresidente della commissione Donne Elette e Vicepresidente del Gruppo consiliare di Forza Italia. Il 22 febbraio 2014 viene riconfermata nel nuovo esecutivo guidato dal Presidente del Consiglio Matteo Renzi alla guida sempre dello stesso dicastero. Il 12 dicembre 2016 viene chiamata per la terza volta a ricoprire la carica di ministro nel governo guidato da Paolo Gentiloni diventando l'esponente politico che più a lungo ha ricoperto la carica di Ministro della Salute. Nel settembre 2019, dopo aver votato la fiducia al Governo Conte II, ha annunciato l'addio ad AP e il passaggio al Partito Democratico. Responsabile Forum salute del Pd e membro della V Commissione Bilancio della Camera dei Deputati oggi è inoltre coordinatore Health & Science Bridge, Centro studi americani.

## L'indice di vecchiaia

(rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e quella con meno di 15 anni)



**59.236.213**

residenti in Italia 31/12/2020



Il calo della popolazione residente in Italia

nascite  
**405 mila**  
record minimo



decessi  
**740 mila**

I numeri che aggravano la dinamica naturale negativa che caratterizza il nostro Paese



Fonte: Censimento della popolazione-Istat 2020

residenza. Purtroppo dal 2017 ad oggi la costituzione della anagrafe ha avuto una gestazione molto faticosa. Oramai è evidente anche ai non addetti ai lavori l'importanza strategica dei dati sanitari per poter programmare politiche sanitarie che nell'emergenza di una epidemia diventano cruciali per intervenire tempestivamente. Avremo quindi sempre più bisogno di una anagrafe nazionale vaccinale costantemente aggiornata e interoperabile nel rispetto delle norme per la sicurezza e la privacy dei cittadini.

**Stiamo affrontando la quarta ondata della pandemia ed ancora non abbiamo raggiunto la soglia di vaccinazioni giudicata necessaria dai tecnici per l'immunità della popolazione. Secondo lei è arrivato il momento di rendere obbligatorio il vaccino?**

L'obbligatorietà vaccinale in pandemia non può di certo essere un tabù ma ricordiamo che l'obbligo non è il fine ma un mezzo per raggiungere l'obiettivo di vaccinare il più ampio bacino di persone possibile. Sul Covid, la copertura anticorpale data dalla vaccinazione dura circa sei mesi e dobbiamo abituarci a pensare di dover fronteggiare più variazioni del virus. Per le caratteristiche di questo virus probabilmente avremo richiami periodici come per l'influenza. Certamente l'obbligatorietà è una strada più semplice dal punto

di vista amministrativa perché è più facile governare controlli e sanzioni. Il problema è politico, di tenuta e accettazione sociale. Viste le obiezioni al green pass da parte dei no vax, ma anche da soggetti politici, il governo ha scelto la via della gradualità e secondo me ad oggi è stata una scelta corretta avendo ottenuto il risultato di un numero di vaccinazioni che sta per superare l'85 per cento. D'altra parte anche l'obbligo vaccinale che ho introdotto per i bambini comporta come effetto che se i genitori non vogliono vaccinare i figli poi i bambini non possono frequentare la scuola. Il super green pass fa lo stesso: se non si è vaccinati non si può entrare in luoghi chiusi e aperti al pubblico. Io ritengo utile l'allargamento temporale del super green pass fino a quando i dati non ti dicono che l'indice di contagio è sotto controllo.

**Con l'epidemia è tornato fortemente alla ribalta il movimento dei no vax. Pur nel rispetto delle diversità di opinioni, non crede che sia stata data troppa visibilità alle ragioni di chi nega scienza ed evidenza?**

Sarò feroce nella risposta: la responsabilità non è solo politica ma anche del sistema dell'informazione. Non tutto il sistema ovviamente. Ma la comunicazione del Covid è stata gestita come uno show per fare audience. Non solo in Italia. In nessun Paese occidentale si è seguito un modello capace di trasmettere

## “SERVONO 75 MILIONI DI EURO STRUTTURALI MA NON CI SONO NEL FONDO SANITARIO”

la corretta informazione durante la pandemia. Si dà lo stesso spazio a scienziati e no vax, mettendoli spesso a confronto sullo stesso piano. Offrendo un palcoscenico a tesi senza evidenza, contribuendo a creare confusione tra i telespettatori. La comunicazione in tempo di pandemie dovrebbe avere regole d'ingaggio diverse rispetto ai talk politici. Non è una questione di informare e dare spazio al dissenso, che va sempre garantito, quanto di riuscire invece a creare un netto distinguo tra l'informazione evidence based e le opinioni che non trovano nessun riscontro scientifico. Nella costruzione invece del classico talk, il confronto è tra tifoserie: quelli che la pensano come me rimarranno dalla mia parte, chi la pensa diversamente resterà inamovibile. Questo non aiuta né a informare le persone né a gestire l'ansia e la paura crescenti in periodi d'incertezza

come quelli della pandemia. La gestione di una pandemia richiede una responsabilità collettiva. L'informazione è un fatto delicato e lo vediamo dai numeri del rapporto Censis: il 5,9 per cento delle persone crede che il Covid non esista e il 10,9 per cento che il vaccino sia inutile. Per la vaccinazione dei bambini, il 50 per cento dei genitori ancora non sa se vaccinare i figli e non sono tutti no vax. Semplicemente hanno paura e non trovano una risposta adeguata nei canali di informazione.

### **Anche alcuni pediatri consigliano di aspettare.**

Non tutti ma alcuni pediatri temporeggiano nonostante la Società di pediatria sia stata chiara fin dall'inizio. Questo è un tema che riguarda l'ordine dei medici. Anche per il morbillo abbiamo avuto lo stesso fenomeno ma sono stati fatti molti passi in avanti.

In tema di vaccinazioni dell'infanzia e dell'adolescenza, come negli anni precedenti, anche nel 2020 si osservano differenze tra le regioni relativamente alle coperture vaccinali. In particolare, **la copertura a 24 mesi contro la polio è superiore al 95% in 9 Regioni/Province autonome** (Valle d'Aosta, Pa Trento, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Molise, Campania, Sardegna), con 2 Regioni con valori superiori al 94% (Piemonte e Lombardia). **Valori inferiori al 90% sono stati registrati nella Pa di Bolzano** (80,83%) **e in Sicilia** (89,19). La copertura vaccinale per **morbillo a 24 mesi mostra un intervallo molto ampio (dal 43,43% della Basilicata al 95,67 della Toscana)**. Nel 2020 solo Lazio, Toscana e Pa Trento hanno raggiunto una copertura superiore al 95%, raccomandata dall'Oms, **mentre 4 regioni/Pa** (Bolzano, Abruzzo, Basilicata e Calabria) hanno registrato valori inferiori **all'80%**.

Fonte: Ministero della Salute

**Le donne sono il 70% della forza lavoro nel settore sanitario**, dice l'Organizzazione Mondiale della Sanità. **Ma solo il 25%** di loro occupa posizioni di leadership in Europa. **In Italia poi va ancora peggio: le donne sono il 63,8% del personale dipendente, quasi il doppio degli uomini**, secondo i dati del 2019 dell'Osservatorio sulle aziende e sul sistema sanitario Italiano Oasi. **Ma solo il 16,7% è in direzione generale**. E ancora: **le donne sono il 44% tra i medici delle aziende pubbliche** del Sistema Sanitario Nazionale, dice una ricerca della Bocconi. **Ma poi ricoprono solo il 17% dei ruoli di direttore di struttura complessa.**



### **Un suo emendamento al Ddl concorrenza introduce un nuovo meccanismo di selezione più meritocratico per i primari. Ci può illustrare la proposta?**

Il ddl concorrenza introduce un meccanismo di selezione dei primari molto simile a quello che avevo adottato per la scelta dei direttori generali delle Asl. Feci la riforma cercando di dare più autonomia alle direzioni generali e una scelta più meritocratica ma in parte è stata smontata dal ricorso delle regioni e ulteriormente annacquata dal decreto Calabria. Mi dispiace molto perché volevo si aprisse la strada per creare meccanismi selettivi meritocratici per dare maggiore responsabilità



alla parte manageriale con meccanismi sanzionatori e premiali al raggiungimento di obiettivi come per esempio la riduzione delle liste d'attesa. Ora nel ddl concorrenza il governo presenta un meccanismo simile per la scelta dei primari che ritengo molto lungimirante perché se la riorganizzazione complessa di un reparto è gestita in modo meritocratico tutto il reparto cresce. L'emendamento che propongo è non solo per

correggere alcuni passaggi ma anche per la rappresentanza di genere sia nelle commissioni che giudicano sia nella scelta dei primari. Non è possibile che i primari siano quasi tutti uomini quando nelle corsie in Italia ci sono soprattutto donne.

#### Perché secondo lei?

Perché chi sceglie è ancora in larga parte maschio. A parità di curriculum, spesso viene scelto un uomo. Gli ostacoli sono faticosi per le donne anche quando il loro curriculum è nettamente superiore. Poi gli

ostacoli nella carriera delle donne arrivano anche da fattori indiretti come la cura familiare. Quante volte la carriera di una donna è compromessa perché deve prendersi cura di un familiare, quando deve ricorrere alla 104 o si trova in un momento di difficoltà per la salute di un proprio caro. Ancora c'è molto da fare per introdurre elementi meritocratici che aiutino le donne a raggiungere una effettiva parità di genere.

**La demografia nel futuro vedrà un'Italia composta da persone sempre più anziane. Dall'altro lato il calo delle nascite sta condannando il nostro Paese all'estinzione. Ritene che i provvedimenti fin qui presi dal Governo siano sufficienti o serve un più forte intervento pari a quello che in altre nazioni europee (vedi la Francia) ha portato ad una inversione di tendenza?**

Stiamo facendo grandi passi avanti, finalmente il tema è nell'agenda politica, ma ancora le misure sono insufficienti. Tra le tante politiche necessarie voglio qui identificare due linee d'intervento: una sanitaria, l'altra sociale. Dal punto di vista sanitario, me ne sono occupata da ministro, bisogna attuare in tutta Italia la misura nei Lea per la procreazione medicalmente assistita. Abbiamo oggi una sofferenza delle coppie che vorrebbero avere figli, o dovuta all'età o a fattori clinici, per cui c'è un calo della fertilità sia maschile sia femminile. Ancora oggi, a

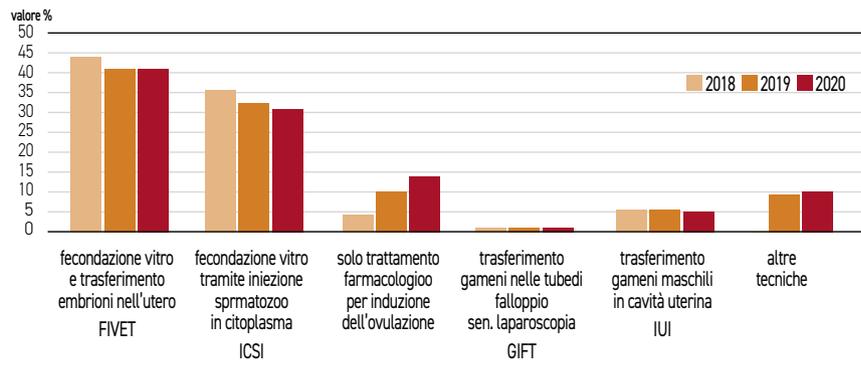
**Secondo i dati preliminari del più ampio studio internazionale sull'impatto della Pandemia sulla salute mentale e fisica di bambini e adolescenti, presentato nell'ambito dell'ultimo Congresso della Società Italiana di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza, Sinpia, il benessere psichico dei minori è diminuito di più del 10% a livello globale, con il raddoppio dei bambini sotto la soglia del disagio e con un aumento di rabbia, noia, difficoltà di concentrazione, senso di solitudine e di impotenza, stress, disturbi del sonno.** Ancora più gravi sono stati gli effetti della Pandemia per coloro che presentavano già situazioni di vulnerabilità o fragilità associate, come disturbi neuropsichici preesistenti, situazioni di fragilità sociale e difficoltà economiche, sovraffollamento, lutti, migrazione, impossibilità di accesso o insufficienza di strumenti elettronici per connettersi alla Dad e agli altri servizi. Per questa fascia di minori il peggioramento è stato quasi doppio rispetto ai coetanei sani, stimato di più del 25%. Un peggioramento certificato in Italia dal boom dei ricoveri nel 2021, dopo che nel 2020 a causa delle restrizioni per la Pandemia il numero degli accessi al pronto soccorso e in ospedale era precipitato del 25%, con oscillazioni tra il 10 e il 30% nelle diverse regioni. Ad oggi invece la situazione appare critica e gli esperti Sinpia parlano di una vera e propria onda di ritorno, con più dell'85% dei ricoveri in reparto avvenuti in urgenza, per pazienti con quadri clinici sempre più complessi, peggiorati dal ritardo nell'accesso ai servizi conseguente alla Pandemia. In alcune regioni, 1 minore su 4 viene ricoverato in un reparto di psichiatria dell'adulto per la carenza di posti letto di neuropsichiatria. **Tra le ulteriori criticità evidenziate, gli scompensi psichiatrici acuti nei ragazzi accolti in strutture residenziali educative e terapeutiche e nei minori stranieri non accompagnati,** per l'incrocio tra la vulnerabilità e gli aspetti post traumatici di base e una gestione purtroppo spesso troppo rigida da parte delle strutture delle restrizioni, con ancora rilevanti limitazioni alle attività e ai contatti con le famiglie e con l'esterno.

parte qualche regione, richiedere la procreazione medicalmente assistita nel pubblico è difficile. Alla fine le coppie si rivolgono alle strutture private con costi proibitivi. Sempre sul piano sanitario, bisogna fare prevenzione fin da piccoli per proteggere la propria salute e fertilità. Poi bisogna insistere con la prevenzione attraverso screening, visite ginecologiche e andrologiche che nei maschi si arriva troppo tardi, informare sui corretti stili di vita e combattere le malattie sessualmente trasmissibili. È importante anche essere consapevoli della propria fertilità per poter decidere con serenità se e quando diventare genitori. Dal punto di vista sociale, moltissimo c'è da fare per raggiungere il modello francese, abbiamo da poco introdotto l'assegno unico, rimane comunque un obiettivo la tassazione agevolata, asili, servizi di prossimità e aiuto concreto per i problemi delle famiglie. E infine sul piano culturale bisogna costruire città a misura di donna e bambini, così da rendere nuovamente accoglienti per i più piccoli le nostre comunità.

**Un tempo nelle scuole c'era il medico e il pediatra. Perché non reintrodurli?**

Abbiamo chiesto in parlamento la riorganizzazione dei sistemi di prevenzione per reintrodurre

**Distribuzione dei parti con procreazione medicalmente assistita secondo la tipologia di tecnica utilizzata 2018/2020**



Fonte: Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2020

la medicina scolastica. Oggi sarebbe stata utilissima per fronteggiare la pandemia. Una riorganizzazione del sistema in cui poter fare insieme ai pediatri screening sui bambini, controllare le vaccinazioni, compiere la visita andrologica, monitorare lo sviluppo scheletrico. Un buon servizio di medicina scolastica integrata da un servizio psicologico indispensabile per fronteggiare le crescenti problematiche dei giovani: disturbi alimentari, ansia, depressione, nuove e vecchie dipendenze.

**Manca la capacità organizzativa?**

No, mancano i soldi.

**A proposito di soldi, non si parla più del Mes. Eppure non sarebbe stato utile per la sanità?**

Per me fu un errore perché, come abbiamo visto, il Pnrr

ti permette di fare degli investimenti one shot ma sono infrastrutturali, declinati su immobili, strumenti e formazione. Non si può agire sulla spesa corrente in modo strutturato, quindi non si può assumere. Uno degli obiettivi che dobbiamo porci è aumentare il fondo sanitario in maniera sostenibile per il sistema. Dobbiamo arrivare, non dico a una proporzione pari al 10 per cento del Pil come in Germania, ma almeno all'8-9 per cento. In questi giorni facevo un calcolo per trovare le risorse per assumere mille psichiatri, psicologi e neuropsichiatri infantili, ovvero, lo standard minimo per riorganizzare la salute mentale sul territorio. Ebbene servono 75 milioni di euro ma non ci sono nel fondo sanitario. Questo è un tema di cui non si parla ma credo sia cruciale per la sostenibilità del sistema sanitario. Non possiamo permetterci di uscire dalla pandemia senza aver rafforzato il Ssn in modo strutturale e aver riorganizzato interi settori come cronicità e prevenzione.

**“ LA SOCIETÀ DEVE RENDERSI ACCOGLIENTE PER I BAMBINI E LE FAMIGLIE ”**



Paul Watzlawick, Beavine e Jakson nel loro libro fondamentale **Pragmatica della comunicazione umana, del 1967**, affermano che **“non si può non comunicare”**. Con ogni nostro comportamento, compreso il silenzio, comunichiamo qualcosa all'altro, essere consapevoli di questo implica anche assumersi la responsabilità dei messaggi che veicoliamo. Etica nella comunicazione significa allora anche riconoscere che con essa contribuiamo a definire significati e a co-costruire la realtà secondo il nostro personale punto di vista. **Regole e tecniche su come impostare una comunicazione saranno efficaci se utilizzate all'interno di una comunicazione etica dove ognuno potrà trovare un proprio stile comunicativo se partecipe autenticamente, secondo la propria personalità, nella relazione con l'altro.** Solo allora la comunicazione sarà personalizzata in base al nostro portamento, alla nostra fisionomia, agli accessori e al contesto in cui ci troviamo e solo allora potremo indossarla con disinvoltura e trovarci a nostro agio.

**L**a comunicazione scientifica ha sviluppato nel tempo una serie di caratteristiche peculiari; il suo primo obiettivo è quello di favorire lo scambio e la diffusione, nell'ambito della comunità scientifica, dei risultati

acquisiti e delle scoperte raggiunte, per facilitare ogni ulteriore progresso nei vari campi di ricerca. A questa prima ed essenziale funzione della comunicazione scientifica, se ne aggiunge una seconda non meno importante, quella propriamente detta della divulgazione scientifica, diretta a raggiungere con un linguaggio il più semplice possibile un pubblico il più ampio possibile. Si tratta quindi di due obiettivi complementari: informare e comunicare; il primo è centrato sull'oggetto, il secondo sulla relazione.

**Comunicare ciò che è oggetto di una conoscenza scientifica, verificata da organismi competenti ed indipendenti, superando spesso barriere complesse, offre alla scienza costanti e concrete possibilità di progresso e permette alle imprese un vantaggio competitivo reale**

di PAOLA BINETTI

# A SCIENZA



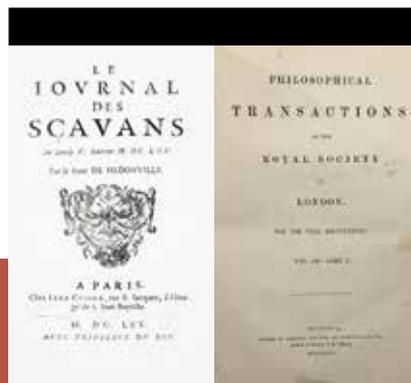
## “ COMUNICARE È UN'ARTE O, MEGLIO, UNA STRATEGIA CHE VA APPRESA ”

Per un ricercatore la pubblicazione su rivista scientifica assicura la diffusione e la circolazione del proprio lavoro, ne certifica il risultato, gli attribuisce il primato rispetto a ricerche parallele, rinsalda la reputazione scientifica dell'autore e gli assicura l'attribuzione di fondi per portare avanti la sua ricerca.

Per l'utente/utilizzatore, la consultazione dei lavori scientifici pubblicati dalla comunità dei ricercatori è di fondamentale importanza come fonte di aggiornamento, di crescita professionale e di stimolo alla produzione di nuova conoscenza.

**Nella filiera della ricerca, l'editoria scientifica riveste quindi l'importante funzione di certificazione e diffusione del risultato ed è evidente che ricerca ed editoria scientifica sono intimamente connesse tra loro:** solo un valido meccanismo di disseminazione dei risultati della ricerca alla comunità scientifica attraverso un sistema editoriale efficiente e ben funzionante può garantire qualità, successo e massimo impatto alla ricerca scientifica.

L'informare è la capacità di esprimere un sentimento, una opinione, una immagine attraverso la lingua parlata, uno scritto, un disegno, mentre la comunicazione implica il mettere in comune con uno o più soggetti una conoscenza acquista attraverso il proprio lavoro, il proprio studio, ecc. Sono termini complementari tra loro, perché sono complementari le due azioni, e l'una non si dà senza l'altra. Solo conoscendo in profondità qualcosa si può informare altri circa la sua natura, la sua evoluzione e le sue conseguenze e i suoi sviluppi. Ma questa informazione diventa feconda solo nell'ambito di una relazione che permetta di confrontarsi, di valutare le implicazioni che la nuova conoscenza comporta, mettendo in gioco il proprio giudizio critico, per selezionare ciò che



L'inizio della comunicazione scientifica si può far risalire all'Illuminismo, quando nel 1665 inizia la pubblicazione di due giornali di argomento scientifico: "Les journal des savants" a Parigi e a Londra "Philosophical transactions of the Royal Society of London". Da allora i periodici scientifici si sono affermati come principale mezzo della comunicazione scientifica.

vale la pena ricordare e provare ad applicare e ciò che invece sembra privo di fondamento. **Non a caso la scienza orienta la sua ricerca secondo due coordinate che a prima vista appaiono in aperta contraddizione: la specializzazione, che a volte diventa iper-specializzazione, e la trasversalità, che implica una vera e propria interdisciplinarietà dei campi di indagine.** Nel primo caso abbiamo una linea di approfondimento monotematica, con ambiti di conoscenza sempre più precisi e puntuali, spesso di carattere rigo-

rosamente sperimentale, con articoli pubblicati su riviste ultra-specialistiche. Nel secondo caso è prevalente l'aspetto traslazionale della ricerca, con ricadute sempre più vaste anche sul piano sociale. In ogni caso è la forte integrazione tra i due modelli che consente una crescita esponenziale di ricerche e di sperimentazioni applicative. Può essere un buon esempio per comprendere meglio ciò che presuppone questa apparente contraddizione, pensare in questo nostro tempo di pandemia da Covid-19, come sia stato indispen-



sabile disporre di conoscenze relative al virus estremamente precise sulla sua natura, i suoi meccanismi di riproduzione e di diffusione, ecc. Ma per gestire la pandemia e garantire un adeguato livello di salute pubblica è stato necessario mettere mano ad una molteplicità di saperi diversi da far convergere in un unico progetto: e questo ha richiesto una intensa attività di ricerca, di integrazione e di valutazione scientifica, sociale ed economica.

**Comunicare ciò che è oggetto di una conoscenza scientifica, verificata da organismi competenti indipendenti, superando spesso barriere complesse, offre alla scienza costanti e concrete possibilità di progresso e permette alle imprese un vantaggio competitivo reale.** Si tratta di una scoperta degli ultimi decenni, che ha profondamente modificato stili cognitivi, tecnologie informative, accesso alle risorse e strategie di governo. Trasmettere le conoscenze consolidate alle generazioni future è



sempre stato una sorta di imperativo categorico a cui non ci si può sottrarre; ha creato scuole di pensiero, comunità scientifiche in progress; ha permesso ai più giovani di inserirsi nei gruppi di ricerca, ha acceso curiosità ed entusiasmo. Ha rivalutato la divulgazione scientifica facendone percepire tutta la forza anche sul piano strategico delle decisioni da prendere.

### Il ruolo sociale della comunicazione scientifica

Oggi possiamo affermare con chiarezza che è cambiato il ruolo sociale della scienza, sollecitata a rispondere in modo sempre più veloce ad obiettivi di ricerca e di sviluppo, a bisogni di innovazione che

Al rapporto sempre più complesso tra Scienza e la sua trasmissione è dedicato l'ultimo numero de L'Arco di Giano. Un numero a tutto tondo per le diverse sfaccettature prese in esame dagli autori molto diversi per cultura di provenienza e per esperienza professionale. L'attuale pandemia da Covid-19

### SULL'ULTIMO NUMERO DELLA RIVISTA L'ARCO DI GIANO La globalizzazione della comunicazione scientifica: sfide e prospettive

è caratterizzata da una nuova e originale dimensione comunicativa, per la quale è stato addirittura coniato un vero e proprio neologismo: Infodemia. Una sorta di pandemia dell'informazione, in cui il virus circolante è quello dei dati aggiornati in tempo reale, sui contagiati, i ricoverati, i morti; e poi sui tamponi fatti, sugli indici Rt; e poi sui vaccini: quali, quanti, dove, ecc... Tutto ciò si è trasformato in una sorta di overdose informativa, divenuta inizialmente una vera e propria bulimia da informazione, ma che poi è lentamente degenerata in una rissa tra esperti, che sono stati sovraesposti sui vari mass media: dalla carta stampata ai canali televisivi; dai social ai blog; dai convegni ai talk show. Questo è il contesto in cui ha preso forma questo numero de L'Arco di Giano, in cui sono presenti autori molto diversi per cultura ed esperienza professionale che, nel loro insieme, danno ragione di come si vada facendo sempre più complesso il rapporto tra la scienza e la sua trasmissione fuori da quei contesti fortemente elitari come sono i laboratori di ricerca, le cattedre universitarie, ecc. Ma questa informazione, per raggiungere correttamente tutti i soggetti, non può ignorare la distinzione tra lettori esperti e non esperti. Il vero effetto paradosso oggi è che tutti sono, o diventano, esperti secundum quid, ma nello stesso tempo tutti sono inesperti.

la società sollecita e che l'industria pretende per garantirsi una adeguata crescita sul mercato economico e finanziario. Per questo i governi finanziano la ricerca, selezionando gli obiettivi di maggior interesse in una determinata fase della vita del Paese, ma ciò nonostante occorre riconoscere che in Italia la ricerca è

finanziata in misura sostanzialmente insufficiente. Se l'informazione scientifica svolge un ruolo insopprimibile per tutta la comunità scientifica a livello mondiale, bisogna riconoscere il ruolo svolto della divulgazione scientifica, quale strumento d'informazione e di coinvolgimento del grande pubblico, ai fini di un equilibrato sviluppo della cultura complessiva delle varie componenti sociali. Per raggiungere gli

“ AD APRILE 2020 NEL PERIODO DI LOCKDOWN GLI ARTICOLI RIGUARDANTI LA SCIENZA HANNO RAGGIUNTO DEI PICCHI MAI VISTI IN PASSATO ”





ed amplia il patrimonio complessivo delle opinioni di un ambiente sociale, in un processo di evoluzione e di crescita.

I fatti, gli accadimenti di per sé stessi non costituiscono un'informazione e rimarrebbero sconosciuti se non fossero inseriti in un processo di apprendimento, valutazione e trasferimento di un idoneo messaggio ad altro o altri soggetti.

Il dato acquista significato attraverso molteplici relazioni, diviene informazione quando si carica di significati, che il soggetto percepisce come utili e interessanti per sé stesso. E oggi si può affermare che il processo vale anche in senso inverso; ossia la ricerca scientifica si è mobilitata quando ha percepito che una determinata questione riceveva dall'opinione pubblica un preciso incentivo per un tema particolare, e questo interesse avrebbe potuto anche mobilitare risorse ed energie a vantaggio della stessa attività di ricerca. A questo livello prevalgono immagini metaforiche e semplificazioni, che tendono a ridurre le incertezze e le controversie proprie del metodo scientifico. Studi di sociologia della scienza presentano numerosi



## “ CON L'ESPRESSIONE DIVULGAZIONE SCIENTIFICA SI INTENDE LA DIFFUSIONE DELLE CONOSCENZE SCIENTIFICHE AL GRANDE PUBBLICO ”

casi in cui la comunicazione dell'attualità ha sostenuto una particolare tesi scientifica e ha influenzato l'andamento della ricerca. Tali casi non seguono il modello lineare di divulgazione, ma evidenziano un ruolo attivo sostenuto soprattutto in casi di controversia dall'opinione pubblica e un più complesso processo di interazione tra il discorso scientifico e le spinte sociali ed economiche.

### Produrre l'informazione scientifica

La comunicazione scientifica è il processo di pubblicazione e divulgazione dei risultati della ricerca di istituzioni private o accademiche. Generalmente ci si riferisce con questo termine

alle riviste destinate alla comunità scientifica (un esempio illustre sono Nature e Science), mentre si usa l'espressione divulgazione scientifica quando si intende la diffusione delle conoscenze scientifiche al grande pubblico, svolta in Italia da riviste come Le Scienze, programmi televisivi come Quark e siti come MolecularLab.

Nella vita quotidiana troppo spesso si dà per scontato che comunicare sia una questione banale, una dote "naturale" tanto che ci stupiamo poi di quanti fraintendimenti e incomprensioni possano avvenire. Ma allora comunicare è un'arte o, meglio, una strategia che va appresa? Che la comunicazione non sia una competenza scontata né



## ““ OGGI POSSIAMO AFFERMARE CON CHIAREZZA CHE È CAMBIATO IL RUOLO SOCIALE DELLA SCIENZA ””

banale è evidente soprattutto nella complessità del mondo in cui viviamo oggi dove le possibilità di comunicare e interagire si moltiplicano di giorno in giorno. **Difficilmente però l'apprendimento di principi e tecniche che ci dicano cosa fare e non**

**fare potrà essere sufficiente ad una comunicazione efficace se non siamo eticamente calati nella volontà di scambio e di relazione con l'altro:** mimare tecniche e strategie comunicative che non ci appartengono sarà come indossare un

vestito in cui non riusciremo a riconoscerci rendendoci ancora più goffi e impacciati.

La possibilità di produzione di informazione scientifica in senso stretto è legata a due presupposti:

- a) che vi sia un flusso continuo di ricerche, studi e in genere di attività scientifiche portato avanti da strutture e istituzioni private e pubbliche, che assicurino il turn over delle risorse umane;
- b) che vengano destinati mezzi finanziari sufficienti e congrui da parte dei settori privati e pubblici, per il mantenimento dell'attività scientifica nel suo complesso, ivi comprese le attività di supporto, come quella della comunicazione scientifica.

La comunicazione scientifica è molto importante soprattutto in questo periodo funestato dal Covid-19, il digitale ha creato una pluralità di informazioni veritiere e false, che sono controproducenti all'informazione dei lettori. I canali social inizialmente hanno aiutato a diffondere le



**FameLab è il primo talent della scienza, la competizione internazionale di comunicazione scientifica per giovani ricercatori e studenti universitari.**

**I partecipanti hanno solo tre minuti per conquistare giudici e pubblico parlando di un tema scientifico che li appassiona e che raccontano con chiarezza, esattezza e carisma.**

Ideato nel 2005 dal Cheltenham Science Festival coinvolge oggi oltre 30 paesi in tutto il mondo e dal 2012 si svolge in Italia grazie alla collaborazione tra Psiquadro, coordinatore nazionale, e British Council Italia, l'ente culturale britannico che ne ha promosso la diffusione a livello globale.

Dal 2012 ad oggi FameLab Italia ha toccato 20 città e coinvolto oltre 1.000 giovani ricercatori grazie ad una collaborazione con più di 80 partner culturali tra Università, Istituti di Ricerca e enti pubblici, società di comunicazione della scienza, musei e media partner.

FameLab 2020 ha coinvolto 15 città nelle quali sono stati selezionati i 21 finalisti che hanno partecipato FameLab Masterclass una scuola intensiva in comunicazione della scienza in vista della Finale Nazionale di Trieste del 31 agosto e della finale internazionale di Cheltenham di novembre. Nel 2021 FameLab ha visto la partecipazione di 8 città: Ancona, Brescia, Camerino, Catania, Genova, Pisa, Sassari e Trieste.

conoscenze scientifiche, dando maggior spazio anche a riviste poco lette, anche se con il passare degli anni si sono diffuse a macchia d'olio anche le fake news, ognuno può scrivere articoli senza avere conoscenze sulla materia oppure partecipare ai dibattiti con commenti o condivisione dei post. Nella comunicazione soprattutto in quella scientifica bisogna diffidare dei non esperti del settore, ma affidarsi specialmente a persone qualificate in quel ambito, che hanno svolto studi o approfondimenti su quella tematica, ora è più semplice verificare l'autorevolezza della fonte, digitando sui motori di ricerca il nome dell'esperto e vedere le pubblicazioni o gli studi fatti.

**I canali digitali sono gli strumenti preferiti dal 80% degli italiani, dove si trovano le risposte e informazioni utili, soprattutto i social network attraverso le chat hanno permesso di comunicare facilmente con le istituzioni,** che stanno potenziando sempre di più i canali comunicativi, rimanendo sempre attivi al servizio del cittadino,

negli ultimi anni molte aziende ricercano profili nell'ambito della comunicazione scientifica.

**I social network stanno diventando il canale di comunicazione principale, ad aprile 2020 nel periodo di lockdown gli articoli riguardanti la scienza hanno raggiunto dei picchi mai visti in passato, l'enorme quantità di dati che circola online porta da un lato a un sovraccarico informativo e dall'altro al rischio di diffusione di "fake news",** per questo motivo l'esperto della comunicazione deve essere competente a rivolgersi anche ai non addetti ai lavori scrivendo e rappresentando la scienza in maniera estesa e chiara, dando maggiore risalto alle fonti, così dà la possibilità ai lettori di riconoscere la veridicità della news.

Con l'avvento del Web, nei primi anni novanta, il mondo della comunicazione scientifica (in un primo tempo soprattutto accademica e americana) coglie le nuove opportunità fornite dalla standardizzazione e usabilità del mezzo. I vantaggi della pubblicazione scientifica

on line, ormai ampiamente affermata grazie ai periodici elettronici (o e-journals), si riscontrano nell'eliminazione dei costi tipografici, di magazzino e distribuzione. Però, a differenza di quanto ottimisticamente previsto all'inizio della "digital revolution", non si è determinato il superamento della crisi del settore. I costi di acquisizione, selezione, recensione ed editing, cosiddetti di "prima copia", incidono fino all'80% sul costo totale della pubblicazione, a prescindere dal fatto che essa sia cartacea o digitale. Al fine ridurre i costi di "prima copia", è sorta quindi l'esigenza di progettare sistemi di integrazione informatica per rendere più efficienti e veloci tutte le peculiari fasi del processo editoriale della comunicazione scientifica on line, dall'acquisizione del documento alla sua pubblicazione.

In questa prospettiva la divulgazione è stata definita "attività di mediazione", tra mondo scientifico e pubblico, o "opera di volgarizzazione", per rendere accessibili linguaggi e contenuti, altri-

menti incomprensibili. In definitiva, la divulgazione scientifica va considerata come una tecnica che attraverso l'utilizzo dei linguaggi propri di ciascun mezzo della comunicazione, riesce con elementi di novità a legare i difficili contenuti della scienza agli interessi momentanei del pubblico, polarizzandone l'interesse. A volte sono il risultato di una tradizione che si richiama alla storia, alla fede religiosa, alle ideologie; altre volte sono legate ad avvenimenti contingenti, a particolari fatti politici, o economici del momento, a mutamenti delle circostanze. Oppure, come è avvenuto in questo ultimo periodo, alla pandemia, che ha fatto un numero impressionante di morti, ha messo in ginocchio l'economia di molti paesi; ma ha permesso alla scienza di scoprire in pochi mesi un vaccino, che in altri tempi avrebbe richiesto anni di studi, di ricerche di conferme. Ha attivato una scienza dell'organizzazione per distribuire al mondo intero un vaccino che è risultato un vero e proprio salvavita, in un gigantesco esperimento in cui morte e vita si sono profondamente intrecciate, come mai si era visto in precedenza.

“ IL DIGITALE HA CREATO UNA PLURALITÀ  
DI INFORMAZIONI VERITIERE E FALSE ”

# Problemi di comunicazione

Potrebbe sembrare un fatto senza importanza. Merita, invece, qualche riflessione la decisione del Consorzio di tutela del Parmigiano di modificare lo spot pubblicitario accusato, sui social e poi anche da politici di primo piano, di irridere alle conquiste del mondo del lavoro

di GIOVANNI MONCHIERO



Lo spot del Parmigiano Reggiano firmato dal regista Paolo Genovese accusato di "celebrare" lo sfruttamento dei lavoratori.

**A**uscitare tanto sdegno, le parole di un immaginario casaro che si dichiara felice di lavorare 365 giorni l'anno. Un'innocente iperbole, fra le tante che affollano il mondo della pubblicità. E

che può scandalizzare solo chi non ha mai visto una mucca da vicino. Che un dipendente di un'azienda casearia o di un allevamento industriale lavori tutti i giorni, senza ferie né riposi, è oggi semplicemente impossibile. Ma per le piccole

imprese agricole a conduzione familiare, accudire bovini, ovini o anche solo bestie da soma è stata la regola per millenni, fino alla meccanizzazione, compiutasi, qui da noi, da mezzo secolo o poco più. Per i piccoli malgari è ancora così. Pecore, capre e mucche vanno accudite e munte ogni giorno, anzi due volte al giorno, e in alpeggio non ci sono molte possibilità di avere un cambio. Un vincolo estremo, che comporta una grande

passione per il proprio lavoro. Sono portato a credere che esistano malgari felici, ma dirlo non sarebbe politicamente corretto.

L'attenzione a non urtare la sensibilità altrui - in alcuni campi, non tutti - è diventata una sorta di contrappasso per una società dove la menzogna è generalmente tollerata; molto più di quanto non avvenisse in passato, quando la maggior parte delle relazioni economiche si fondava sulla parola. Essere credibili

era una necessità.

Poi è arrivata la rivoluzione industriale: produzione sempre crescente, estensione indefinita dei mercati, pubblicità dei beni di consumo come strumento indispensabile dello sviluppo. La pubblicità, nata con le insegne, invade gli spazi pubblici e gli strumenti di comunicazione. Si passa dai manifesti alla forma scritta sui giornali, ai messaggi verbali alla radio, alle scenette al cinema e in televisione. Con internet e i social la pubblicità si insinua ovunque in forme anche subdole, utilizza e finanzia la notorietà, comunque acquisita. La veridicità di quel che si afferma è un dettaglio trascurabile, fino alla aberrazione finale: produrre fake news diventa un affare.

**La comunicazione di chi gestisce la cosa pubblica - sin dall'antichità incline alla propaganda - si è adattata alle nuove opportunità ed occupa il centro delle relazioni politiche.** Quante volte, anziché approfondire il problema abbiamo sentito lamentare un errore di comunicazione? Un errore appunto, come tale scusabile.

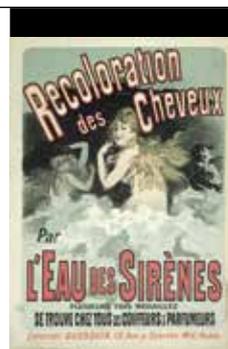
Ho accompagnato una anziana parente con serie difficoltà motorie al piccolo centro vaccinale della mia cittadina (ridicolo chiamarlo hub) per la terza dose: il caos. Per le prime due somministrazioni tutto si

era svolto in modo rapido ed accogliente. Stavolta una marea di gente, in gran parte non prenotata, mezz'ora di pre-coda al freddo (3° sotto zero), finché un'anima buona ha annunciato che sarebbero state vaccinate solo le persone prenotate sulla piattaforma regionale: gli altri potevano tornarsene a casa.

Non è un caso isolato. Molti hanno vissuto esperienze simili. E nei recessi delle cronache si trovano, seminascoosti, resoconti di assembramenti analoghi per ogni dove. Qualche esperto dirà che si è trattato di veniali errori di comunicazione. Credo invece che si tratti di una somma di errori di valutazione, con le solite varianti regionali. Qualcuno ha chiuso gli hub maggiori, altri hanno limitato la diffusione sul territorio puntando su concentrazioni di attività a livello intermedio. Tutti hanno ridotto il numero dei vaccinatori, proprio nel momento in cui – fra timori per l'incremento dei contagi, accelerazione delle terze dosi, estensione ai bambini delle elementari e conversioni forzate dal super green pass – si stava ampliando la platea dei vaccinand, con l'effett-

to, inevitabile, di produrre confusione e disagio. Che nessuna comunicazione edulcorata è riuscita a nascondere.

Questo è un dettaglio. C'è di peggio. Quando si studieranno, con il necessario distacco dall'attualità, i guasti provocati dal Covid, emergerà, in tutta evidenza, la perdita di credibilità del sapere scientifico. Mai, da quando si è data sistematicità di scienza, la medicina era stata tanto contestata dalla gente comune. Un segno dei tempi, certo. **La disponibilità di una marea di informazioni consente ad ognuno di formarsi una propria opinione con il supporto di un minimo di fondamento tecnico. Ma è stata la dissonanza all'interno della stessa comunità scientifica a dare indiretto conforto a qualsiasi ghiribizzo.** Non mi riferisco al dibattito scientifico vero e proprio, che non esce dalla ristretta cerchia degli studiosi, ma a quel cicaleccio pubblico di scienziati avidi di popolarità che hanno quotidianamente animato i salotti televisivi e le polemiche sui social, contribuendo allo scetticismo collettivo. In parallelo, altri uomini di sapere, giuristi e filosofi, hanno preso spunto dagli



Con l'invenzione della litografia, ad opera di Aloys Senefelder nel 1796, l'immagine fa capolino nei manifesti sui muri delle grandi città europee come Londra e Parigi.

accadimenti per dare vita ad un curioso dibattito sulla libertà di pensiero messa in pericolo dalle politiche sanitarie. Sarà capitato a molti di ascoltare un filosofo assunto a fama popolare assimilare le campagne vaccinali alle leggi naziste per la tutela della razza.

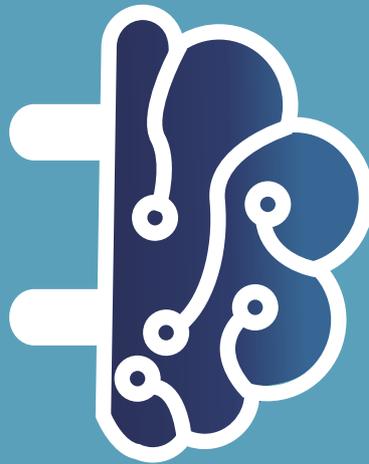
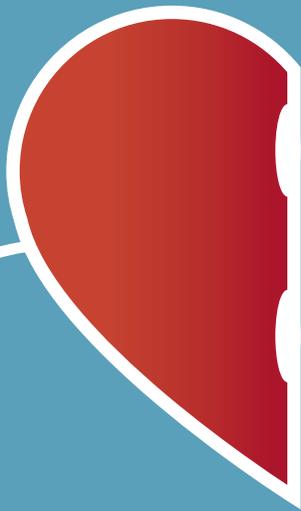
Si è innescato un circolo vizioso. In nome della libertà di opinione si è dato spazio a qualsiasi opinione, come se libertà fosse sinonimo di equivalenza e garanzia di fondatezza.

In nome della libertà – si difendono i conduttori dei talk-show – si sono andati a scovare i personaggi più improbabili, portatori delle opinioni più assurde espresse in termini assolutamente assertivi.

**Mettere un ciarlatano accanto ad uno scienziato li colloca sullo stesso piano, li rende egualmente credibili.** Questo non è un servizio reso alla libertà e all'uguaglianza, ma la solita concessione alla legge dello spettacolo, figlia dell'economia. **Lo spettacolo fa audience, l'audience fa cassa.**

Analoga è anche la regola aurea della comunicazione cosiddetta libera. Se non vendi pubblicità non guadagni, senza utili la comunicazione non si sostiene. **La comunicazione istituzionale, dal canto suo, si finanzia per altre vie e potrebbe anche permettersi il lusso di essere seria, se ciò non contrastasse con le esigenze della propaganda.** Elemento che accomuna totalitarismi e democrazie: gli uni devono conservare il muto consenso del popolo, le altre chiedere, ad ogni tornata, i voti al corpo elettorale. Morale, sconcertante, di questo discorso. Può anche valere la pena di approfondire i problemi della comunicazione. Purché non ci si nasconda che è la comunicazione stessa a costituire un problema.

“ QUANTE VOLTE, ANZICHÉ APPROFONDIRE IL PROBLEMA, ABBIAMO SENTITO LAMENTARE UN ERRORE DI COMUNICAZIONE? ”



# L'incredibile **fragilità** della nostra identità

**È possibile avvicinare l'orizzonte logico/biologico della scienza a quello antropologico/umanistico della salute come bene umano? Tutto dovrebbe indurci a dire di sì, anzi ad auspicare che questo possa rivelarsi come costitutivo della nostra identità**

di FRANCESCO D'AGOSTINO

**C**he la comunicazione scientifica sia diventata difficilissima da quando la pandemia da Covid-19 si è abbattuta in forme e secondo modalità inaspet-

tate nel mondo contemporaneo è sottoglieschi di tutti. Che tale comunicazione abbia assunto dinamiche epistemologiche dotate di una loro sottile pervasività non è però stato colto

dalla pubblica opinione nel modo più adeguato. Per i più, i vivaci dibattiti tra scienziati, politici e opinionisti hanno acquisito la valenza di meri scontri ideologici, utili a ingigan-

tire l'audience televisiva. Per altri, forse numericamente non prevalenti, ma in genere dialetticamente molto più sottili, intorno al concetto stesso di virus e alla sua nefasta operatività si è venuta a creare una battaglia più antropologica che cognitiva, col risultato che accanto agli scienziati sono scesi in campo filosofi, storici e umanisti, creando dissonanze concettuali inaspettate e che sarebbe stato molto meglio evitare. Il risultato complessivo, infatti, dei dibattiti che

si sono svolti nelle ultime settimane non solo ha avuto un carattere caotico, già di per sé antiscientifico, ma soprattutto un carattere superfluo e narcisisticamente polemico, sul quale prima o poi sarà necessario riflettere.

Il cuore del problema infatti è questo: esiste un sentiero cognitivo affidabile che possa aiutarci ad assumere pratiche sociali corrette in ambito sanitario? Oppure le pratiche sanitarie, da quelle più lievi a quelle più complesse, vanno fondamentalmente ricondotte a scelte di carattere individuale, che investono categorie antropologiche di estrema complessità, come quelle che siamo abituati a ricondurre alla logica dei diritti umani fondamentali? In altre parole, **la "salute" è un bene umano, tematizzabile come "valore", oppure è una categoria scientifica, tematizzabile attraverso astrusi algoritmi?**

L'alternativa è decisiva. Se la salute, intesa come bene umano, è un valore, il suo "luogo" non può che essere il "cuore", comunque si voglia intendere questo termine così affascinante e così sfuggente. Il cuore si ripiega su sé stesso, quando la salute, la salute

propria o quella di persone a noi care, entra in crisi e noi percepiamo l'estrema difficoltà di riportare in equilibrio ciò che sembra aver perso il suo "logos" interno. La malattia ci fa soffrire moralmente più che fisicamente, perché avvertiamo che essa ci allontana da noi stessi e che la riconquista del nostro io è un'impresa necessaria, ma per la quale ben pochi di noi sono attrezzati. Se invece la salute non è un "valore", ma l'esito di un equilibrio biologico, prezioso, anzi preziosissimo perché calcolabile, il suo "luogo" è una lavagna, un pezzo di carta, il monitor di un computer, qualunque spazio che possiamo utilizzare per registrare dati che ci concernono e che non possiamo e non dobbiamo lasciar volatizzare: sono dati che ci rappresentano, ma che non coincidono con la nostra identità più propria. **E quando questi dati entrano in conflitto tra di loro, non al calore del "cuore" possiamo appellarci, ma alla freddezza della nostra ragione, alle sue potenzialità calcolanti: potenzialità, ahimè, rigorose, ma povere, stringenti e lucide, ma (ancora una volta ahimè) di rilievo umano estrema-**

## L'etica della comunicazione

**Le conoscenze scientifiche hanno un certo grado di certezza che deriva loro dalla serietà con cui si è applicato il metodo scientifico alla riflessione critica dei dati ottenuti. Ciò che rende etica e quindi efficace la comunicazione è il tipo di atteggiamento che abbiamo verso noi stessi e verso l'altro, è la competenza a costruire uno scambio relazionale con l'interlocutore, ad incontrare l'altro, e non a ridurlo a mero contenitore ricevente del nostro punto di vista. Una comunicazione è eticamente fondata solo se poggia su valori di: rispetto, consapevolezza e responsabilità.** Le opinioni più salde e cristallizzate, i cosiddetti valori, costituiscono punti di riferimento, cui ancorare programmi politici, progetti sociali, accordi internazionali. L'opinione non è solo un modo di interpretare la realtà, in contrapposizione alla realtà scientifica o ad altre verità esterne all'uomo, ma è la percezione pensata e conoscibile dell'universo mentale umano. Si parla spesso dell'etica della ricerca e secondo alcuni occorre obbligare gli scienziati ad osservare regole etiche, esercitando se necessario anche un controllo sociale sulla scienza, senza che questo implichi una sfiducia nella capacità degli scienziati di darsi regole etiche. Ma anche chi fa informazione deve darsi un codice etico proprio per il forte impatto che può avere sulla opinione pubblica se non si attiene ad un totale e profondo rispetto per l'oggettività dei dati riferiti, per la persona dell'altro: sia il ricercatore, che il fruitore delle informazioni trasmesse, e per rispetto alla sua stessa coscienza di uomo e di comunicatore.

Paola Binetti

**mente ridotto. È possibile far comunicare questi due orizzonti, è possibile avvicinare l'orizzonte logico/biologico della scienza a quello antropologico/umanistico della salute come bene umano?** Tutto dovrebbe indurci a dire di sì, anzi ad auspicare che questo possa rivelarsi come costitutivo della nostra identità. E tutto, nel frattempo, dovrebbe indurci a riflettere sull'incredibile fragilità di questa nostra

identità, incapace di radicarsi definitivamente nel cuore e nella ragione e di fondere l'uno nell'altra. È per questa ragione che è bene non illudersi con troppa facilità: la comunicazione tra i due ambiti del sapere cui ho fatto cenno non solo è ardua, ma quasi impossibile, almeno fino a quando il sapere (quello del cuore e quello della ragione) resteranno arroccati e reciprocamente ostili. E fino a quando questa reciproca ostilità non troverà il modo di sciogliersi, secondo modalità che sono ancor oggi imprevedibili.

“ LA MALATTIA CI FA SOFFRIRE MORALMENTE PIÙ CHE FISICAMENTE ”

# #COVER STORY

**T**ra i vari fenomeni evidenziati dalla pandemia vi è quello della sfiducia nella scienza, ed in particolare nei vaccini e nelle disposizioni

anti-virus, che getta nuova luce sul tema annoso dei rapporti che intercorrono tra scienza, politica e convinzioni individuali. A proposito delle convinzioni individuali, il Rapporto annuale del Censis sulla situazione sociale

del paese, presentato al pubblico come ogni anno il primo venerdì di dicembre, ci descrive un quadro critico. Secondo i dati riportati, per il 5,9% degli italiani il Covid non esiste, per il 10,9% il vaccino è inutile e inefficace, per il 31,4% è un farmaco sperimentale e le persone che si vaccinano "fan-noda cavie", per il 12,7% la scienza produce più danni che benefici. Ed inoltre su temi di più lunga data e relativi ad altre aree dello sviluppo scientifico: il 5,8% è convinto che la terra sia piatta, per il 10% l'uomo non è mai sbarcato sulla luna, per

il 19,9% il "5 giga" è uno strumento sofisticato per controllare le persone. Per cui l'antiscienza e la "tecnofobia" si accompagnano alle teorie cospirazioniste, rilevate dal Censis nel 39,9% degli italiani che pensano addirittura che si vada verso "una sostituzione etnica a causa dell'arrivo degli immigrati (...) e per interesse e volontà di presunte opache élite globaliste".

Per quanto riguarda la comunicazione ed il ruolo degli esperti interrogati in televisione, poi, i dati del Censis mostrano una sfiducia particolarmente alta ed il paese si spezza a metà. Il ruolo degli esperti risulta infatti positivo per il 54,2% del campione intervistato, negativi invece per il 45,8%.

Il Censis ne trae la conclusione che "l'irrazio-

**Il fenomeno cosiddetto dei "No Vax" e soprattutto quello dei "non Green Pass", sembra che abbia a che vedere con il ciclo socio-economico e l'aggravarsi della condizione sociale, e con la mancata risposta ai bisogni delle categorie più toccate dalla crisi da parte delle istituzioni**



di CARLA COLLICELLI

## Pandemia, scienza e magia



nale ha filtrato il tessuto sociale” e “si osserva una irragionevole disponibilità a credere a superstizioni premoderne, pregiudizi antiscientifici, teorie infondate e speculazioni complottiste”. “Accanto alla maggioranza ragionevole e saggia si leva un’onda di irrazionalità. È un sonno fatuo della ragione, una fuga fatale nel pensiero magico, stregonesco, sciamanico, che pretende di decifrare il senso occulto della realtà”. Ma è proprio così? **Stiamo tornando indietro, nella cultura collettiva, rispetto alla fiducia nel valore della scienza, delle sue affermazioni e degli strumenti tecnologici e scientifici messi a disposizione dell’umanità per combattere le malattie e gli altri mali dell’esistenza?** Studi precedenti suggeriscono di tenere conto di altri dati e di altri fattori in gioco.

Rispetto ai dati, uno studio condotto tra il 9 ed il 14 marzo 2020 dal Cnr evidenziava che la fiducia nella scienza e negli scienziati era molto alta: gli scienziati erano secondo questa indagine la fonte più affidabile

(92,6%), seguita dai siti internet ufficiali (89,6%). Ma anche la fiducia nelle istituzioni rispetto alle misure di contrasto contro la diffusione del virus era piuttosto alta (75%), e per il 79,3% degli intervistati le autorità pubbliche erano competenti per decidere in merito all’emergenza Covid-19. Più alta ancora (82,7%) risultava la fiducia nelle linee guida emanate ed anche l’affidabilità delle autorità pubbliche come fonti di informazione risultava alta (77,6%). Le tendenze per gli scenari futuri rilevati dall’indagine prospettavano addirittura un incremento di fiducia dei cittadini nella scienza per il 72,8% degli intervistati; per il 57% un incremento di fiducia e solidarietà tra i cittadini e per il 54,4% un incremento di fiducia dei cittadini nelle istituzioni.

**E rispetto ai fattori in gioco, il cambiamento di scenario rimanda ad almeno due elementi importanti: quello temporale, relativo al prolungarsi della pandemia dalla primavera del 2020 fino all’autunno del 2021 ed alla prospettiva di ulteriore prolungamento;**



## Gli esperti in tv? Promossi solo dalla metà degli italiani.

Secondo il Rapporto Censis le opinioni sulla presenza sulla ribalta mediatica degli esperti nei vari campi della medicina è positivo per il degli **54,2%** degli italiani, dei quali il **15,5%** ritiene siano stati **indispensabili** per avere indicazioni sui comportamenti corretti da adottare e il **38,7%** perché sono stati **utili per comprendere quello che stava accadendo**. I giudizi sono invece **negativi per il 45,8%** considerati inutili, anzi, per il **34,4%** hanno creato **confusione e disorientamento se non addirittura danno per l’11,4%**, per il troppo allarmismo.

**e quello relativo alla crisi economica indotta dalla pandemia.** E proprio la concomitanza dei due fattori potrebbe aver provocato negli italiani, ad un anno di distanza, una impennata degli atteggiamenti di paura e di sfiducia nella scienza ed un ampliamento della platea delle persone fortemente sfiduciate. Il che sarebbe confermato dai dati del 2020 sulla fiducia dei consumatori, che mostrava un trend già allora decrescente. Da cui l’interesse di un’altra osservazione formulata dal Censis nel Rapporto 2021, secondo cui il

calo di fiducia sarebbe determinato dal disagio diffuso, sia psicologico che economico. “Siamo nel ciclo dei rendimenti decrescenti degli investimenti sociali. E per l’81% degli italiani oggi è molto difficile per un giovane ottenere il riconoscimento delle risorse profuse nello studio”. In altre parole sembra di poter dire che il fenomeno cosiddetto dei “No Vax” e soprattutto quello dei “non Green Pass”, più che con la magia, abbia a che vedere con il ciclo socio-economico e l’aggravarsi della condizione sociale, e con la mancata risposta ai bisogni delle categorie più toccate dalla crisi da parte delle istituzioni.

“ **STIAMO DAVVERO TORNANDO INDIETRO RISPETTO ALLA FIDUCIA NEL VALORE DELLA SCIENZA?** ”

# Ascoltiamo le associazioni

**La fiducia reciproca è un grande collante delle grandi imprese, ma il buon esempio deve darlo chi si trova in posizione di comando, superando la diffidenza con cui si è sempre guardato il mondo fuori dall'ambiente istituzionale**

di TERESA PETRANGOLINI

**C**hi sono i protagonisti della gestione della grande pandemia Covid-19? Sicuramente gli operatori sanitari, il vero avamposto della lotta al virus, che in silenzio hanno gestito una situazione difficilissima fatta di paura, dolore, incertezza, fatica. Quelli che però si sono visti e si continuano a vedere sono gli esperti in TV, ogni giorno da quasi due anni. Questo sarebbe normale perché l'informazione in questi casi è essenziale. Il problema è che essa non è stata univoca ma caotica e contraddittoria, dominata

più dalle opinioni che dai fatti, ingenerando nei cittadini confusione e, ancora peggio, l'idea che se anche gli scienziati non sono in grado di comunicare la scienza, tanto vale farsi una idea personale, sostitutiva e alternativa, magari avvalorata da qualche guru dell'ultim'ora. Fortunatamente la maggioranza dei cittadini, più che in altri paesi, si è fidata delle indicazioni fornite dalle autorità sanitarie, vaccinandosi in massa. Resta il fatto che si è aperta una questione non risolta: come comunicare le verità scientifiche ed essere creduti.

Io personalmente non saprei come rispondere ad un quesito del genere, né ho la competenza per risolvere questi problemi. Posso solo raccontare quello che ho osservato e studiato, avendo una assidua frequentazione con il mondo delle associazioni dei cittadini che si occupano di sanità a tutela dei pazienti.

**Queste associazioni hanno svolto un grande ruolo, poco conosciuto e riconosciuto, per tutto il corso della pandemia.** Un'indagine condotta da Altems tramite il suo Laboratorio sulla Patient Advocacy (Pa) ha messo in luce la loro azione finalizzata a garantire informazione e dare

sicurezza alle persone più fragili, perché affette da patologie croniche, rare e malattie oncologiche. Stiamo parlando dei soggetti che, assieme ai malati di Covid, hanno subito i maggiori danni della pandemia, in termini di interruzione di cure, interventi rinviati, contatti sanitari sospesi. **La gran parte delle organizzazioni intervistate ha non solo potenziato le attività già in essere (52%) ma ne ha inventate di nuove (48%).** Moltissima è stata l'attività di comunicazione: iniziative che hanno raggiunto i cittadini/pazienti attraverso campagne di informazione per gli associati; la realizzazione di web conference - tantissime web conference! - per garantire una continua informazione attendibile alle persone; digitalizzazione delle attività - già da marzo/aprile 2020! - per supportare comunque i pazienti; traduzione in termini semplici e sintetici delle linee guida prodotte dalle



società scientifiche e tanto altro, al fine di non perdere mai il contatto con il proprio pubblico.

Anche queste attività sono parte della comunicazione sanitaria e forse se le nostre istituzioni fossero state più attente al lavoro delle associazioni, si sarebbe potuta costruire una grande alleanza per rendere l'informazione più empatica e vicina alle esigenze dei cittadini e migliorare la capacità di comunicare, avendo un polso più preciso dello stato dell'arte. Ricordiamo che solo le malattie croniche toccano il 40% degli italiani e comunicare con loro, significa parlare con le famiglie.

Da questi elementi si possono trarre alcune timide considerazioni. La prima, un po' banale, **per avere fiducia bisogna dare fiducia. Si è visto con le vaccinazioni: quando si è cominciato a parlare bene dei cittadini e del loro sostegno nella lotta alla pandemia, il picco di**

**prenotazioni è aumentato.**

Per carità, è migliorata anche l'organizzazione, ma in molti ci siamo sentiti "brave persone" quando siamo andati negli hub, persone di cui il paese aveva bisogno. In fondo quello che fanno le associazioni, che sono una porzione di società, è un modo per essere italiani e ci sono tantissime persone che, anche se non impegnate come volontari, sono disposte a mettersi in gioco se ascoltate e valorizzate. La fiducia reciproca è un grande collante delle grandi imprese, ma il buon esempio deve darlo chi si trova in posizione di comando, superando la diffidenza con cui si è sempre guardato il mondo fuori dall' "ambiente" istituzionale. La seconda considerazione riguarda la collaborazione, tra tutti, pubblico e privato, amministrazioni e cittadini, profit e non profit, scienza e produzione, singoli e collettività. Con l'emergenza sono venute fuori i vizi, ma anche le migliori energie del paese. **L'immagine che invece si**

## Attività di patient advocacy in emergenza Covid-19

- **Informazione e Comunicazione:** servizi inerenti alle informazioni sui siti o con campagne social per informare i propri associati.
- **Realizzazione di web-conference:** servizi che riguardano l'ascolto dei propri volontari attraverso l'utilizzo di piattaforme per la comunicazione digitale.
- **Digitalizzazione dei servizi ai pazienti:** servizi associativi che in precedenza venivano erogati in presenza ma anche attività di supporto per i servizi sanitari, ad esempio il teleconsulto.
- **Redazione di documenti di sintesi:** servizi di reportistica, traduzione e semplificazione di evidenze redatte dalle società scientifiche di riferimento.
- **Formazione a casa:** servizi di webinar con esperti scientifici o condivisione di webinar di interesse per i propri associati.
- **Fundraising:** attività di raccolta fondi per la gestione dell'emergenza a supporto dei propri associati.
- **Interventi istituzionali:** azioni di advocacy messe in campo dalle associazioni pazienti per far fronte all'emergenza, attraverso sensibilizzazione delle istituzioni per l'erogazione di alcuni servizi utili per la gestione della propria patologia.
- **Attività di supporto alla creazione e consegna mascherine e altri DPI:** servizi di supporto sul territorio per la consegna di mascherine o altri DPI ed il supporto alla creazione di mascherine.
- **Attività di raccolta dati:** supporto alle piattaforme attivate dalle società scientifiche o dagli enti istituzionali di ricerca per le indagini sulle patologie in questo contesto di emergenza.
- **Consegna farmaci:** attività di supporto per la consegna di farmaci ai propri associati.

Fonte: Indagine Pal Attems



L'impegno delle associazioni pazienti nell'emergenza Covid-19. Risultati dell'indagine nazionale sul ruolo delle associazioni pazienti.

**ricava quando si guardano i dibattiti televisivi e in generale i mezzi vecchi e nuovi di comunicazione è di un paese diviso, dove ognuno la pensa a modo suo. Siamo sicuri che il Paese sia così o è una delle sue rappresentazioni?** Persone egoiste, privati ladroni, amministratori fannulloni, politici profittatori. Dare questa immagine rischia di legittimare

chi veramente è così, e di nascondere chi – la maggioranza fatta di persone normali, non santi o eroi – ogni giorno "si muove" per mandare avanti questo paese. Se contassero i fatti, se ci fosse corretta informazione, ci si accorgerebbe di questa realtà e si avrebbe più fiducia nel futuro. Tale atteggiamento potrebbe aiutare la scienza a vincere la sua battaglia per la verità? Io non lo so, ma sicuramente darebbe una mano!

“ PER AVERE FIDUCIA BISOGNA DARE FIDUCIA ”





# Chi ha paura dei vaccini?

Un fine anno così la Germania non se lo sarebbe mai aspettata. Terapie intensive piene come non mai, il pronto soccorso al collasso. Mercatini di Natale chiusi quasi dappertutto. **Lunghe code davanti ai centri per test rapidi. Comunicazione e obbligo vaccinale, il dilemma tedesco**

di MARTINA CONTERNO

**L**a quarta ondata pandemica ha colpito la Germania come mai prima, registrando incidenze più che doppie rispetto all'autunno 2020, quando ancora i vaccini non c'erano. Le istituzioni hanno dovuto rivedere le proprie scelte in termini di politica pandemica e campagna vaccinale. Una parola ha fatto da protagonista indiscussa sui media: Impfpflicht - obbligo vaccinale. La campagna vaccinale tedesca era iniziata bene, ma si è assopita in corso d'opera. Ad inizio dicembre la percentuale di tede-

schì con copertura vaccinale completa era ancora sotto al 70%. Si è lontani da quel 85% necessario, secondo il Robert Koch Institut, a raggiungere l'immunità di gregge. Molto si è detto sui possibili motivi di questo insuccesso: comunicazione inefficace e contraddittoria sul tema della sicurezza, mancanza di un'offerta attiva di vaccinazione, esitazione vaccinale e bassa percezione del rischio da parte della popolazione. A dirla tutta, in estate, si pensava che la pandemia, almeno nella sua fase acuta, fosse ormai storia passata. A poco sono ser-



viti gli avvertimenti del noto virologo Christian Drosten, che ripeteva che raggiungere un'elevata percentuale di vaccinati entro l'autunno sarebbe stato decisivo nel definire l'andamento delle infezioni nei mesi a venire. Pagni delle libertà ritrovate e della situazione di calma

negli ospedali, in estate nessuno aveva voglia di credergli. Fino a quel momento politici, istituzioni, esperti di diritto, comunicazione ed etica erano stati unanimi: introdurre l'obbligo vaccinale contro il Covid-19 in Germania era fuori questione. Le conseguenze

psicologiche negative dell'imporre un vaccino alla popolazione sembravano indiscutibili: meno accettazione nei confronti dei vaccini, polarizzazione della società, "impigrirne" la popolazione riguardo le vaccinazioni di routine. Eppure, in alcuni paesi europei - fra cui l'Italia - un obbligo di vaccinazione contro il Coronavirus era stato già introdotto, anche se limitato alle categorie professionali più a rischio. Perché è così difficile parlare di obbligo in Germania? Le vaccinazioni sono un fenomeno collettivo e politico, una questione di Weltanschauung - di

visione del mondo. Fin dall'inizio la popolazione tedesca si è dimostrata piuttosto scettica riguardo ai vaccini anti Covid-19 e, per ragioni storiche, i tedeschi sono particolarmente sensibili in materia di imposizioni e limitazioni della libertà di scelta. **La storia dell'obbligo vaccinale in Germania parte con Otto von Bismarck, che introdusse nel 1874 l'obbligo del vaccino contro il vaiolo. In tempi di guerra fredda la Germania dell'Est rese obbligatorie quasi tutte vaccinazioni di routine, e fu solo dopo la riunificazione che gli obblighi**

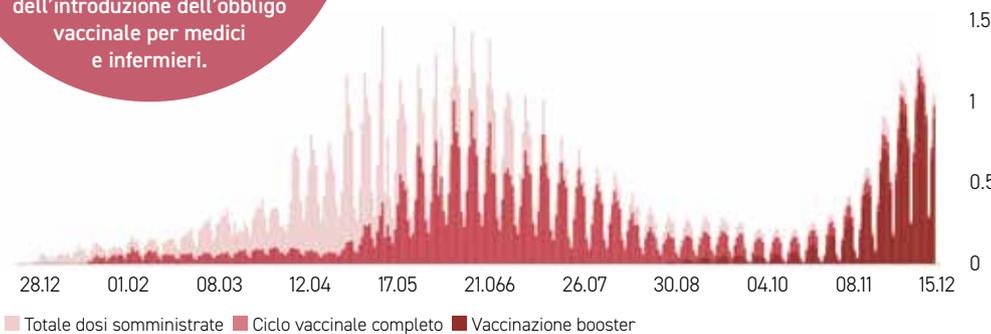
**vaccinali vennero gradualmente aboliti. A fine 2019 è stata per la prima volta reintrodotta l'obbligatorietà per un vaccino, quello contro il morbillo. E proprio sulla scia di questa scelta dibattuta si è inserita la sfida dei vaccini Covid-19.** Forse anche per questi presupposti, in Germania si è preferito puntare sulla libera scelta. Il comportamento vaccinale dei singoli è influenzato da diversi fattori psicologici, ben riassunti dal cosiddetto modello delle "5 C" sviluppato dai ricercatori dell'Università di Erfurt (Confidence, Constraints, Complacency, Calculation e Collective responsibility, ovvero fiducia, condizioni limitanti l'accesso, compiacimento, calcolo e responsabilità collettiva). La politica tedesca aveva ultimamente puntato proprio sulla facilitazione

dell'accesso ai vaccini - come la "settimana della vaccinazione" al rientro dalle vacanze estive -, su strategie di comunicazione del rischio e sulla trasparenza come mezzo per incentivare la fiducia. Ora però la quarta ondata e la minaccia di nuovi lockdown hanno portato ad un cambio di rotta. Negli ultimi sondaggi la maggioranza dei tedeschi si è dichiarata a favore dell'obbligo vaccinale. Vista la situazione pare lecito far prevalere il bene comune sulla libertà individuale. A supporto è arrivato anche un appello degli esperti dell'Accademia nazionale Leopoldina. Addirittura gli stessi ricercatori del modello "5 C" dichiarano di aver cambiato opinione e che l'obbligo di vaccinazione contro il Coronavirus può essere efficace, rafforzare la coesione sociale e incrementare la fiducia. E la politica? Non ha potuto che adeguarsi. Ora resta da vedere cosa significherà concretamente per i tedeschi l'Impfpflicht e quali ne saranno le conseguenze. È certo che un simile provvedimento non potrà prescindere da una comunicazione attenta e da un'informazione accurata, empatica e rispettosa.



Secondo i sondaggi del Covid-19 Snapshot Monitoring (Cosmo) effettuato tra ottobre e novembre 2021, sulla popolazione tedesca, circa il 67% degli intervistati è tendenzialmente favorevole ad un obbligo vaccinale esteso a tutta la popolazione, e il 74% degli intervistati è a favore dell'introduzione dell'obbligo vaccinale per medici e infermieri.

### Dosi di vaccino somministrate giornalmente in Germania dall'inizio della campagna vaccinale



# Sicurezza del dato sanitario e condivisione

Il contesto pandemico ha messo in particolare evidenza la componente pubblicistica del diritto alla salute, quale interesse della collettività al contenimento dei contagi, in vista del quale la riservatezza individuale ha conosciuto - con la previsione di flussi informativi costanti e amplie limitazioni anche importanti, ma complessivamente proporzionali in quanto non eccedenti le esigenze di contrasto epidemico. La prima fase della

Quello del rapporto tra sanità e privacy è uno dei temi più rilevanti per la democrazia oggi, in quanto coinvolge due tra i diritti fondamentali maggiormente esposti all'incessante evoluzione della tecnica

di PASQUALE STANZIONE

**L**a pandemia ha dimostrato, emblematicamente, quanto stretto possa essere il legame tra salute (anche nella sua declinazione meta-individuale di sanità pubblica), privacy e digitale. Se il distanziamento fisico non è divenuto anche sociale lo dobbiamo,

infatti, alla "potenza geometrica" delle nuove tecnologie, che hanno consentito di ricreare, nello spazio virtuale, persino il più fisico dei rapporti, ovvero quello tra medico e paziente, grazie alla telemedicina, ai consulti on-line, all'intelligenza artificiale, all'e-health più in generale.

## I DATI SANITARI, TRA... esigenze di sicurezza e protezione

Nulla più della pandemia ha reso, dunque, evidente la duplice dimensione del diritto alla salute, quale prerogativa individuale ma anche interesse collettivo, da salvaguardare anche mediante un flusso informativo costante e capillare sulla condizione epidemica di ciascuno. Emerge, dunque, in maniera quantomai inequivoca la tensione che caratterizza i dati sanitari, meritevoli da un lato della massima protezione e riservatezza e, dall'altro, di una (sia pur circoscritta e calibrata) circolazione per esigenze di sanità pubblica. Questa particolare tipo-

logia di dati rappresenta, infatti, un prezioso strumento di garanzia del diritto alla salute e alle cure (che, con lungimirante affermazione, la nostra Costituzione assicura anche "agli indigenti"), anche nella componente solidaristica della destinazione a fini di ricerca ma, al tempo stesso, prezio-

pandemia è stata dominata dall'esigenza di delinearne, progressivamente e complessivamente, un modello di governo dell'emergenza compatibile con i principi costituzionali, con un ricorso alla tecnica in funzione servente le necessità di contenimento dei contagi. Particolarmente rilevante, in questo senso, è stata la scelta in favore di un sistema di contact tracing digitale, che tracciasse i contatti, non le persone e non degenerasse in biosorveglianza mediante geolocalizzazione costante, sul paradigma sino-coreano.

Questa seconda fase è, invece, se possibile persino più complessa, in quanto esige la gestione a lungo termine di un complesso sistema di contrasto della pandemia, articolantesi non soltanto sul tracciamento ma su flussi informativi complementari quali, ad esempio, quelli correlati al green pass, la cui rilevanza non è da sottovalutare coinvolgendo, tra l'altro, dati sanitari (sulla malattia pregressa, sulle patologie che legittimino l'esenzione da vaccino ecc.) o dati meritevoli di particolare tutela quali quelli sulle scelte vaccinali.

so frammento della vita più personale e intima di ciascuno, da proteggere da indebite ingerenze e strumentalizzazioni. **Non a caso, come ricordava Stefano Rodotà, tra le prime norme dell'ordinamento sulla riservatezza si annoverano proprio quelle inerenti i dati sanitari**, da proteggere per evitare fughe dalla diagnosi e dalla terapia,

così da costruire, sulla base dell'affidamento riposto nel segreto professionale, quel rapporto strettamente fiduciario tra medico e paziente che costituisce l'architrave della disciplina odierna e della giurisprudenza sull'autodeterminazione terapeutica.

E questo, proprio per la



“ I DATI SANITARI SONO TRA QUELLI CHE BENEFICIANO DELLA MAGGIORE TUTELA ACCORDATA DALL'ORDINAMENTO ”

## “ LA QUALITÀ ED ESATTEZZA DEI DATI SONO UN PRESUPPOSTO DI EFFICACIA DELLA BIG DATA ANALYTICS ”

**Il 21 aprile 2021 la Commissione Europea ha pubblicato una proposta di regolamento che costituisce il primo quadro giuridico, a livello mondiale, che si occupa specificamente di Intelligenza Artificiale. Le nuove regole dell'Artificial Intelligence Act saranno applicate direttamente allo stesso modo in tutti gli Stati membri sulla base di una classificazione delle applicazioni di Ai basata sui rischi.**



natura assolutamente peculiare dei dati sanitari: ipersensibili, avremmo detto fino a pochi anni fa, perché espressivi della più autentica essenza della privatezza: del corpo, delle sue patologie, delle sue carenze, delle sue irregolarità e per questo suscettibili di esporre il singolo alle più meschine discriminazioni, stigmatizzazioni, classificazioni. Non a caso, i dati sanitari sono tra quelli che beneficiano della maggiore tutela accordata dall'ordinamento: misure di garanzia rafforzate, presupposti di liceità del trattamento particolarmente stringenti, declinazione più tassativa del canone di proporzionalità, pari rango quale criterio rigoroso di legittimazione dell'accesso anche soltanto documentale, stretta indispensabilità a fini informativi quale parametro di ammissibilità della comunicazione giornalistica, divieto di divulgazione. Quest'ultimo divieto, in particolare, ha addirittura fondato un'interpretazione adeguatrice della disciplina della pubblicità delle sentenze, che ha incluso tra i casi di oscuramento obbliga-

torio anche quelli caratterizzati dalla presenza, appunto, di dati sulla salute, nonostante il silenzio del legislatore sul punto. L'esigenza di riservatezza dei dati sanitari, dunque, è stata affermata con forza tale da vincere persino il principio di pubblicità delle sentenze e dei giudizi, che come noto costituisce un presidio di democraticità degli ordinamenti liberali, una volta affrancatisi dal paradosso del giudizio segreto e della pena pubblica perché spettacolarizzata.

Ma i dati sanitari esigono protezione e sicurezza anche sotto un ulteriore – e duplice – profilo. Da un lato, infatti, essi necessitano di una tutela rafforzata rispetto ai rischi di accesso indebito, alterazione, manipolazione, connessi ad attacchi cibernetici sempre più spesso diretti a sistemi informativi sanitari, proprio in ragione del pregiudizio esponenziale derivante dalla paralisi dei servizi sanitari.

**Per altro verso, i dati sanitari necessitano di protezione anche in termini di esattezza e qualità che il loro trattamento deve assicurare, anzitutto per ridurre il rischio clinico.**

Laddove, infatti, in sede diagnostica siano utilizzati dati inesatti, le probabilità di errori aumentano notevolmente, esponendo il paziente a pericoli considerevoli. Questo vale anche rispetto all'utilizzo di strumenti diagnostici fondati – come sempre più spesso accade – sull'Intelligenza artificiale. Se, infatti, le serie statistiche o i dati empirici con i quali gli algoritmi sono allenati sono scorretti, anche il risultato del processo algoritmico, su cui si fonda (a volte addirittura integralmente) la diagnosi, può risultare errato, con effetti anche potenzialmente fatali per il paziente.

**La qualità ed esattezza dei dati (principi essenziali del Gdpr) sono, in questo senso, un presupposto di efficacia della big data analytics, soprattutto in un settore così delicato come quello sanitario.** Ciò implica anche la necessità di evitare possibili – per quanto, pure, involontarie – forme di discriminazione (anche, appunto, algoritmica) nel patrimonio informativo utilizzato per il machine learning.

Il caso dell'algoritmo per la diagnosi dei tumori cutanei utilizzato in alcuni centri sanitari (in particolare americani) è, in questo senso, significativo: in

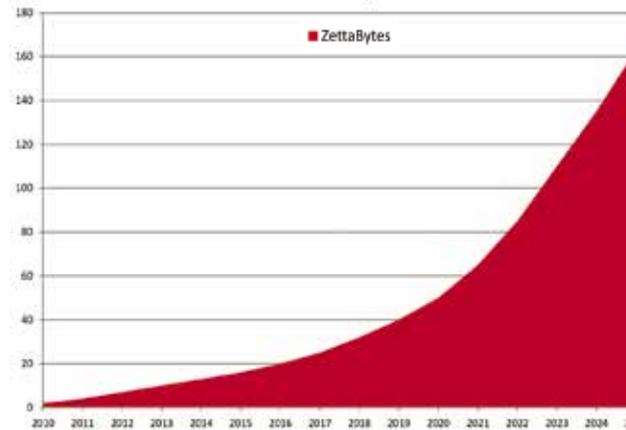
quanto allenato a riconoscere per la stragrande maggioranza dati relativi a bianchi, esso ha clamorosamente fallito rispetto a pazienti afroamericani, per la sottorappresentazione, fornita all'algoritmo, dei dati riferibili a questa quota della popolazione.

Sotto tale profilo, il Gdpr offre importanti garanzie, delineando il primo essenziale statuto giuridico dell'i.a., fondato sui principi di non esclusività della decisione algoritmica (derogabile solo in presenza di garanzie significative), comprensibilità (edunque anche sindacabilità) e non discriminazione. Ulteriori sviluppi di questi principi sono poi contemplati dall'Artificial Intelligence Act, nella direzione di una complessiva accountability dei sistemi d'i.a.

### ...e opportunità di condivisione

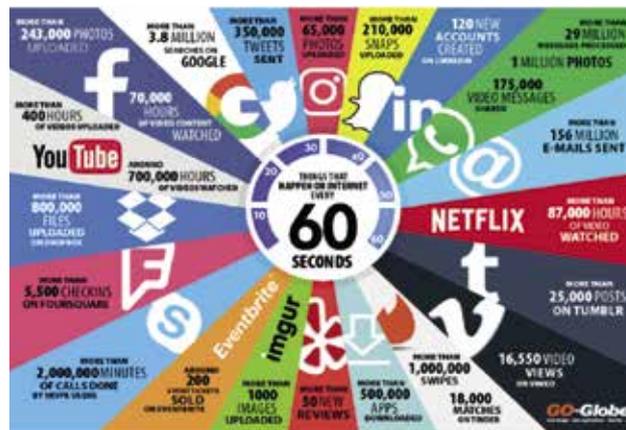
Ma i dati sanitari manifestano, oltre alla descritta esigenza di protezione, anche una parallela tendenza alla condivisione, in un significato molteplice che si tenderà di esporre. Una particolare accezione, quasi strutturale, della tendenza alla condivisione del dato sanitario è stata evidenziata recentemente dalla Cas-

## La crescita dei dati



Fonte: elaborazione AGCM in base ai dati forniti nel rapporto tecnico IDC8

## Le informazioni generate su Internet in un minuto



Fonte: Go-Globe.com

szazione, secondo cui la tutela accordata al dato relativo alla patologia di un minore non può non estendersi ai genitori. Essa rappresenta, infatti, una vulnerabilità non limitabile al singolo, ma estesa al gruppo (non necessariamente di sangue ma, certo, di affetti) che di quella malattia si faccia carico. Non si tratta della condivisione, su base genetica, di un dato

clinicoma, piuttosto, della compartecipazione di una pluralità di soggetti a una condizione di fragilità, da proteggere da indebite ingerenze. Ma la necessaria condivisione del dato sanitario assume anche un'altra valenza: quella della funzionalità alle esigenze di sanità pubblica, che implicano ad esempio la conoscenza, da parte delle autorità preposte, della

Con la locuzione "Big Data" si fa riferimento, in prima approssimazione, alla raccolta, all'analisi e all'accumulo di ingenti quantità di dati. La creazione di dati sta seguendo un processo esponenziale: nell'anno 2018 il volume totale di dati creati nel mondo è stato di 28 zettabyte (ZB), registrando un aumento di più di dieci volte rispetto al 2011; si prevede che entro il 2025 il volume complessivo dei dati arriverà fino a 163 ZB. Il motore primario di questo processo di generazione di dati è indubbiamente Internet: attraverso la rete, infatti, in un minuto sono inviati 44 milioni di messaggi, sono effettuate 2,3 milioni di ricerche su Google, sono generati 3 milioni di "mi piace" e 3 milioni di condivisioni su Facebook, e sono effettuati 2,7 milioni di download da YouTube. Google elabora dati di centinaia di Petabyte (PB), Facebook ne genera oltre 10 PB al mese e Alibaba decine di Terabyte (TB) al giorno per il commercio online.



questione), quanto sotto quello oggettivo (in relazione ai soli dati indispensabili all'adozione delle misure necessarie a tutela della sanità pubblica). Non si tratta, in altri termini, di legittimare la gogna nei confronti di quanti siano affetti da determinate malattie trasmissibili, ma di consentire una circolazione del dato sanitario strettamente proporzionale e non eccedente le esigenze di prevenzione dei contagi, limitata comunque ai soli soggetti legittimati in ragione delle funzioni svolte.

La condivisione del dato sanitario riguarda, infine, anche un altro aspetto: la ricerca, il cui sviluppo necessita di dati clinici, esperienziali e sperimentali, deprivati certamente delle componenti identificative ma pur sempre tratti da casi concreti e inseriti, quindi, in studi specifici. L'esigenza emergente in tal caso attiene alla possibilità di utilizzo dell'informazione tratta dal dato sanitario (un vero e proprio bene comune per la comunità scientifica), pur con modalità tali da de-soggettivarlo completamente. In tal modo il paziente non è strumentalizzato, attraverso i suoi dati, per fini che lo trascendano, ma al contempo la comu-

## “ SULLA SINERGIA TRA SALUTE, INNOVAZIONE E PRIVACY SI GIOCHERÀ UNA SFIDA DETERMINANTE PER LE NOSTRE SOCIETÀ ”

nità scientifica non viene comunque privata della risorsa rappresentata da dati clinici, suscettibili di utilizzo nell'ambito della ricerca. Il Gdpr prevede un significativo favor per la ricerca, nella misura in cui ammette, per questi trattamenti, la possibilità di assumere diverse basi giuridiche, anche ulteriori rispetto al consenso, nella consapevolezza dei limiti che lo caratterizzano in un simile contesto e l'ammissibilità di esenzione del titolare da alcuni obblighi informativi, ove sproporzionati. Sono significative anche l'ammissibilità di una conservazione dei dati per periodi superiori a quelli strettamente necessari alla realizzazione dei fini perseguiti, se trattati esclusivamente per fini di ricerca scientifica e la presunzione di compatibilità dell'uso secondario dei dati nel caso di trattamento per fini di ricerca scientifica, purché in presenza di garanzie adeguate. È infine rilevante l'esclusione del diritto di opposizione dell'interessato nel caso di trattamento per fini di ricerca in esecuzione di

un compito di interesse pubblico. In linea generale, dunque, il Regolamento bilancia la deroga ad alcuni diritti dell'interessato o la perdita del controllo individuale (dovuta all'ammissione di basi giuridiche alternative al consenso), con specifiche salvaguardie come garanzie ulteriori (valorizzate dall'art. 2-septies del nostro Codice e dalle regole deontologiche per la ricerca) o la previsione, comunque, di particolari cautele normative ove la base giuridica sia l'interesse pubblico.

**Ecco, dunque, che la polivalenza del dato sanitario si palesa in tutta la sua complessità ma anche in tutta la sua ricchezza e potenzialità, che la tecnica può valorizzare ma anche violare, se non ben governata.**

La digitalizzazione della sanità è, in questo senso, una straordinaria occasione di sviluppo, innovazione, competitività, da promuovere per l'efficienza e universalità delle cure e per una migliore programmazione della spesa sanitaria. Tuttavia, la sanità digitale va realizzata

all'interno di un progetto organico e lungimirante di governance sanitaria, che minimizzi i rischi cibernetici e promuova una condivisione selettiva dei dati, a fini di promozione della ricerca, ma con le dovute cautele per evitare ogni possibile reidentificazione degli interessati. La disciplina privacy ben può rappresentare il baricentro attorno a cui possa orientarsi un governo lungimirante delle informazioni sanitarie e, dunque, un progetto di politiche pubbliche capaci di valorizzare la salute come diritto fondamentale del singolo ma anche, appunto, interesse della collettività, con le garanzie necessarie per assicurare quel "rispetto della persona umana" imposto dall'art. 32 Cost.

Si tratta di garanzie tanto più rilevanti in quanto, sulla sinergia tra salute, innovazione e privacy si giocherà una sfida sempre più determinante per le nostre società, che dobbiamo impegnarci a vincere nel segno, ancora una volta, della centralità della persona e della sua dignità.

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*

# Due versanti di un unico diritto

**Uno dei diritti individuali fondamentali è il diritto alla privacy che non coincide, come molti ritengono, con il segreto professionale poiché questo invece è un dovere deontologico e giuridico**

di LORENZO BERTANI

**L** dibattito su cosa debba intendersi per tutela del segreto professionale in ambito sanitario ha, da sempre, profondamente interessato la natura del rapporto medico-paziente. Sin dagli albori della storia umana, infatti, è stato cruciale poter definire e regolare i comportamenti di chi si occupava di salute, anche rispetto alla tutela del segreto su quanto appreso nello svolgimento della propria funzione. Da una concezione religiosa di segreto si è passati, con l'evoluzione

delle società e la specializzazione delle professioni di ambito sanitario, a una definizione più rigidamente tecnica delle competenze e dei doveri di chi opera a favore della salute altrui: si è giunti così alle moderne norme codificate, i codici deontologici.

Nel XIX-XX secolo, grazie alla forte influenza della cultura anglosassone, si inseriscono e assumono un ruolo rilevante il concetto di privacy, di riservatezza e di consenso al trattamento dei dati sensibili, con delle conseguenze etiche e

giuridiche che poi incideranno in maniera significativa sulle relative elaborazioni normative di molti Paesi occidentali. Nel nostro Paese, negli ultimi anni, sono cresciute e maturate le sollecitazioni a ridisegnare il rapporto medico-paziente, secondo una rinnovata e matura sensibilità etica. La non più rinviabile acquisizione della consapevolezza da parte del mondo sanitario, che il paziente "è diventato" utente vale a dire titolare di diritti da garantire, si è accompagnata da un lato a inevitabili conflitti culturali e comportamentali, dall'altro ha aperto a inediti spazi di riflessione etica e giuridica dove ripensare i diritti individuali di autonomia e di libertà. La relazione medico-paziente, negli anni, si è incorporata in vari modelli etici: l'etica dei doveri dove, in sistemi codificati e dettagliati, la deontologia, prevale il ruolo del medico; l'etica dei valori, costruita sulla comunanza e il consenso, in cui è preminente la figura del paziente; l'etica della virtù, che privilegia l'agire e non l'atto, esaltando la costante morale positiva dell'essere persona, tra esperienza e responsabilità, riconduce al sog-

getto agente l'autentica valutazione delle qualità morali delle proprie azioni, cogliendo, come afferma il filosofo scozzese contemporaneo Alasdair MacIntyre, l'unità narrativa di cui il soggetto stesso è protagonista; l'etica del carattere, proposta da Reich, medico psicoanalista allievo di Freud, che guarda all'orizzonte di qualità umane morali. Uno dei diritti individuali fondamentali, entrato da "nuovo" protagonista nel dibattito in questione, senza dubbio, è il diritto alla privacy che non coincide, come molti ritengono, con il segreto professionale poiché questo invece è un dovere deontologico e giuridico che vede coinvolti vari professionisti non solo della Sanità. Nei fatti il segreto riguarda ogni atto e ogni informazione, impedisce integralmente ogni notizia, e la cui infrazione viene ad essere sancita dai vari Codici Deontologici professionali, dal Codice di Deontologia Medica e dal Codice Penale. L'uno e l'altra, guardando a prospettive diverse, nel rispetto del

principio della pluralità degli ordinamenti, mirano a garantire l'interesse pubblico, nell'equilibrio della tutela dei diritti del singolo soggetto e della comunità cui appartiene. La privacy è un diritto della persona, un diritto morale che diventa, in epoca moderna, diritto giuridico disciplinato da specifiche norme: da enunciazione di principio si evolve in diritto esigibile. Diritto

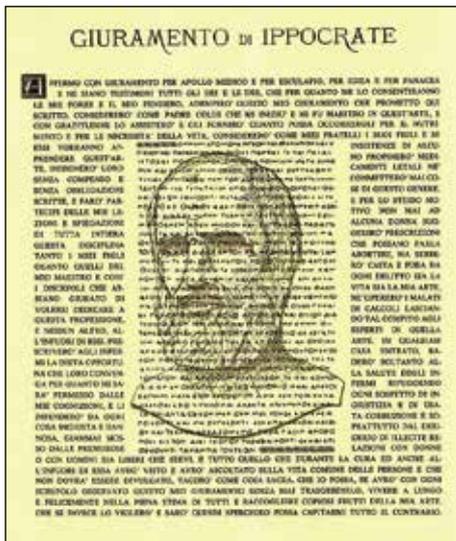


## Definizioni

**In termini generali, il segreto professionale può definirsi come l'obbligo di non divulgare informazioni riservate sul conto di una terza persona, nella fattispecie paziente o utente, di cui si sia venuti a conoscenza nell'esercizio della propria professione.** Di segreto naturale si parla se legato alla vita privata di una persona, ad aspetti come i difetti e i sentimenti, la divulgazione dei quali causerebbe danni morali che potrebbero avere delle ricadute negative sulla persona interessata; vi è poi il **segreto promesso esplicito o implicito**, quello affidato, come deposito per amicizia o in ragione di una qualche funzione da esercitare. Infine vi è il **segreto professionale che può riunire gli aspetti di quello affidato**, qualora appreso a causa o nell'esercizio o comunque in relazione alla propria professione: ma tale obbligo, d'altronde, potrebbe connettersi contemporaneamente al segreto naturale e a quello promesso. Per privacy si intende, nell'accezione moderna, il diritto della persona di controllare che le informazioni che la riguardano vengano trattate o guardate da altri solo in caso di necessità. In realtà non è un concetto organico ma un termine che collega, dinamicamente, diritti disparati.

“ LA RELAZIONE MEDICO-PAZIENTE, NEGLI ANNI, SI È INCORPORATA IN VARI MODELLI ETICI ”

# IL CONCETTO DI PRIVACY HA VISSUTO UN'EVOLUZIONE CHE HA RIDISEGNATO I PROPRI SPAZI SEMANTICI



**Già in un testo del 400 a.C. circa, noto come "Giuramento d'Ippocrate", che poi influenzerà tutto il successivo sviluppo dell'etica e della deontologia medica, si parla di impegno al segreto da parte del medico nell'accezione di accordo tra maestro e apprendista; quest'ultimo si impegnava a mantenere nascosti i segreti dell'arte medica cui era introdotto. Nel Giuramento in questione, che pare abbia origine da circoli pitagorici, si legge: "Tutto quello che durante la cura e anche all'infuori di essa avrò visto e avrò ascoltato sulla vita comune delle persone e che non dovrà essere divulgato, tacerò come cosa sacra".**



in quanto valore, poiché bene che appartiene alla persona, che perciò deve essere innanzitutto tutelato sul versante etico e, di conseguenza, su quello giuridico. L'ambito in cui si sviluppa e si realizza tale processo è l'intreccio dialettico tra pubblico e privato, dove la sfera privata viene a coesistere in un confronto non facile ma neludibile con la sfera pubblica. La privacy obbliga, oltre a non rivelare, anche a proteggere tutto quanto si venga a sapere riguardo alla persona interessata per la tutela dei suoi dati personali, e questo specialmente nel corso dei vari processi di comunicazione, elaborazione e trasferimento di documenti che, non va dimenticato, per il soggetto coinvolto rappresentano formalmente e sostanzialmente quote importanti di vissuto, di presente e di prospettive future.

**La dignità, l'identità, la libertà, l'autodeterminazione e la privacy nelle sue articolate prerogative si sostanziano nella specificazione del corpo, nel quale e con il quale si rivendica la propria esistenza.** La privacy

racchiude la corporeità dei diritti della persona, ne difende la pluralità di beni materiali e immateriali che appartengono o sono in intima relazione con il soggetto: tali beni nel loro insieme sono il luogo dell'esistenza, dell'identità. **L'equilibrio tra sovranità individuale sul proprio essere e solidarietà verso il prossimo che poi si traduce in impegno e dovere responsabile, può trovare la sua realizzazione armonica nella definizione dei confini del potere di governo di sé. Quando tale armonia trova momenti di conflitto deve intervenire la dimensione normativa.** Il concetto di privacy ha vissuto, in questi ultimi anni, un'evoluzione che ha ridisegnato i propri spazi semantici, in accordo con i rilevanti cambiamenti anche procedurali della comunicazione: dalla formula "persona-informazione-segreta" si è giunti a quella di "persona-informazione-circolazione-controllo". Con il decreto legislativo del 30/VI/2003 n. 196, pubblicato sulla Gu n.174 del 29/VII/2003, il nuovo Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali, entrato poi in vigore il 1° gennaio 2004, viene riorganizzato e aggiornato, secondo un linguaggio

aggiornato ai bisogni della contemporaneità, tutto il precedente impianto normativo emanato su questa materia, compresa la Direttiva dell'Unione Europea n. 2000/58 sulla riservatezza nelle comunicazioni elettroniche. L'attuale situazione richiede che la tutela del segreto professionale e la protezione dei dati personali non possano significare solamente il fatto di rivelare o meno a terzi il contenuto dei dati o di quanto il sanitario ha conosciuto direttamente dal soggetto interessato, poiché nella realtà sempre più frequente di strutture sanitarie consorziate, vengono a materializzarsi nuove modalità di condivisione di informazioni che interessano un numero sempre più grande di soggetti attori di processi sanitari. Questo discorso interpella direttamente la necessità di un efficiente e credibile lavoro d'equipe, aspetto di non facile realizzazione nelle nostre realtà ospedaliere sia per motivi culturali che di organizzazione. Da qui la necessità di trovare degli strumenti comuni e realmente condivisi

**Il Gdpr, stilato dalla Commissione europea, è stato pubblicato sulla Gazzetta ufficiale della Ue il 4 maggio 2016 ed è entrato in vigore il 25 maggio 2018. L'obiettivo è quello di rafforzare, e allo stesso tempo, unificare la normativa vigente entro i confini Ue.** Questo significa oltrepassare i limiti fino ad oggi imputati ai regolamenti locali. Inoltre questo ha il fine di regolare l'esportazione dei dati al di fuori del territorio europeo, rafforzando ulteriormente i diritti degli individui, che potranno così ottenere informazioni sulla gestione dei propri dati.



con cui applicare dei regolamenti che possano rispondere, in maniera omogenea, alle richieste di rispetto nella legalità, di quanto deve essere tenuto segreto: norme di comportamento, linee guida, codici deontologici.

**Chi ha responsabilità organizzative e decisionali in ambito sanitario si trova attualmente a dover "dare spazio e far coabitare" in una complessa costruzione sociale, domande di salute sempre più diversificate, strumenti tecnologici in continua evoluzione, diritti e doveri da salvaguardare e interpretare**

**secondo le necessità che si materializzano di pari passo con le trasformazioni culturali.** Un processo di salute pubblica che preveda di rispondere a questi bisogni ritengo debba chiarire a monte quali siano le motivazioni vere che lo muovono e le coordinate etiche e giuridiche entro cui voler agire, ponendosi l'interrogativo, indubbiamente arduo e a volte scomodo, di cosa si voglia o debba intendere per dignità, libertà personale e i vari diritti ad esse correlati. Dal moderno dibattito nel quale Bioetica e Biodiritto hanno fatto e-

mergere il critico ma più che mai attuale intreccio fra sviluppo scientifico e questioni di coscienza, appare indispensabile la ricerca di un equilibrio sul quale costruire un linguaggio condivisibile. La giurisprudenza non può di certo dettare delle codifiche alle coscienze, semmai porre delle regole generali all'agire sociale, intervenendo "in punta di piedi" sui diritti inviolabili della persona quali l'uguaglianza, la libertà, la dignità, lo sviluppo della propria esistenza e la tutela della salute, inseriti in un complesso e quanto mai delicato mosaico di interdipendenza e sovranità fra Stato, impianto normativo, credo personale e ricerca scientifica.

**“ LA PRIVACY DA ENUNCIAZIONE DI PRINCIPIO SI EVOLVE IN DIRITTO ESIGIBILE ”**

**I**l Servizio Sanitario Nazionale va ammodernato (o riformato, o rivoluzionato): e va bene, tutti più o meno concordi. Il Pnrr è (o può essere) una manna dal cielo: e anche qui, nessuno sembra avere da eccepire. Gli investimenti previsti individuano (finalmente) la sanità territoriale come leva della riforma: evviva, deo gratias, guardiamo al futuro e non piangiamo per il latte versato negli ultimi 40 anni.

Con queste premesse, filerà tutt'altro che liscio, si dovrebbe procedere speditamente verso un sistema della Salute a misura e a tutela di paziente, quali inceppi potrebbero esserci? E no, teniamolo a mente, siamo in Italia e storicamente l'esperienza riformatrice del Belpaese non è stata sempre proficua. Anzi, ha subito stop'n go quando meno ce lo si aspettava, o è stata

# I conti non tornano

**Fondamentale un censimento analitico, Regione per Regione, delle strutture esistenti o comunque utilizzabili e del personale effettivamente in forze per capire su quali dotazioni di armi e uomini si potrà contare per scongiurare il rischio di investire su una riforma insostenibile sul lungo periodo**

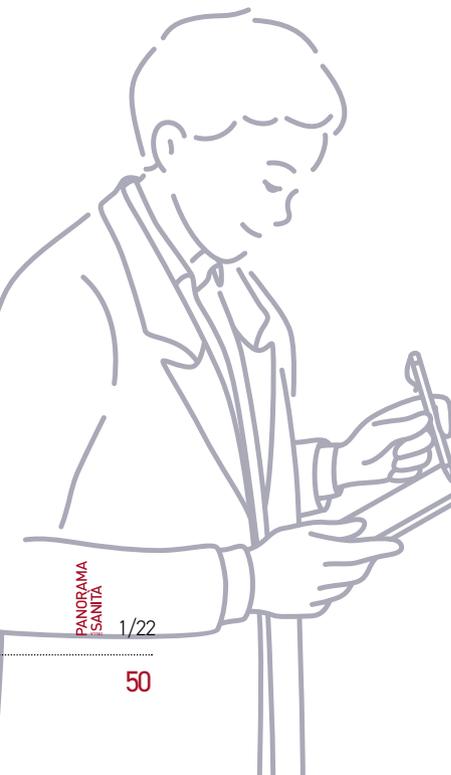
di GIUSEPPE MARIA MILANESE

accidentata, o ha presopieghie talmente surreali da imboccare strade diametralmente opposte a quelle prefigurate. Occorre quindi andar cauti, usando cioè quella cautela premurosa che sanno avere soltanto le levatrici negli stretti mesi che conducono al parto. **Guardiamo con attenzione, analizziamo, soppesiamone i possibili pro e contro ai modelli organizzativi su cui fondare**

**l'assistenza territoriale individuati dal Pnrr, con un occhio più acuto a risorse e tempistiche, che poi rappresentano le reali ascisse ed ordinate di una riforma.**

Non sono, come sa bene chi mi conosce, un bastian contrario. Eppure devo rilevare, dalle schede progettuali del Piano, alcuni nodi di criticità non di poco conto, che ci interrogano addirittura se la futuribile

architettura del territorio risulterà solida o precaria. Provo a ragionare ad alta voce, aprendomi al confronto: la prima preoccupazione attiene alle nuove strutture. Com'è noto, le risorse stanziare per le 1.288 case della comunità e per i 381 ospedali di comunità saranno assorbite dalla costruzione o ristrutturazione e dalla dotazione tecnologica dei nuovi presidi. Pur perplesso sulla reale efficacia di estendere, a livello nazionale, modelli con una precisa identità regionale, mi domando e chiedo: **quale personale sosterrà a regime queste strutture? Per le case di comunità, se si escludo-**



## Percentuale di anziani assistiti in ADI. Serie storica 2014-2020



Fonte: Ministero della Salute (2021). Elaborazione di Italia Longeva

no i medici di medicina generale, il fabbisogno di personale è stimato per oltre 6mila amministrativi e più di 10mila infermieri. Sono stati stanziati solo 94,5 milioni (appostati nel Decreto Rilancio) per l'assunzione di 2.363 infermieri di comunità, mentre per le restanti 14mila unità il Pnrr non contempla oneri aggiuntivi a carico del Ssn. È lecito presumere, pertanto, un vasto spostamento di risorse umane da altre strutture. Per gli ospedali di comunità, invece, a fronte di un fabbisogno di più di 3.400 infermieri e di quasi 2.300 Oss, è stata calcolata una spesa ulteriore di circa 240 milioni, da coprire attraverso i futuri risparmi derivanti dal cosiddetto "Piano di Sostenibilità". Un discorso analogo investe anche l'assistenza domiciliare. I costi per assistere a domicilio 807.970 nuovi pazienti ammontano infatti a 1,6 miliardi, di cui solo 500 milioni sono finanziati dal Decreto Rilancio. Dal 2027 mancheranno all'appello 1,1 miliardi, da reperire sempre attraverso il Piano di Sostenibilità.

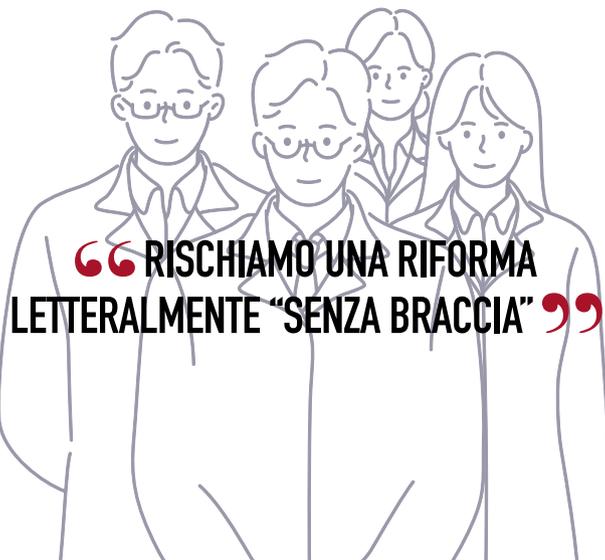
Pur convinto che una maggiore capacità di risposta sul territorio genererà economie sui livelli di maggiore complessità, soprattutto per l'ospedale, è difficile prevedere – come prospettato dal Piano – risparmi per oltre 1,3 miliardi nel 2027. Anche perché, e

ciò conduce al secondo aspetto critico, il Pnrr reitera uno dei principali fattori di debolezza dell'assistenza domiciliare nel nostro Paese. C'è infatti una questione di ampiezza del bacino di utenza, considerando che non ci schiodiamo dal 2,8% di over-65 trattati, ma c'è anche un problema di continuità dell'Adi, con una media nazionale desolante di 15 ore/anno di assistenza per paziente. La stratificazione contenuta nel Pnrr prevede tra le 12 e le 36 ore di assistenza all'anno per l'80% dei nuovi utenti. Numeri sideralmente distanti dagli standard europei e che ripropongono, in chiave sanitaria, la celebre storia del "pollo di Trilussa", per cui tutti i pazienti, in termini di distribuzione

statistica, risulterebbero assistiti, mentre nei fatti solo il 20% riceve cure degne di questo nome. Tra l'altro, con livelli assistenziali così bassi, è difficile immaginare quei benefici attesi sul setting ospedaliero su cui si fonda l'attendibilità del Piano di risparmi. La terza e ultima criticità riguarda il personale. Rischiamo, infatti, una riforma letteralmente "senza braccia". Rispetto alla sola Adi, per sostenere 900mila nuove prese in carico occorreranno almeno 110mila operatori, per lo più infermieri che, semplicemente, non ci sono. Il Pnrr calcola 96mila nuovi infermieri formati per il 2027, ma bisogna considerare i pensionamenti, stimati nel Piano ottimisticamente in

26mila (2020-2026), rispetto ad un dato reale di quasi 38mila infermieri pensionati tra il 2014 e il 2018. I conti non tornano e, allora, come fare? Noi battiamo da tempo sul ferro caldo della configurazione di nuovi profili professionali (e cioè l'Oss specializzato) con una formazione ad hoc nell'Adi, ovviamente sotto la supervisione ed il coordinamento infermieristico.

**Emerge dunque il rischio di investire su una riforma insostenibile sul lungo periodo senza che si alimenti una mole di spesa corrente ingestibile.** Allora, anzitutto si operi con un censimento analitico – Regione per Regione – delle strutture già esistenti o a tal fine utilizzabili e del personale effettivamente in forze: che poi è un modo per capire con quali dotazioni di armi e uomini ci si potrà cimentare in questa guerra. E poi si adotti un metodo funzionale: che per la nostra visione è quello della sussidiarietà. Quindi di uno Stato che programma e controlla (e su queste funzioni concentrerà le assunzioni) e un sistema privato (possibilmente no profit) sul territorio che compete sul piano della qualità, in modo da delegare la scelta ai cittadini. Forse così si assicurerà la giusta salute e si realizzerà qualche porzione di Costituzione rimasta colpevolmente in evasa.



**C**on 13,8 milioni di anziani, la Penisola ha uno dei livelli più elevati al mondo di popolazione con oltre 65 anni. Si tratta di circa il 23% rispetto, per esempio, al 20% in media dei paesi dell'Unione Europea. Una quota destinata a salire in futuro, portandosi dietro un enorme carico di bisogni, specie per chi non è più autosufficiente. In aggiunta, i disabili con gravi limitazioni nelle attività abituali sono oltre 3 milioni, il 5,2% della popolazione.

# Superiamo i pregiudizi

**“Non c'è niente di più ingannevole dell'ovvio”, ammoniva Arthur Conan Doyle, il geniale autore dei racconti di Sherlock Holmes. Eppure l'Italia non smette mai di sorprenderci nell'andare contro la logica**

di Giorgio Vittadini

Ebbene, nonostante questo scenario, l'Italia destina all'assistenza di anziani non autosufficienti e disabili risorse non adeguate: circa il 2,5% del prodotto interno lordo, contro il 3,5% dei paesi Ocse più sviluppati. E molto meno di Germania (4,5%), Gran Bretagna (4,3%) e Francia (4,1%). Questi dati sconcertanti emergono dal Rapporto “Anziani e disabili: un nuovo modello di assistenza”, realizzato dalla Fondazione per la Sussidiarietà (Fps), in collaborazione con Cesc - Università degli studi di Bergamo, Crisp - Università degli studi di Milano, Politecnico di Milano e Università degli studi di Parma e con la partecipazione di Fondazione Don Gnocchi e Fondazione



### La scalata degli anziani in Europa

Quota % di over 65 sulla popolazione

Paese	Quota %
Italia	23,0
Spagna	22,2
Germania	21,7
Unione Europea	20,4
Francia	20,3

### Gli interventi per anziani e disabili nei maggiori Paesi

Quota % sul Pil

Paese	Quota %
Germania	4,5
Gran Bretagna	4,3
Francia	4,1
Media Ocse	3,5
Spagna	3,2
Italia	2,5

Fonte: elaborazione Fondazione per la Sussidiarietà su dati Ocse 2018, o ultimi disponibili

## Evoluzione dell'offerta di posti letto per anziani e disabili in Italia

Quota % sul totale

Soggetti	2009	2018
Pubblico	30,5	25,3
Non profit	42,9	48,6
Privato	23,3	26,1
Altro	3,3	0,0

Fonte: elaborazione Fondazione per la Sussidiarietà su dati Istat

Sacra Famiglia.

Lo studio evidenzia il ruolo chiave del non profit che copre ormai metà dell'offerta di posti letto per anziani e disabili (49%), rispetto al 42% di 10 anni fa. Cresce anche il ruolo del privato, ora al 26%, mentre il settore pubblico è sceso dal 30% al 25%.

**La pandemia ha acuito i problemi nell'assistenza ad anziani e disabili presenti da tempo. L'articolazione territoriale dei servizi assistenziali e sanitari va riformata perché i bisogni aumentano e si differenziano e le possibilità di cura si ampliano.**

Ma nonostante le enormi risorse del bilancio pubblico destinate ogni anno alla salute, non c'è una corrispondenza con i reali bisogni di questa fascia di persone fragili (anziani non autosufficienti e disabili). E sembra che i virtuosi esempi stranieri vengano ignorati.

Non solo. Il Rapporto segnala che nel ricorso a forme di assistenza private, ci sono ancora forti differenze territoriali. Se si considerano, infatti, gli anziani con limitazioni funzionali, il ricorso alle badanti coinvolge in media il 17% dei soggetti. Ma con una forte differenza territoriale: si va infatti dal 19% del Nord al 21% del Centro per scendere

al 14% del Sud.

Un andamento analogo si riscontra per l'assistenza domiciliare integrata, che coinvolge il 6,2% dei soggetti nella Penisola. Anche in questo caso si riscontra una maggiore diffusione al Nord (7,2%) rispetto al Centro (6,9%) e al Sud (4,3%).

Il Rapporto è frutto di un percorso di confronto e lavoro con ricercatori, docenti universitari ed esponenti di altri enti del settore socio-sanitario, pubblici, privati profit e non profit, e contiene analisi e proposte concrete per la riforma del settore.

**La ricerca segnala, per esempio, la necessità di istituire un Servizio nazionale per la non autosufficienza che superi l'attuale frammentazione degli interventi. Un sistema integrato, con un fondo nazionale e un unico canale di accesso.**

Questo scenario pone sfide cruciali che richiedono maggiori risorse e una riorganizzazione delle attività. Il sistema va ripensato mettendo in rete i servizi, valorizzando il ruolo dei medici di base e del volontariato. Bisogna rafforzare l'assistenza domiciliare e nel contempo rendere le residenze (Rsa) luoghi più accoglienti. Occorrono strutture a bassa intensità di cura, ma anche ad alta intensità. È necessario integrare i servizi territoriali con l'assistenza sanitaria e superare la loro frammentarietà e standardizzazione.

Osservando l'offerta, bisogna superare i pregiudizi sull'origine degli enti: non ha più senso concentrarsi sulla natura pubblica, privata o non profit dei diversi soggetti. Occorre, invece, analizzare e valutare qualità, efficacia ed efficienza del servizio. Tutti i sogget-

ti, infatti, concorrono ad assistere persone fragili. Va perciò coinvolto di più chi opera sul campo e offre un contributo essenziale nel ridisegnare e adattare i modelli di cura.

Un approccio sussidiario è quello che può venire in aiuto: partire dal basso, dalle preziose esperienze sul campo di migliaia di operatori per rispondere ai bisogni delle persone fragili. È perciò centrale il ruolo del soggetto pubblico, chiamato a programmare e valutare in modo imparziale, che deve sostenere la possibilità per le diverse strutture di perseguire al meglio i propri obiettivi di cura. Deve cioè garantire che le migliori energie vengano valorizzate e messe a sistema. In modo che si possa continuare ad assicurare quel welfare universalistico, frutto di tante battaglie e sacrifici per una società più giusta e umana.

La cultura sussidiaria - come mostra lo studio - ha l'ambizione di offrire gli strumenti perché quel diritto possa essere garantito. Perché quella cura al massimo delle possibilità possa essere assicurata.

**“ PER L'ASSISTENZA ALLE PERSONE FRAGILI UN APPROCCIO SUSSIDIARIO È QUELLO CHE PUÒ VENIRE IN AIUTO ”**



# Un pesante fardello

**Necessario favorire il dialogo tra le Amministrazioni, riconducibili ai Ministeri di Giustizia e Salute, mediante una Legge quadro con cui tracciare i contorni organizzativi della Sanità Penitenziaria sia Regionalmente che in ogni singolo Istituto Penitenziario italiano**

di LUCIANO LUCANIA

**È** evidente che la pandemia ci ha lasciato la coscienza certa della fragilità dei nostri sistemi sociali. Nella sanità è ritornato un capitolo che credevamo chiuso, proprio quello delle malattie infettive gravi e con andamento così rapido e conseguenze così violente. Avevamo investito risorse e creato sistemi per la cura delle patologie del benessere – cardiovascolare ed oncologia – mentre abbiamo dovuto fare i conti con gli aspetti clinici del coronavirus e le sue gravi complicanze polmonari. Si è fatto spettacolo e polemica pure sui vaccini. Ed oggi sul green pass. Il microcosmo carcere non ha subito quel disastro annunciato che tanti immaginavano. Abbiamo fatto resistere il sistema, anche se le brecce purtroppo ci

sono state. Infatti anche fra i detenuti abbiamo dovuto contare contagi e morti. Ma l'analisi dei casi, tutti, non solo i più gravi, ci dice che i comportamenti soggettivi ne sono stati la causa. L'intero sistema si è rivelato fragile, permeabile. La sanità perennemente ed ingiustamente sotto accusa.

Ma cosa è stato creato sino al 2008, epoca del transito alla sanità pubblica? Ed a 13 anni di distanza cosa si è saputo modificare? È sufficiente modificare la forma dell'assistenza, il contenuto, oppure è necessario modificare anche il contenitore?

È ormai evidente agli occhi

di tutti che questo sistema non può più reggere l'impatto del vincolo normativo della tutela della salute. È un sistema arcaico. Bisogna avere il coraggio di cambiare, intanto le norme che lo regolano per consentire un'assistenza di qualità ed adeguata ai tempi delle problematiche e, forse, di rivedere con lo spirito giusto anche le problematiche tabù, per prima quella della salute mentale. Infatti non tutte le manifestazioni di sofferenza mentale e/o di violenza che si registrano in carcere raggiungono il rango di una condizione che rientri nei parametri diagnostici di una patologia psichiatrica; inoltre

molte condizioni o alterazioni comportamentali disfunzionali sono legate all'uso/abuso di sostanze. Ne deriva che rappresentazioni e manifestazioni di malessere o disagio così variegate, multidimensionali, multideterminate non possono essere tout court etichettate come patologie psichiatriche.

In relazione anche a queste linee di pensiero si è sviluppato il 22° Congresso della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, l'Agorà penitenziaria, dove lo spazio di parola è aperto ai saperi ed alle esperienze sul campo. L'incontro di apertura, presente il Sottosegretario alla Giu-

**“ NEL 2008, SPARTIACQUE FRA IERI ED OGGI, L'ATTIVITÀ SANITARIA IN CARCERE È STATA SVILITA, DEPOTENZIATA ”**



stizia, Anna Macina, ci ha consentito di proporre proprio queste riflessioni ai decisori politici. Dove andiamo? Come andiamo? Chi siamo, o meglio cosa siamo considerati? Nel 2008, spartiacque fra ieri ed oggi, sotto effluvi di parole spesso disancorate dalla realtà, l'attività sanitaria in carcere è stata svilita, presentata quasi come un ambulatorio, depotenziata per il suo futuro nel ruolo all'interno delle Aziende Sanitarie. Oggi questi sono i veri problemi, l'attualità e la criticità di tutti i giorni, vista anche la crisi profonda che il sistema penitenziario attraversa. Vi sono difficoltà trasversali a tutte le Regioni nei servizi sanitari penitenziari, nelle risorse umane (medici, infermieri, tecnici) e tecnologiche; nella gestione degli ambienti, nei rapporti con il territorio e gli ospedali. Manca una vision del futuro.

Tutto nasce da un vulnus originario, un peso che ancora l'esercizio della medicina in carcere si trascina. **Ed è la ormai storica legge 740/70, che all'epoca diede al sistema quella forma che ancora ci pesa come un fardello, ma sono ormai passati oltre cinquant'anni. Ma i culturalmente superata dopo questo lunghissimo periodo!**

leri definiva un sistema sanitario interno al Ministero della Giustizia, oggi deve ancora essere definito un

sistema interno al Servizio Sanitario Nazionale, che offra prestazioni cliniche e di prevenzione (i Lea...), assicuri sicurezza operativa e stabilità agli operatori, collabori in maniera integrata per gli aspetti di competenza sanitaria agli aspetti trattamentali del detenuto, curati dall'Amministrazione Penitenziaria. Purtroppo l'esperienza ci ha fatto toccare con mano che il meccanismo del rapporto Stato-Regioni attraverso Conferenza U-

nificata ha i suoi limiti.

Serve oggi una nuova legge, una legge quadro che, superando i campanilismi, dia una forma univoca a questo settore del Servizio Sanitario Nazionale. Chiara e definitiva. A seguire, anche con le forme già in uso si potranno con maggiore facilità determinare le specifiche ricadute sui territori.

Ma facciamo presto.

Il rischio è che la partita fra un po' si fermi perché una squadra non c'è più!

## Le nostre proposte sono poche ma chiare ed allineate al Ssn:

- **la rete interna, di Unità Operative** aziendali modulate sulla tipologia e la numerosità dell'utenza detenuta per ciascuna azienda sanitaria; unità operative di sanità penitenziaria, con propria direzione che uniscano le funzioni di continuità assistenziale, medicina specialistica, professioni sanitarie, in un unicum oggettivo nell'ambito di comunità confinata ma integrata con tutti i servizi aziendali, finalizzato alla cura, alla prevenzione, ma anche all'espletamento delle funzioni che la norma penale e penitenziaria attribuisce al medico per il detenuto;
- **la rete ospedaliera nazionale dei reparti di medicina protetta**, dei quali vi sono già eccellenti esempi sul territorio, ma che oggi sono l'unica oggettiva possibilità di erogare ai detenuti quelle cure che solo in ospedale possono essere apprestate (chirurgia, cardiologia interventistica, patologie dismetaboliche, oncologiche ed altro) con gli strumenti del ricovero, del day hospital e del day surgery;
- **la rete delle articolazioni salute mentale**, da definire stabilmente e strutturalmente nella forma e nelle caratteristiche di erogazione delle prestazioni, nel rapporto con i Dipartimenti territoriali di Salute Mentale, nella stessa attività degli specialisti psichiatri e degli psicologi, che dovrà essere riorientata;
- **lo sviluppo dei servizi digitali**, primo fra tutti il diario clinico informatizzato, che ha visto sin oggi tanti importanti tentativi di attivazione ma purtroppo ben pochi risultati, oltre che lo sviluppo di servizi di telemedicina.

Ed infine la realizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale, che raccolga i dati sulla salute dei detenuti dagli osservatori regionali e contribuisca a definire le più adeguate linee di intervento.

Ma sono sufficienti gli strumenti normativi che oggi abbiamo?



# Valore sottovalutato

**Negli ultimi anni si è assistito a una riduzione, se non addirittura a una scomparsa all'interno di numerose strutture ospedaliere, delle Unità operative di dietetica e nutrizione clinica. Il ruolo della nutrizione nei piani di cura e nella prevenzione pubblica**

di GIUSEPPE MALFI



**L**a pandemia da Sars-CoV-2 ha mostrato con piena evidenza come la malnutrizione per eccesso o per difetto, già esistente o concomitante all'infezione virale, abbia inciso sfavorevolmente sulla prognosi di tutti i pazienti, indipendentemente dal genere e dall'età. Sin dall'esordio della pandemia l'Associazione Italiana di Dietetica e Nutrizione Clinica, Adi così come tutte le società scientifiche internazionali di nutrizione, ha indicato come prioritaria la

valutazione dello status nutrizionale nei soggetti colpiti dall'infezione. Eppure in una survey condotta dall'Associazione nel periodo marzo-luglio 2020, su un campione di circa 250 operatori sanitari, medici e dietisti, che lavoravano nelle strutture sanitarie italiane è emerso che nella metà dei reparti Covid-19, non è stata elaborata un'apposita procedura o istruzione operativa finalizzata alla gestione della nutrizione dei pazienti affetti da Coronavirus. Solo il 45% degli specialisti che abbiamo intervistato è riuscito a fare lo screening nutrizionale del paziente

entro le prime 48 ore dal ricovero e successivamente a instaurare una terapia nutrizionale appropriata, anche in considerazione del fatto che solo il 38% degli ospedali in cui essi operano è dotato di strutture dedicate alla diagnosi e cura della malnutrizione ospedaliera e delle patologie

legate alla nutrizione. D'altra parte negli ultimi anni si è assistito a una riduzione, se non addirittura a una scomparsa all'interno di numerose strutture ospedaliere, delle Unità operative di dietetica e nutrizione clinica, a nostro avviso fondamentali nella gestione nutrizionale dei pazienti ricoverati.

Non dimentichiamo che esistono consistenti evidenze scientifiche che dimostrano come i pazienti malnutriti rispetto a quelli normonutriti abbiano una maggiore mortalità durante e dopo il ricovero, maggiori compli-

canze, tempi di degenza più lunghi (con maggiori spese da parte del Ssn), una più frequente riospedalizzazione dopo la dimissione.

Non riconoscere quanto lo stato di nutrizione sia un tassello importante nella cura del paziente con inevitabili ricadute cliniche, economiche e sociali è davvero incomprensibile. Lo stato di malnutrizione del malato in generale e del paziente ospedalizzato in particolare, una vera e propria "malattia nella malattia", viene scarsamente considerato e solo in rari casi affidato agli specialisti di dietetica e nutrizione clinica, anche perché poco presenti e peraltro poco richiesti dalle amministrazioni sanitarie forse per una scarsa consapevolezza del problema, forse per una presunta esigenza di contenere le spese.

Le spese si riducono anche costruendo percorsi di continuità assistenziale tra ospedale e territorio e, anche in questo caso, le strutture di dietetica e nutrizione clinica possono essere le protagoniste, responsabili della

gestione della nutrizione artificiale domiciliare (enterale e parenterale) destinata a tutti quei pazienti non in grado di nutrirsi in tutto o in parte per via naturale, garantendo l'adeguata conoscenza delle problematiche associate. Questi percorsi sono ben protocollati in poche regioni d'Italia e di ciò sono testimoni le Associazioni Pazienti che abbiamo avuto modo di ascoltare al nostro ultimo Congresso nazionale di Torino. Inoltre in una popolazione che conta circa 6 milioni di soggetti affetti da obesità, malattia riconosciuta come tale anche presso la Camera dei Deputati, ci si chiede quali saranno le figure professionali che dovranno occuparsi della sua diagnosi e del trattamento. Secondo un recente studio i costi (diretti e indiretti) attribuibili a questa patologia,

concausa di una elevata percentuale di casi di diabete tipo 2, malattie cardiovascolari, ipertensione arteriosa, cancro, ammonterebbero a oltre 13 miliardi di euro. Come Adi crediamo che anche in tal caso le strutture di dietetica e nutrizione clinica possano svolgere un ruolo molto importante nella prevenzione e nel trattamento. Ricordiamo, infine, che una Conferenza Stato-Regioni



del 24 novembre 2016 auspicava entro il 2017 la "presenza di un referente medico competente per la nutrizione clinica in almeno il 60% delle strutture ospedaliere e competente in nutrizione preventiva in almeno il 60% delle asl" e, entro il 2018 la "presenza di una Uo di dietetica e nutrizione clinica ogni 0.6-1.2 milioni di abitanti. Ad oggi non ci risulta che ciò sia stato attuato.

Come Società scientifica non resta che sperare che parte dei fondi del Pnrr per la sanità venga destinata all'incremento e potenziamento dei servizi di nutrizione clinica in tutto il Paese sia a livello ospedaliero che territoriale, allo sviluppo di interventi educativi sull'alimentazione oltre che nelle scuole anche nelle famiglie, e all'inserimento dello studio della nutrizione a livello universitario, unica possibilità per potere meglio diffondere l'importanza della disciplina in ambito clinico.

**Uno studio multicentrico, con capofila la Fondazione Irccs Policlinico San Matteo di Pavia, su 1.391 pazienti affetti da Covid-19 in 11 strutture ospedaliere italiane ha confermato che un adeguato supporto nutrizionale può essere di primaria importanza per un migliore esito della malattia.**

I ricercatori hanno osservato che i pazienti affetti da Covid-19, in cui veniva riscontrata la riduzione dell'alimentazione, avevano un maggior rischio di dover essere trasferiti in terapia intensiva e di morire durante l'ospedalizzazione. I risultati ribadiscono che il "fattore" nutrizione, in particolare il deficit calorico precoce, può condizionare l'andamento clinico non solo del Covid-19, ma anche della quasi totalità delle patologie acute e croniche, come ad esempio quelle oncologiche.

**“NON RICONOSCERE IL CIBO COME UN TASSELLO NELLA CURA HA RICADUTE CLINICHE, SOCIALI ED ECONOMICHE”**

# Covid e fragilità



**Individuare le criticità per proporre modelli organizzativi più efficienti e validi da poter generare ipotesi su contenuti generalizzabili. Le indicazioni per superare gli aspetti cruciali per una efficacia presa in carico integrata della persona**

di PAOLA PISANTI

**N**ell'ambito del progetto "La gestione delle fragilità cliniche e sociali nel nostro Sistema sanitario prima, durante e dopo il Covid-19: quali proposte utili per il futuro?" è stata realizzata una ricerca, i cui contenuti sono espressi nel volume "Covid e Fragilità", e che ha avuto come obiettivo quello di individuare le criticità determinate

da implicazioni cliniche, sociosanitarie, sociali e organizzative. Ed inoltre definire delle proposte che possano aiutare a superare le fragilità sia nel presente che nel futuro, e disegnare modelli organizzativi più efficienti e validi nelle quattro aree: Assistenza ospedaliera - integrazione ospedale territorio; Strutture sociosanitarie residenziali; Integrazione sociosanitaria-continuità assisten-

ziale; Assistenza domiciliare, evitando il rischio di "segmentazione", o tagli che avrebbero fatto perdere il "continuum" assistenziale tra i vari setting. La ricerca, a cui hanno partecipato 60 protagonisti del mondo sanitario, ha coinvolto 9 Regioni Italiane (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Campania e Ca-

labria) mettendo in luce, in alcuni casi, la fragilità, del modello di gran lunga prevalente nella offerta di servizi assistenziali per le persone fragili e le disabilità adulte e cioè le strutture sociosanitarie. Ha messo in evidenza l'urgenza di superare le criticità che riguardano l'Assistenza domiciliare e la carenza di strumenti e strategie per favorire l'integrazione ospedale territorio e quindi la presa in carico del paziente, l'integrazione dei singoli operatori, la continuità assistenziale.

## ASPETTI RILEVANTI DELLA RICERCA

### AREA OSPEDALIERA/INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO

La presenza negli ospedali di un numero sempre più elevato di pazienti cronici, con pluripatologie, complessi per la coesistenza di problematiche sanitarie e socio-sanitarie, già aveva comportato la necessità di superare la frammentazione dei servizi, considerando anche gli aspetti sociali, familiari ed economici e la necessità di sviluppare sistemi informativi, con azioni di monitoraggio e valutazione continuativa degli esiti in termini di outcome di salute e di costi.

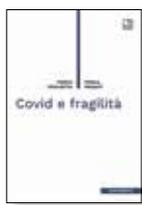
Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi le Regioni stanno implementando i servizi orientati alle "dimissioni protette", definendo protocolli di integrazione alla dimissione ospedaliera con altri setting assistenziali quali Cure domiciliari, Cure palliative, Residenze Sanitarie Assistenziali, Case di riposo, ecc.

La Centrale Operativa Aziendale (Coa) è l'elemento cardine del sistema organizzativo aziendale; il ruolo e le funzioni delle Usca è stato particolarmente impattante; ed è stato rafforzato il ruolo degli Assistenti Sociali dei casi anche non strettamente "sociali".

## “ SUPERARE LE CRITICITÀ CHE RIGUARDANO L'ASSISTENZA DOMICILIARE ”

Nella raccolta dei dati e nell'individuare e modellizzare i processi concreti di funzionamento delle esperienze di gestione delle fragilità cliniche e sociali si sono generate delle ipotesi generalizzabili sui processi e inoltre si è considerato necessario anche la definizione di uno specifico protocollo di formazione propeedeutico dei vari gruppi di lavoro. I contenuti e i risultati della ricerca hanno inteso

**Covid e fragilità.**  
**La comparazione fra Regioni**  
curato da Fosco Foglietta  
e Paola Pisanti.



promuovere anche un'evoluzione verso la cosiddetta "Value Based heal-

th care", vale a dire verso una assistenza efficace ma sostenibile sia in termini economici (in grado di conciliare l'aumento dei costi associato all'innovazione con la necessità delle cure) sia in termini di valori individuali e sociali (in grado di conciliare le linee guida Ebm con gli effettivi bisogni/valori del paziente e della comunità in cui vive ).

La nostra ricerca ha messo in luce soluzioni,

La metodologia utilizzata è basata sulla valutazione scientifica realista con studio di caso multiplo e un approccio Mixed Method, partendo da dati e da narrazioni attraverso lo story telling. Essa ci ha permesso di esplorare e classificare come i fattori (individuali, strutturali, istituzionali), contestuali nelle quattro aree e nelle diverse dimensioni (cliniche, terapeutiche e organizzative) e nei diversi setting, interagiscono e contribuiscono ai risultati osservati nei diversi casi-studio.



### CALL TO ACTION INTEGRAZIONE OSPEDALE -TERRITORIO

1. Migliorare l'assistenza ospedaliera ai pazienti fragili.
2. Creare reti multi-specialistiche ospedaliere.
3. Promuovere azioni che assicurino la continuità terapeutica ed assistenziale alle persone fragili che accedono alle cure ospedaliere, sia in emergenza/urgenza, che in elezione.
4. Definire PDTA transmurari tra ospedale e territorio.

### AREA DELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE RESIDENZIALI

In generale possiamo dire che c'è una ricchezza di normative regionali specifiche sia per quanto riguarda gli aspetti strutturali, che organizzativi, e sono messe in campo alcune azioni favorevoli a una buona qualità di vita e assistenza per questa categoria di popolazione all'interno delle strutture.

Si rileva in particolare l'identificazione da parte delle regioni di una ricchezza di tipologia di strutture (Case di riposo, Casa Albergo e Comunità Alloggio per Anziani, Case famiglia e Gruppi Appartamento per Anziani; Case-residenza per anziani non autosufficienti Cra (ex Rsa e Case Protette); Casa-Residenza per Anziani non autosufficienti (Spr), e la presenza di ruoli diversi professionali (Oss, infermieri, fisioterapisti, animatori, medici, Responsabili Attività Assistenziali, coordinatori, ass. sociali, ecc.)

sia per la parte clinica sia sociale, sia di intrattenimento. La ricerca ha messo in evidenza che, pur essendoci degli indirizzi regionali adeguati e corretti, non erano e non sono pienamente realizzati a livello locale per cui è fondamentale mettere in campo interventi che favoriscano la realizzazione di indicazioni già esistenti a livello di strutture e del territorio, integrandole con ulteriori strategie e azioni sia oggi che in futuro.

### CALL TO ACTION STRUTTURE SOCIO SANITARIE

1. Assicurare a ogni anziano uno spazio di vita personale.
2. Favorire le relazioni in sicurezza tra la struttura e il territorio promuovendo per la struttura un ruolo di "nodo della rete socio-sanitaria" e non di "meta terminale".
3. Rafforzare gli strumenti per ampliare le possibilità diagnostiche, valutative e terapeutiche attraverso l'implementazione di sistemi di telemedicina.

### AREA INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Particolare attenzione nella programmazione regionale è di creare un riequilibrio della spesa a favore delle aree socio-sanitarie che consentirebbe l'implementazione della rete integrata di servizi evitando il ricorso a funzioni improprie. Basti pensare, ad esempio, a "quanti pazienti disabili di lieve-medio grado, con bisogni

alcune già esistenti prima dell'epidemia, altre venute ad delineare in maniera più strutturata durante l'epidemia e riesce a coprire alcune necessità del nostro paese in linea con le missioni del Pnrr, evidenziando che la salute è in stretta correlazione con il lavoro, l'ambiente, la ricerca, la formazione, la tecnologia, ecc. Da inoltre indicazioni per superare gli aspetti cruciali per una

efficacia presa in carico integrata della persona, enfatizzando la necessità di:

- sostenere la capacità di garantire un coordinamento, tra le varie strutture, e tra i professionisti, e tra sanitario e sociale;
- utilizzare risorse in modo non frammentato tra diversi soggetti istituzionali (Asl, Comuni, terzo settore, ecc.)

e creare strumenti di interfaccia fra ospedale e territorio, e nello stesso territorio fra distretto, Aft, Uccp, Case della salute/comunità, Dipartimenti, ecc., per rendere più facile le "azioni di ricomposizione degli interventi".

- intervenire più su una revisione e valorizzazione dei modelli assistenziali esistenti con interventi che contrastino anche il disagio e favoriscano l'inclusione sociale (determinanti sociali).

## “ LA SALUTE È IN STRETTA CORRELAZIONE CON IL LAVORO, L'AMBIENTE, LA RICERCA, LA FORMAZIONE... ”

prioritari sociali di vitto, alloggio, socializzazione, sono invece impropriamente ospitati in strutture sanitarie istituzionalizzanti e ad alto costo".

Le Regioni, con velocità diverse, stanno andando verso una nuova caratterizzazione dell'assistenza socio-sanitaria integrata con un forte apporto dell'uso di tecnologie innovative e l'utilizzo di strumenti informatizzati comuni e condivisi fra sanitario e sociale fino a prefigurare una vera e propria Rete in cui il distretto è il luogo di partenza non solo per la valutazione multidimensionale dei bisogni ma soprattutto per la definizione e organizzazione dei percorsi successivi.

### CALL TO ACTION INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA

1. *Sviluppare un sistema integrato di servizi socio-sanitari alla persona fragile valorizzando la partecipazione della società civile.*
2. *Adottare modelli di welfare di comunità, evitando la eccessiva medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali.*
3. *Promuovere interventi che garantiscano l'equità di accesso alle reti socio sanitarie e assistenziali.*

### AREA ASSISTENZA DOMICILIARE

L'assistenza domiciliare è una delle risposte più efficaci ai bisogni assistenziali delle persone fragili purché tecnicamente trattabili

a domicilio, per i quali l'allontanamento dall'abituale contesto di vita può aggravare la condizione patologica e destabilizzare l'equilibrio sia fisico che psicologico.

La ricerca mostra che è necessario collocare gli interventi, oggi forniti separatamente da Asl, Comuni e Inps, all'interno di un sistema di cure domiciliari organico, che sappia offrire una risposta unica e coerente (budget di salute) per innescare un processo volto a restituire alla persona una vita sociale adeguata. Viene riconosciuta l'utilità di strutturare il ruolo dell'infermiere, dei caregiver e di individuare un case manager, con i compiti di coordinamento e procedere a una revisione dei percorsi assistenziali, al fine di indirizzare maggiori risorse a sostegno della domiciliarità, prevedendo anche una riconversione dei posti residenziali in semiresidenziali ed in ricoveri di sollievo.

### CALL TO ACTION ASSISTENZA DOMICILIARE

1. *Strutturare l'assistenza al domicilio per evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o la istituzionalizzazione, anche attraverso l'utilizzo appropriato della sanità digitale.*
2. *Supportare la famiglia mediante un sostegno educativo-relazionale, economico-sociale o di altra natura.*
3. *Recuperare le capacità residue di autonomia e di relazione della persona fragile e migliorare la qualità di vita anche nella fase terminale.*

# 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

# La cronicità nella prospettiva Pnrr

**Per il Mezzogiorno un progetto di sistema. Parla Giuseppe Noto, Direttore di Distretto dell'ASP di Palermo, uno degli autori del Piano Nazionale della Cronicità**

Il Pnrr offre – almeno sulla carta – la possibilità di ridisegnare la rete dei servizi di assistenza sanitaria che, in occasione della pandemia, ha mostrato i punti di fragilità e di tenuta del Ssn. Il Progetto sistemico di Sineos sulla cronicità prosegue con il proprio contributo allo sviluppo di un dibattito e di una messa in rete delle esperienze sviluppate sul territorio, a partire dal Mezzogiorno. Parla uno degli autori del Piano Nazionale Cronicità: Giuseppe Noto. Cronicità, questione di famiglia, ma anche e soprattutto questione di sistema. È questo il messaggio che, con decisione, emerge dai contributi dei protagonisti dell'intervento di programmazione, organizzazione e gestione dei servizi di assistenza rivolti alle persone

condelle cronicità, coinvolti dal progetto elaborato da Sineos, diretta da Lino Cirinà e realizzato con il contributo non condizionante di Takeda e Vifor Pharma. Il Piano nazionale per la ripresa e la resilienza offre un'opportunità storica, a condizione di sviluppare delle progettualità coerenti con il tessuto socioeconomico dei diversi territori. In quest'ottica diventa strategico mettere in rete le esperienze, i saperi, le soluzioni



adottate e le opzioni possibili. Occorre fare presto per non perdere l'occasione di poter offrire – grazie alle risorse del Pnrr – servizi di assistenza alle persone con fragilità, ai caregiver, ai punti di erogazione delle prestazioni, tenuti finora ai margini della pianificazione degli interventi del Ssn, malgrado il Piano Nazionale per le Cronicità sia giunto in fase di misurazione delle attività.

Giuseppe Noto, Direttore di Distretto dell'ASP di Palermo e componente redazione Piano Nazionale della Cronicità, ha le idee molto chiare in merito: **“Vi sono due elementi che impongono una revisione critica profonda dei “paradigmi”, cioè degli “occhiali interpretativi” (epistemologici), sui quali si strutturano**

L'evento di novembre, svoltosi all'interno del progetto interregionale sviluppato dalla Sineos, ha tracciato un quadro più chiaro dello scenario delle cronicità nel sud Italia.

le organizzazioni sanitarie, le culture e le prassi dei professionisti. Da un lato la pandemia, che ha dato risalto ad errori “storici”: la semplificazione della complessità, i silos organizzativi, l'autoreferenzialità delle discipline; dall'altro, la “sfida sistemica” del PNRR con le prospettive di ri-costruire e ri-orientare i sistemi di salute e di cura, di cui alla Missione 6C1 e 6C2. Le patologie croniche rappresentano una priorità del sistema-salute ed un target fondamentale del Pnrr. Sono anche un ottimo humus concreto per dare corpo ai nuovi paradigmi, ad assetti organizzativi integrati e a nuove prassi, ma bisogna in primis individuare i “driver”, i “pilastri-guida” delle scelte e delle azioni del prossimo futuro”.

Per Noto - che è intervenuto alla due giorni sulla governance della cronicità tenutasi lo scorso mese di novembre e che ha visto oltre trenta protagonisti del sistema sanitario del Mezzogiorno condividere le proprie esperienze e prendere posizione sul tema, stimolati dal giornalista Marco Magheri - le organizzazioni che non hanno visione di sistema e non attivano processi di generazione di intelligenze collettive e connettive e prassi interconnesse, non hanno futuro.

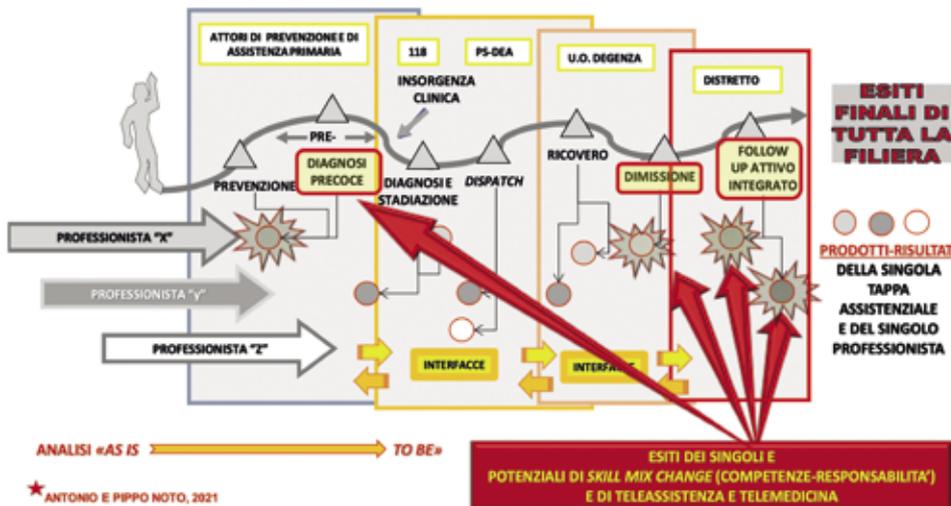
“Bisogna, innanzitutto - e -

**NON «PRESTAZIONI» E «GENERICHE FUNZIONI» MA «PRODOTTI-RISULTATI»:  
MONITORARE I «Piani di Salute e di Cura» con una Piattaforma Informativo-Informatica Comune  
(NEL RISPETTO DELLE SPECIFICITÀ DEI PROFESSIONISTI E VALUTANDO I RISULTATI SUI TARGET PRIORITARI)  
E INDIVIDUARE GLI «SNODI DI CONOSCENZA UTILE» PER LA TELEASSISTENZA E LA TELEMEDICINA**

**DUE «MAPPE SISTEMICHE FONDAMENTALI»:**

**1. STORIA NATURALE DELLA MALATTIA**

**2. CONTINUUM ASSISTENZIALE  
BASATO SULL'INTENSITÀ DI CURA**



★ ANTONIO E PIPO NOTO, 2021

nello spazio di approfondimento online: [sineos.it/](http://sineos.it/) cronicita, ha elencato dei principi metodologici basilari.

Secondo il Direttore di Distretto dell'ASP di Palermo "i Pdta dovrebbero: essere strutturati in modo "non-parziale", utilizzando comemappe l'intera "storia naturale di malattia" ed in parallelo il "continuum" dei diversi servizi e dei differenti attori della cura (as is-to be), essere strutturati come strumenti operativi "snelli" (lean), concentrati sui "prodotti fondamentali" - risultato delle attività integrate - intermedi e finali, evitare l'elencazione generica dei "ruoli" ("il Mmg fa diagnosi, lo Specialista valuta le complicanze, etc.") e dare, invece, risalto al contributo misurabile dei vari attori su specifici "prodotti/risultati" (ades. il prodotto integrato "Follow up attivo")".

Questo metodo dà evidenza misurabile anche ai "prodotti di interfaccia" (ad es. la comunicazione), fondamentali per dare corpo all'integrazione, permette la ri-definizione delle competenze/responsabilità dei diversi attori e costituisce una mappa per programmi informatici contestualizzati e teleassistenza e telemedicina mirate. Una preziosa bussola - che punta a sud -lungolastrada della salute pubblica. **M.M.**

videnza ancora Noto - **ri-vitalizzare i processi di Pianificazione strategica e di Programmazione, sia a livello regionale, sia a livello aziendale, promuovendo un concreto disegno di "governance strategica", correlato alla "clinical governance", per ridurre le crescenti distanze tra Direzioni e Professionisti e per concretizzare piani e alleanze su valori e obiettivi "convergenti".** Ciò implica la costruzione di un "sistema multilivello di conoscenze" multicompetenti, multidimensionali e polifoniche attraverso audit multiprofessionali". I modelli di rete cui si fa maggiore riferimento sono quelli "verticali", come il modello Hub and Spoke

(più consono alla gestione delle acuzie) e non quelli "orizzontali", quale il "point to point".

"Tale modello - prosegue Noto - più utile per cronicità e fragilità, non appiattisce il sistema perché declina le "caratteristiche distintive" dei singoli punti della rete dando evidenza/valore al diverso grado di complessità/specializzazione posseduti ed è sintonico con un principio fondante del Piano Nazionale Cronicità: la realizzazione di un "sistema multicentrico e circolare". Un metodo fondamentale per la pianificazione organizzativa che sappia guardare alle singole parti mantenendo sempre la visione del "con-textus (tessuto insieme) sistemico"

è rappresentato dai Pdta come "traccianti", articolati in base agli snodi cruciali della "storia naturale" delle patologie ed i potenziali di prevenzione in base ai principi della piramide di Population Management, individuando le performance e gli assetti organizzativi più adeguati per i diversi target".

Lungo la strada tortuosa dei Pdta, tuttavia, si può correre il rischio di perdersi in rivoli di autoreferenzialità, isolazionismo e disegno organizzativo basato sull'organizzazione e non sui bisogni delle persone. Su questo fronte Giuseppe Noto, anche all'interno dei contenuti audiovisivi, documentali e alle interviste disponibili



# I NOSTRI ALLEATI

**Supercalcolo, big data e intelligenza artificiale si affiancano alla ricerca tradizionale con risultati finora impensabili, grazie alla tecnologia e grazie anche allo sviluppo di collaborazioni internazionali e multidisciplinari**

di DAVID VANNOZZI

**Il Supercomputer Marconi100 è capace di esprimere una potenza di elaborazione fino a 32 milioni di miliardi di calcoli al secondo. Tra i suoi obiettivi lo studio di settori che spaziano dalla fluidodinamica alle soluzioni per le pandemie**

**L** supercalcolatore Marconi 100 tra i top del supercalcolo mondiale e Leonardo, il nuovo supercalcolatore europeo in arrivo nel 2022, sono i fiori all'occhiello di Cineca, il Consorzio Interuniversitario, che da oltre cinquant'anni dà supporto al sistema della ricerca nazionale e internazionale.

I supercomputer sono alleati indispensabili in quegli ambiti di ricerca dove la sperimentazione in laboratorio non è possibile per diversi fattori: per le dimensioni dei problemi da risolvere (troppo grandi, come le galassie, o

troppo piccoli come i nanomateriali), per le limitazioni di tempo (urgenza, come per le ricerche per le emergenze, o complessità delle variabili da analizzare, come per il meteo).

**Inizialmente la "ricerca computazionale" era utilizzata solo negli ambiti classici della ricerca** ma, nel corso degli anni, grazie allo sviluppo della tecnologia, alla crescita della potenza di calcolo e alle competenze tecnico scientifiche di tecnici e ricercatori, le applicazioni del supercalcolo hanno visto una fortissima espansione: dalla meteorologia alla prototipazione virtua-

le, dallo studio dei nuovi materiali alle applicazioni dell'intelligenza artificiale, dalle ricerche in ambito energetico, allo studio di nuovi farmaci. Inoltre, le ricadute nella società delle applicazioni del supercalcolo oggi sono molto più concrete di quelle che pensiamo. **Molti progetti in cui Cineca è impegnato, infatti, riguardano da vicino la salute delle persone, alzano il livello dell'efficienza diagnostica e consentono trattamenti terapeutici straordinari per appropriatezza e innovazione.**

Un caso molto vicino a tutti noi, per esempio, riguar-

da la pandemia in corso: nell'ambito di un progetto pubblico-privato finanziato dalla Commissione Europea e guidato da Dompé, i supercomputer di Cineca hanno simulato il comportamento delle proteine che consentono al coronavirus di replicarsi, in modo da poter testare virtualmente le molecole farmaceutiche più efficaci, e poter poi passare molto più velocemente alla fase di validazione in laboratorio, accelerando la produzio-

ne di farmaci efficaci per ridurre la replicabilità del virus. Appena ricevuti i dati del sequenziamento del coronavirus, messi a disposizione dai ricercatori internazionali, fin dalle prime fasi della pandemia, nel datacenter Cineca hanno preso il via le simulazioni del comportamento di una decina di proteine usate dal virus per riprodursi. Si tratta di simulazioni molto lunghe, per le quali sono state messe a disposizione delle risorse di calcolo dedicate. Ogni proteina richiede almeno una settimana di simulazione continua su 16 nodi del supercomputer Marconi100: con un computer normale ci vorrebbero almeno 4 mesi per ogni proteina. **I risultati delle simulazioni sono poi analizzati tramite la piattaforma Exscalate: una "biblioteca chimica" di 500 miliardi di molecole a cui i ricercatori possono attingere per simulare il comportamento del virus in abbinamento alle molecole farmaceutiche.** Nel giro di poco più di un paio di mesi è stato individuato il primo farmaco che grazie alle simulazio-

ni ha dimostrato la propria efficacia nel limitare gli effetti di Covid-19 nei casi lievi. Le verifiche in vitro hanno dimostrato l'efficacia del farmaco, e l'Aifa ha autorizzato le sperimentazioni cliniche sui pazienti. Un processo che generalmente richiede diversi anni.

**In ambito sanitario, dunque, supercalcolo, big data e intelligenza artificiale si affiancano alla ricerca tradizionale con risultati finora impensabili, grazie alla tecnologia e grazie anche allo sviluppo di collaborazioni internazionali e multidisciplinari.** Sempre in ambito pandemico, è recente il lancio del progetto Orchestra, che ha l'obiettivo di dar vita a una coorte paneuropea per la definizione di modelli di prevenzione, terapia e vaccinazione efficaci contro il coronavirus. Alla base del progetto, l'utilizzo di tecniche innovative di microbiologia, genomica, statistica (intelligenza artificiale e modelli matematici) supportati da piattaforme appositamente progettate e implementate per la condivisione di dati sensibili tra Paesi

**ORCHESTRA, un progetto di ricerca internazionale di tre anni finanziato dalla Commissione Europea volto ad affrontare la pandemia di coronavirus, tramite la creazione di una coorte paneuropea per la definizione di modelli di prevenzione, di terapia e di vaccinazione efficaci contro l'infezione da Sars-CoV-2.**

Il progetto è guidato da Evelina Tacconelli dell'Università di Verona e coinvolge 26 partner, da 15 paesi.

Il budget del progetto è di circa 20 milioni di euro, finanziato dal programma di ricerca e innovazione Horizon 2020 dell'Ue nell'ambito del piano d'azione ERAvsCorona, sviluppato congiuntamente dai servizi della Commissione e dalle autorità nazionali per affrontare la pandemia. Cineca è il coordinatore del Wp "Data Management", che prevede lo sviluppo della piattaforma che raccoglierà i dati delle varie coorti coinvolte.

Europei ed extraeuropei. **I temi dell'armonizzazione dei dati di diversa provenienza, della sicurezza e della privacy, sono elementi critici anche dell'accordo recentemente siglato da Cineca con il Ministero della Salute.** L'accordo prevede di progettare e sviluppare un sistema basato su tecniche di intelligenza artificiale e di analisi di Big Data a supporto della nuova governance per il Sistema Sanitario Nazionale.

**Nel panorama sanitario nazionale composto da una molteplicità di attori (regioni, Asl, aziende in house, Ospedali) la pandemia in particolare ha reso evidenti le problematiche che derivano dal non poter disporre di sistemi tecnologici avanzati in grado di armonizzare e integrare tutti i dati del**

**paziente, superando la classica visione dei dati "a silos".** Grazie all'utilizzo di sistemi tecnologici capaci di integrare e analizzare tutti i dati del cittadino, la piattaforma oggetto dell'accordo sarà in grado di far emergere il reale stato di salute della popolazione, per velocizzare la ricerca di soluzioni innovative a supporto della governance nel sistema sanitario pubblico. Inoltre, **la piattaforma sarà in grado di creare le condizioni volte a personalizzare, o almeno a migliorare, i percorsi di cura del paziente.** Il progetto intende valutare, analizzare e progettare le operazioni necessarie a predisporre una infrastruttura tecnologica (data-lake) in grado di gestire dati strutturati e non, e implementare un modello predittivo di sorveglianza epidemiologica come base per la conoscenza sulla salute degli italiani, nel contesto del percorso verso la transizione digitale.

**“ CONIUGARE INNOVAZIONE SCIENTIFICA E TECNOLOGIA  
GRAZIE AL SUPERCALCOLO ”**

Migliaia di iscrizioni ai corsi universitari, ma manca una pianificazione degli accessi sulla base delle reali tendenze del mercato. L'impegno della Federazione degli Ordini dei veterinari Italiani (Fnovi) per qualificare la professione. Con un occhio di riguardo per l'approccio One Health

di CRISTINA CORBETTA

# Medicina veterinaria, CAMBIO DI ROTTA?



Nel 2020 è stata la campilobatteriosi la zoonosi maggiormente segnalata nell'Ue, con 120 946 casi contro gli oltre 220 000 dell'anno precedente, seguita poi dalla salmonellosi, che ha interessato 52 702 individui contro gli 88 000 dell'anno precedente. Il numero di infezioni veicolate da alimenti ha registrato un calo del 47%. Queste risultanze si basano sulle cifre contenute nell'annuale rapporto "One Health" dell'Ue sulle zoonosi, curato dall'Efsa e dall'Ecddc.



**C**'è una facoltà universitaria in piena espansione che preoccupa non poco i responsabili

della programmazione universitaria, ed è la facoltà di veterinaria. Ogni anno ci sono oltre 5mila richieste di accesso, a dimostrazione di un netto gradimento da parte degli studenti.

E quindi, dove sta la preoccupazione?

Secondo la Fnovi, la Federazione degli Ordini dei medici veterinari italiani, siamo il paese europeo con il maggior numero di medici veterinari per 1000 abitanti e i concorsi pubblici che selezionano dirigenti veterinari Ssn contano numerosissimi partecipanti. Siamo un Paese dove però è difficile trovare giovani laureati da impiegare nel settore



**I posti della dirigenza veterinaria sono congelati e la stessa si è ridotta del 10% negli ultimi 5 anni. Il contratto della specialistica ambulatoriale è disapplicato in molte regioni e in qualche caso è applicato male. In qualche settore si contrattualizzano medici veterinari come tecnici.**

zootecnico; la maggior parte dei giovani sognano un impegno nel campo degli animali da compagnia. A fronte della vocazione al settore degli animali da compagnia, le Cliniche lamentano però una crescente difficoltà ad acquisire collaboratori. Difficile trovare disponibilità, soprattutto per turni notturni. Situazione paradossale, sulla quale è stato annunciato uno studio specifico.

Ma già i dati di oggi annunciano che, se il trend sarà confermato, **il numero dei Medici Veterinari iscritti agli ordini professionali nei prossimi 15 anni potrebbe raddoppiare, a fronte di una crescita delle possibilità occupazionali del 4% per le strutture che erogano cure di base e del 6-7% per le strutture che erogano cure specialistiche.**

Una crescita non certo esponenziale. E dunque, che fare per evitare che il mercato si saturi? La risposta è apparentemente semplice, ovvero: occorre formare i professionisti che il mercato richiede. Ma esattamente, che cosa significa?

"Significa -spiega Presidente Fnovi Penocchio- revisionare i criteri di accesso, correggere e integrare il curriculum dei corsi di laurea. **Il veterinario che esce dall'Università deve disporre di conoscenze teoriche arricchite dalle nuove competenze trasversali necessarie a qualificarsi (e riqualificarsi) in una professione investita da un incessante cambiamento.** Servono abilità pratiche che lo collochino nel mercato, indipendentemente dalla durata del corso di laurea, ed è necessario destinare almeno un semestre al tirocinio. È indispensabile poi una politica che



**“ SIAMO UN PAESE DOVE È DIFFICILE TROVARE GIOVANI LAUREATI DA IMPIEGARE NEL SETTORE ZOOTECNICO ”**

## UN ESEMPIO VIRTUOSO

**Accanto al mondo variegato delle microstrutture veterinarie ci sono le strutture che, grazie a investimenti significativi, rappresentano veri e propri centri di eccellenza. A Legnano (Milano) c'è Neurovet, la prima Clinica Neurologica Veterinaria nata in Italia e una delle prime in Europa, che si occupa esclusivamente di Neurologia Veterinaria, operando nell'ambito della neurodiagnostica e nella neurochirurgia spinale e intracranica veterinaria.**

Nata nel 2008, oggi Neurovet è una realtà di riferimento nel nord d'Italia e nella Svizzera italiana per Medici Veterinari e proprietari di cani e gatti. A Neurovet l'Equipe medica è costituita da Neurologi, Anestesisti e Biologi che collaborano con importanti istituzioni italiane ed europee per lo sviluppo di programmi di ricerca in ambito neurologico. La struttura è dotata internamente di tutti gli strumenti di indagine più avanzati come la risonanza magnetica, la tomografia computerizzata, elettrodiagnostica ed elettroencefalografia. Ci sono inoltre 2 sale operatorie con microscopio intraoperatorio e fluoroscopia digitale. "Per noi di Neurovet -spiega Alberto Cauduro, direttore sanitario della struttura- la cura degli animali da affezione è un percorso da affrontare insieme, offrendo tutta la nostra competenza, affiancando i proprietari nelle decisioni da prendere e supportandoli lungo tutto l'iter diagnostico e terapeutico, fino alla guarigione".

Eppure, anche una struttura così innovativa ha i suoi punti critici: "Il primo -precisa Cauduro- è rappresentato dalla necessità di una continua formazione e mantenimento di un team di medici e non che abbiano la stessa mission e la stessa vision. Il lavoro di squadra e l'esperienza vissuta in Neurovet possono fare

la differenza tra un lavoro buono e un lavoro ottimo. Il secondo è nel mantenere costantemente standard di lavoro elevati e sostenibili, per la struttura e per i clienti, anche in relazione all'evoluzione tecnologica continua, e all'investimento nel continuing education".

Sulla scia dell'esperienza di Neurovet sono nati in Italia altri centri innovativi, che per continuare ad operare, come ci dice Cauduro, devono però fare i conti con la complessità dell'organizzazione e della gestione.

"La complessità è legata a diversi fattori: territoriali, economici, culturali. L'Italia è un paese che ha molte diversità e la complessità di molte strutture italiane è legata alla capacità di adattarsi, modificare e crescere in contesti diversi. Il futuro della medicina veterinaria specialistica in Italia si gioca sui diversi livelli di specializzazione, ma fondamentale sarà la condivisione, la collaborazione e la contaminazione tra diverse specialità atte a offrire il miglior servizio possibile".



assicuri la presenza di medici veterinari negli allevamenti zootecnici; è di tutta evidenza la carenza di zoiatri diventerà presto una emergenza. A tal proposito si richiama il progetto di sperimentare una diversa modalità di accesso al corso di laurea in medicina veterinaria con una selezione motivazionale e con accesso anche in soprannumero rispetto a quello definito dal Mur”.

**Se indirizzare e selezionare le iscrizioni universitarie è il problema principale, c'è però dell'altro: secondo l'indagine realizzata nel 2018 (e aggiornata lo scorso maggio) da Research & Consulting, per conto di Anmvi, le strutture veterinarie italiane disegnano un'attività polverizzata in microstrutture che fanno fatica a pianificare investimenti in tecnologie e aggiornamento.** Le strutture al di sotto dei 100 mq rappresentano l'85% di tutte quelle esistenti in Italia e di queste circa la metà non arriva ai 50 mq di metratura. Il 90% delle strutture non ha personale dipendente e vi sono occupati una media di 1,6 veterinari. Da registrare però un incremento generale negli investimenti in attrezzature, specie

## “One Health”, un approccio ancora lontano

**Mondo animale e mondo umano integrati? La chiave di lettura potrebbe essere l'approccio “one health”. È l'Iss stesso a spiegare cosa significa: “One Health è un approccio ideale per raggiungere la salute globale sulla base dell'intima relazione tra salute degli uomini e degli animali e l'ambiente in cui vivono L'Iss ha avviato da tempo collaborazioni multidisciplinari e azioni congiunte per promuovere l'approccio One Health necessario a far fronte alle sfide presenti e future”.**

Recentemente, però, il Direttore Generale della Prevenzione presso il Ministero della Salute Giovanni Rezza ha definito l'approccio One Health niente più che “uno slogan” proprio nel del Festival dello Sviluppo Sostenibile 2020 che aveva la finalità di “divulgare la visione e l'approccio One Health, basati sulla consapevolezza delle complesse relazioni tra salute ambientale, animale e umana”.

Ma allora, quanto si crede davvero in questo approccio, e soprattutto, cosa si sta facendo? “A suo tempo - spiega il Presidente Fnovi Penocchio - esprimevamo il nostro sconcerto di fronte alla superficialità della dichiarazione di Rezza e all'assenza di rispetto con cui si è inoltre affermato che i Medici Veterinari possano “essere molto contenti” nel definire qualsiasi patologia umana “come una zoonosi, quindi di derivazione animale”. No, non siamo minimamente contenti. Tutti i giorni noi Medici Veterinari ci impegniamo per tutelare la salute pubblica e, in tutto il mondo, siamo parte fondamentale della rete di sicurezza di fronte al diffondersi di gravi patologie”.

In effetti, nel Piano Nazionale delle Prevenzione (Pnp) 2020-2025 si parla

dell'approccio One Health, come “contrasto all'emergenza di epidemie e pandemie che trovano origine nelle manomissioni e degrado degli ecosistemi con conseguenti trasferimenti di patogeni dalla fauna selvatica a quella domestica, con successiva trasmissione all'uomo.” E tra gli interventi previsti nel Pnrr vi è quello di “definire un nuovo assetto istituzionale di prevenzione Salute-Ambiente-Clima, secondo l'approccio One-Health”. Intanto, il direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, Tedros Ghebreyesus, ha affermato: “La pandemia ci ricorda il rapporto delicato tra gli esseri umani e il pianeta. Qualsiasi sforzo per rendere il nostro mondo più sicuro è destinato a fallire a meno che non si affronti l'interfaccia critica tra persone e agenti patogeni”.

In realtà, One Health è già stato oggetto di documenti di strategia sanitaria proposti dall'Oms, dalla dichiarazione di Alma Ata (1978) alla carta di Ottawa (1986), da Salute 2020 del 2012 fino alla Dichiarazione di Shanghai del 2016. Questi documenti sono stati riconosciuti ufficialmente dalla maggioranza dei Ministeri della salute europei, ma le raccomandazioni Oms sono state disattese o solo parzialmente adottate, nonostante l'allarme lanciato da Ilaria Capua, Direttrice del One Health Center of Excellence dell'Università della Florida, secondo la quale circa il 75% delle malattie infettive emergenti che interessano gli esseri umani, compresa la Sars.CoV-2, sono di origine animale.

Insomma, servirebbero strategie ben più mirate e concrete: soprattutto manca un indirizzo e un coordinamento nazionale, che consideri, raccolga e diffonda le best practice locali e offra un segnale concreto che l'approccio One Health rappresenta la cornice entro la quale muoversi insieme.

nella diagnostica.

Allo stesso tempo sono in incremento le “vet corporate”, ovvero cliniche veterinarie di proprietà e gestite da un'azienda, un modello di business diverso rispetto allo studio privato tradizionale.”

Il settore - spiega Penocchio - chiede la massima attenzione. La sostituzione di una rete di presidi retti da professionisti con un oligopolio di società di capitale spesso a vocazione commerciale sta modificando il

mercato. Serve garantire sempre l'indipendenza intellettuale del medico veterinario ai fini della diagnosi, della libertà di scelta della terapia, dei medicinali veterinari e del tempo dedicato ai pazienti”.



# L'organizzazione è la prima medicina

**Il Piemonte è una delle prime Regioni italiane che ha attivato sul proprio territorio uno specifico protocollo di cure domiciliari**

di **LUIGI GENESIO ICARDI**

**U**n'esperienza che è stata illustrata a Roma, nell'aula del Senato, nel corso dell'International Covid Summit che si è svolto lo scorso mese di settembre, dinanzi ad un'ampia e qualificata platea di medici ed esperti convenuti da tutto il mondo per confrontarsi sulle diverse terapie contro il Covid-19 praticate a domicilio dei pazienti. Abbiamo riferito l'esito della gestione territoriale del Covid-19 durante la prima ondata di infezione, tra marzo e aprile 2020, nel distretto di Acqui Terme e Ovada, in provincia di Alessandria, una realtà caratterizzata da una consolidata integrazione ospedale-territorio, dove su 340 pazienti curati a casa, si sono registrati appena 9 decessi e 22 ricoveri, pari a un tasso di mortalità del 2.6% in periodo di mortalità su base provinciale del 17% e a un

tasso di ospedalizzazione del 6.5%, vale a dire un terzo rispetto al dato del 22% atteso in base alla media nazionale.

Un modello che la Regione ha trasferito nel **nuovo Dipartimento interaziendale malattie e emergenze infettive (Dirmei), costituito a giugno 2020 per strutturare al meglio i percorsi di gestione del Covid-19, attraverso un apposito Gruppo di lavoro finalizzato a fornire ai medici del**

**territorio informazioni utili per le cure a domicilio utilizzate in provincia di Alessandria.**

Proprio dal Dirmei, il 6 novembre 2020, è scaturita la prima edizione del "Protocollo per la presa in carico dei pazienti Covid-19 a domicilio da parte delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca), dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta", con l'obiettivo di gestire i pazienti a casa in stretta

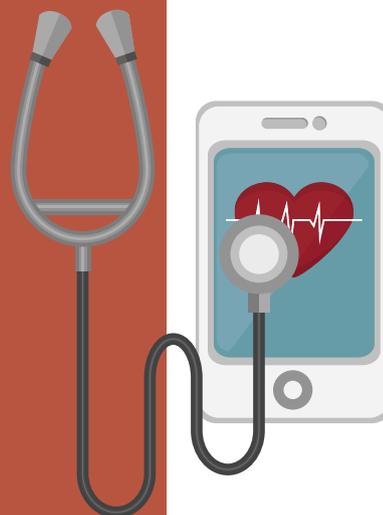
collaborazione e sinergia tra medici di assistenza primaria, medici Usca, servizi domiciliari dei Distretti e con una presa in cura tempestiva, all'esordio dei sintomi, con l'applicazione condivisa tra i medici di procedure diagnostiche e terapeutiche individualizzate sul paziente.

Il documento è stato sottoscritto da Regione Piemonte, Direzione Sanità e Welfare, Dipartimento interaziendale regionale malattie ed emergenze infettive (Dirmei), Unità di crisi covid-19 regionale, Prefettura di Torino (anche per le altre prefetture del Piemonte), da tutte le Aziende sanitarie locali, dalle Organizzazioni sindacali dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta e dagli Ordini professionali.

L'edizione più recente del Protocollo, la numero 5, è del 26 marzo 2021 e contiene le indicazioni in



Un sistema di teletrasmissione dell'elettrocardiogramma di pazienti con sospetto infarto, dalle ambulanze alle cardiologie con laboratorio di Emodinamica per interventi di rivascolarizzazione d'urgenza. È il nuovo Network Cardiologico della Regione Piemonte che coinvolge tutte le circa 90 ambulanze, i 4 elicotteri e le 4 centrali operative del Sistema 118 regionale (Grugliasco, Saluzzo, Alessandria e Novara) e le 18 Unità operative di terapia intensiva cardiologica – Utic in tutta la Regione. Il sistema consente un risparmio di tempo medio di circa 30 minuti sul trattamento in emergenza dell'infarto miocardico acuto, con la garanzia del corretto e sicuro trasferimento dei dati del paziente secondo quanto previsto dalla normativa sulla privacy. In Piemonte ogni anno si verificano 3.500 casi di infarto miocardico acuto (Stemi, ST Elevation Myocardial Infarction, Infarto miocardico con sopraelevazione del tratto ST), patologia che richiede un intervento di angioplastica immediato. La mortalità in ospedale dei pazienti è del 5% dei casi circa. Studi internazionali confermano che la teletrasmissione dell'Ecg (Elettrocardiogramma) consente la riduzione della mortalità per infarto di 1-2 punti percentuali e una significativa riduzione dell'invalidità permanente cui questi pazienti spesso vanno incontro dopo l'evento acuto.



pia: circa 2.800 pazienti a marzo, quindi, uno su quattro, con fornitura immediata di ossigenoterapia. Come ho detto nelle conclusioni del mio intervento all'International Covid Summit, il compito della politica è di fornire ai medici in trincea sul territorio ogni strumento possibile per curare al meglio i loro pazienti. È molto importante poter gestire a domicilio la maggior parte dei pazienti, per evitare così di congestionare gli ospedali rendendoli inaccessibili alle altre patologie. Occorre fare in modo che nessuna strada, legalmente praticabile, sia preclusa ai medici che hanno il dovere e sono liberi di curare i pazienti con le terapie che ritengono più appropriate, in scienza e coscienza. Quanto alla politica, la prima medicina deve essere l'organizzazione.

merito all'impiego degli anticorpi monoclonali, indicando criteri di arruolamento, sedi e moduli di segnalazione. Parallelamente, la Regione Piemonte ha prodotto provvedimenti organizzativi di supporto, come per esempio la prescrivibilità dell'ossigeno e la sua consegna al domicilio del malato entro 2 ore dalla richiesta, tutto governato e monitorato dal Servizio farmaceutico regionale, e le istruzioni di gestione dell'ambiente domestico (igiene, area-

zione etc), con consigli su nutrizione, mobilizzazione e postura del malato. Riguardo alle Usca, si sono dimostrate un elemento virtuoso che la Regione conta in qualche modo di preservarle anche dopo l'emergenza, a supporto della nuova organizzazione della Medicina territoriale prevista dalla legge regionale varata quest'anno dal Piemonte sull'esperienza della pandemia. Oggi in Piemonte sono operanti 90 Usca, con 621 medici e 197 fra in-

fermieri e altro personale sanitario (medici di Distretto, oss, assistenti sociali, psicologi). **Nei 6 mesi di attività da novembre 2020 ad aprile 2021 (picco della seconda ondata pandemica), le Usca piemontesi hanno preso in carico circa 48.000 pazienti e, di questi, 3.700 sono stati gli assistiti nelle residenze per anziani.** Nel solo mese di marzo 2021 sono stati 10.621 i pazienti presi in carico dalle Usca con una media di 3.500 pazienti per ogni settimana costantemente in carico e seguiti a domicilio. Un dato interessante riguarda poi i pazienti curati a casa anche quando le condizioni cliniche hanno richiesto l'ossigenoter-

**“ LE USCA, ELEMENTO VIRTUOSO CHE LA REGIONE CONTA DI PRESERVARE ANCHE DOPO L'EMERGENZA ”**



# Propositi per il “dopo”

La sfida che ci poniamo oggi è quella di applicare all'attività ordinaria le best practice acquisite nel periodo emergenziale per il contrasto della pandemia

di LUCA COLETTO

Il Covid-19 ha prodotto in tutta Italia, quindi anche in Umbria, un vero e proprio shock al mondo della sanità. Però, se da un lato la pandemia ha messo in luce tutte le criticità e fragilità del sistema, dall'altro ha prodotto una parentesi di “discernimento” tra il “prima”, quindi com'eravamo, e il “dopo”, come diventeremo.

Non si può dire che questo momento sia stato utile, perché è un periodo drammatico, ma sicuramente ha dato una spinta a mettere in atto quelle potenzialità per rafforzare la collaborazione tra i vari livelli di assistenza sanitaria ospedaliera e territoriale.

**In questa situazione di forte emergenza, contrassegnata da risorse limitate e da una forte carenza di personale sanitario - in particolare abbiamo sofferto per una mancanza di anestesisti, pneumologi e internisti - proprio per meglio gestire gli accessi**



**in terapia intensiva, abbiamo organizzato rapidamente dei corsi di formazione per il personale medico da assegnare alle terapie semintensive.**

Questa scelta innovativa ci ha permesso una rapida riallocazione delle risorse in funzione delle priorità, come posti letto, organico negli ospedali, migliorando quindi le prestazioni verso i pazienti.

L'Umbria poteva contare su 2.800 posti letto per

acuti e non tutti potevano essere impegnati per malati Covid, causa la limitata presenza di terapie intensive, limitando pertanto, a soli 7 i plessi ospedalieri dotati di terapie intensive, che durante le prime ondate, sono state quasi esclusivamente dedicate ai pazienti Covid.

Ciò nonostante, siamo riusciti a far fronte anche agli interventi non procrastinabili per pazienti oncologici e “tempo dipendenti”,

sfruttando l'opportunità delle strutture private, non operative causa Dpcm, ma scesce da infetti. Gli interventi sono stati effettuati dai team del sistema sanitario regionale.

**Accanto a tutto ciò, è stato dedicato impegno nell'attuazione di diverse modalità di programmazione, come l'utilizzo della tecnologia per lo sviluppo dei servizi di sanità digitale, quindi le televisite e telemonitoraggi,**

l'analisi e interpretazione dei dati epidemiologici per operare scelte efficaci e previsionali, lo sviluppo di azioni volte al contenimento del contagio, quindi contact tracing, Drive-through.

La sfida che ci poniamo oggi è quella di applicare all'attività ordinaria le best practice acquisite nel periodo emergenziale per il contrasto della pandemia. Ci riusciremo? Credo di sì e ci faremo guidare da sei propositi o parole chiave. La prima parola d'ordine

è "integrazione": per aderire ai bisogni del cittadino infatti, occorre un sistema integrato di politiche di promozione della salute, di integrazione professionale tra medicina di base e specialistica, tra assistenza ospedaliera e territoriale, tra sanità e servizi sociali, in modo tale da garantire la riduzione delle disuguaglianze di salute anche e soprattutto per gli individui più disagiati della comunità. L'Umbria conta una forte componente anziana della popolazione per cui la medicina territoriale è importantissima per evitare che queste persone avanti negli anni necessitino di cure negli ospedali. Le Unità speciali di continuità assistenziale in questo contesto, hanno dimostrato la loro efficacia.

**Altro punto sul quale lavoreremo è la "semplificazione" per facilitare i rapporti tra il cittadino e il sistema sanitario regionale attraverso lo snellimento dei processi burocratico-amministrativi.**

"Assicurazione" è l'altro termine che tradotto vuol dire assicurare al cittadino di potere accedere in maniera equa a un sistema di servizi di qualità, omo-

genei su tutto il territorio regionale.

Un occhio attento andrà al "personale", perché il fattore umano è un elemento fondamentale per garantire al sistema la possibilità di rispondere ai bisogni dei cittadini. Pertanto, si rendono necessari interventi volti a valorizzare le competenze per la crescita del personale sanitario, investendo in maniera massiccia sul rafforzamento dell'organico dei luoghi di cura, sia in termini numerici che di qualità professionale e di qualità del rapporto di lavoro, nonché sulla formazione.

A proposito, sono sempre più convinto dell'assurdità di mantenere il numero chiuso alla facoltà di medicina, per poi non avere medici in corsia.

È un controsenso che penalizza non solo i ragazzi che vorrebbero intraprendere questa professione, ma tutta la comunità. Da tempo sollecito l'abolizione del numero chiuso e per aumentare le borse di specialità, senza le quali non è data la possibilità ai nostri medici di lavorare nei nostri ospedali.

In passato in Italia 10 mila giovani si laureavano in medicina e venivano

## Contro le liste di attesa

**La Regione Umbria è impegnata in un'attività di stretto monitoraggio dell'avanzamento del programma di gestione delle liste d'attesa. Malgrado il maggiore impegno delle strutture sanitarie legate alla pandemia, quindi con vaccinazioni, ricoveri, effettuazione di tamponi e tracciamento, il Servizio sanitario della Regione Umbria e tutto il personale sanitario, è fortemente impegnato nel rispondere alle esigenze di salute della popolazione.** La Regione sta portando avanti il monitoraggio stretto della situazione legata alle liste d'attesa attraverso riunioni periodiche con i direttori generali delle Aziende sanitarie e ospedaliere. Dai report illustrati in una riunione del 2 dicembre scorso, è emersa una riduzione della numerosità dei percorsi diagnostici terapeutici non soddisfatti. Nel periodo che va dal 26 ottobre al 23 novembre 2021, le prestazioni non evase sono passate da 79.227 a 75.055 con una riduzione di -4.172 prestazioni. Le prestazioni evase complessivamente sono passate da 782.755 a 820.110 con una differenza di +37.355. Tra le varie iniziative la Regione ha programmato l'apertura festiva delle agende in tutte le Aziende in particolare per le branche con la maggiore numerosità di richieste. Inoltre, sono stati individuati dei gruppi tecnici per definire dei criteri vincolanti di appropriatezza prescrittiva, soprattutto per le prestazioni in cui è documentato un elevato livello di inappropriata.

abilitati, mentre le borse di specializzazione erano solo 6 mila. Ciò vuol dire, che 4 mila giovani medici andavano a lavorare fuori dalla nostra nazione.

**La carenza di medici è quindi diventata cronica, con tutte le conseguenze che sta comportando. La pandemia l'ha dimostrato.**

Il punto finale del nostro programma quindi, è una "sanità a misura del cittadino" realizzabile solo garan-

tendo la qualità delle prestazioni, la sicurezza delle cure e l'equità di accesso ai servizi. Sarà essenziale il recupero del ruolo centrale della medicina di base, implementando la presa in carico del paziente cronico, con l'applicazione di un approccio proattivo del sistema verso i più fragili e la progressiva transizione digitale di alcuni servizi di assistenza sanitaria.

Nelle fasi più acute della pandemia ci siamo in parte riusciti, ora dobbiamo strutturare in modo permanente ciò che è stato "sperimentato".

**“ SONO SEMPRE PIÙ CONVINTO DELL'ASSURDITÀ  
SUL NUMERO CHIUSO ALLA FACOLTÀ DI MEDICINA ”**



**Ospedale Sant'Andrea di Roma**  
Sarà pronto nel 2023 il nuovo edificio Ospedale Sant'Andrea di Roma. Quattro piani, per complessivi 10 mila metri quadrati, destinati ad ambulatori, servizi di degenza e amministrativi funzionalmente e

architetticamente integrato con l'edificio esistente. L'opera, da ultimare in 22 mesi, è finanziata attraverso fondi statali: 16 milioni di euro del Programma straordinario di investimenti in sanità (ex art. 71 L. 448/98).

**Ulss 9 Scaligera**  
All'interno del reparto di Pediatria e Patologia Neonatale dell'ospedale Mater Salutis di Legnago, cerimonia di consegna dei libri raccolti grazie all'iniziativa "Aiutaci a Crescere. Regalaci un libro!" di Giunti al Punto. I volumi sono stati acquistati dai clienti

## FILO DIRETTO CON IL TERRITORIO

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

### Asl Bt

**Dispensazione diretta dei farmaci alla dimissione da ricovero o dopo visita ambulatoriale: presso gli ospedali di Andria, Barletta e Bisceglie e presso i distretti socio-sanitari di Andria, Canosa, Barletta e Trani-Bisceglie è attivo il servizio di distribuzione di farmaci (principi attivi albumina ed eparina) che garantisce il primo ciclo di terapia per un massimo di 30 giorni.** "Si tratta di un servizio utile al cittadino che può accedere al primo ciclo di terapia senza necessità di andare dal proprio medico di famiglia e poi in farmacia – dice Alessandro Delle Donne, Commissario straordinario della Asl Bt – in questa prima fase distribuiremo su richiesta albumina ed eparina a basso peso molecolare ma sicuramente in fasi successive, verificati gli andamenti della procedura, potremo inserire altri importanti principi attivi nell'elenco dei farmaci in distribuzione diretta".

### Aou Senese e Azienda Usl Toscana sudest

**Piena collaborazione e sinergia tra l'Azienda ospedaliero-universitaria Senese e l'Azienda Usl Toscana sudest per abbattere le liste di attesa chirurgiche.**

È stato infatti siglato un accordo di forte integrazione tra le due aziende sanitarie, con l'obiettivo comune di migliorare i tempi di attesa per alcune tipologie di intervento, per le quali si rileva una domanda consistente proveniente dall'intero territorio dell'Area Vasta. L'Azienda

Usl Toscana sudest mette a disposizione spazi operatori e assistenziali all'ospedale di Nottola (sale operatorie per interventi chirurgici programmati, a partire da quelli in day-surgery), il personale infermieristico

(in quota) e socio-sanitario, le attrezzature, le apparecchiature sanitarie, i dispositivi sanitari ed i servizi di supporto, sanitari ed amministrativi, e l'Aou Senese mette a disposizione le équipe chirurgiche e di anestesia e rianimazione.



### lov

**Colorati, simpatici, ottimisti. I primi sono timidamente spuntati in giardino, in**

mezzo all'erba vicino ai parcheggi, altri hanno fatto capolino nelle sale d'attesa ambulatoriali per poi farsi vedere nei pressi di porte, cancelli e aree di passaggio, altri ancora si sono materializzati su seggiole e panchine, non solo dell'Ospedale Busonera di Padova ma anche della sede lov di Castelfranco Veneto. Sono i "sassolini del sorriso" che piano piano stanno colonizzando l'Istituto Oncologico Veneto, in una sorta di invasione gentile: pietre decorate con mille sfumature e frasi di incoraggiamento, stille di gioia accese nel grigio della malattia. Gioiellini artistici di autori anonimi, pare prendano spunto dal gruppo social "Un sasso per un sorriso" (oltre 160mila followers), iniziativa nata per sollecitare, in pandemia e in malattia, a rimanere ottimisti nel quotidiano, partendo dal tonificante esercizio di alzare gli estremi della bocca all'insù, aprendo il volto corrucchiato in un sorriso.

### Policlinico di Bari

La medicina trasfusione del Policlinico di Bari è il primo centro in Italia ad aver ricevuto la certificazione di conformità sulla base degli standard operativi del registro italiano donatori del midollo osseo (Italian Bone Marrow Donor Registry, Ibmdr, del World marrow donor association, Wmda) e della normativa nazionale per il prelievo di cellule staminali da sangue periferico. Il centro è un punto di riferimento per donatori di midollo osseo pugliesi; negli ultimi tre anni sono state effettuate 50 donazioni allogeniche di cui il 30% da donatori volontari. Una volta individuata la compatibilità di un donatore prelievo e trapianto avvengono in entro 48 ore.



delle librerie Giunti al Punto di Verona e San Giovanni Lupatoto e donati ai bambini del reparto pediatrico.

**Asl Bi**  
L'Asl Bi ha attivato l'Ambulatorio Multidisciplinare di Alcolgia, Ama. Il nuovo servizio gratuito di assistenza

rivolto a pazienti con patologie legate al consumo di alcol è gestito in collaborazione tra l'Ambulatorio di Epatologia e il Servizio per le Dipendenze patologiche. "L'obiettivo è di supportare gli utenti e le loro famiglie in un percorso terapeutico che

comprenda la cura della patologia epatica e del disturbo legato all'uso problematico di alcol, nell'ottica di modificare lo stile di vita a rischio per la salute e migliorare la qualità di vita del soggetto preso in carico", spiegano i responsabili dell'Ama.

## Piemonte

La Regione Piemonte ha istituito un Centro di farmacovigilanza, con l'obiettivo di contribuire in modo attivo alla rete nazionale e internazionale di sorveglianza sulle reazioni avverse da farmaci e vaccini. L'accreditamento da parte di Aifa prevede la collaborazione della struttura con l'ufficio di farmacovigilanza della stessa Aifa nell'analisi dei dati relativi alle reazioni avverse da farmaci e da vaccini, nelle rilevazioni dei segnali di allarme e nel loro approfondimento e nell'attività di reportistica e di formazione in materia. Il Centro si occuperà inoltre di informazione e formazione indipendente sull'uso di farmaci e della realizzazione in Piemonte del programma di farmacovigilanza attiva voluto da Aifa. La sede del Centro regionale è negli uffici della Direzione regionale dell'Assessorato alla Sanità. Come responsabile scientifico è stato indicato Armando Genazzani, docente ordinario di Farmacologia e direttore del Dipartimento di Scienze del farmaco dell'Università del Piemonte orientale nonché componente dell'EmA, l'Agenzia europea del farmaco.



## Ospedale Bufalini di Cesena

La generosità dei Cesenati continua a distinguersi con significative donazioni a sostegno dell'Ospedale M. Bufalini e questa volta è il caso della **Fondazione Famiglia Tortora, che ha donato alla Terapia intensiva Neonatale**, un ventilatore di ultima generazione, con caratteristiche di elevata tecnologia assistenziale, che va a implementare il parco tecnologico della Terapia Intensiva Neonatale e Pediatrica del nosocomio cesenate.



## Asl2 Savonese

Un servizio dedicato ai giovani e alle loro famiglie. È il nuovo Centro "Generazioni in Gioco" o Gig, promosso

dal Dipartimento di Salute mentale e Dipendenze della Asl2 Savonese, in collaborazione con Gruppo Redancia, Centro Scientifico Sanitario, e Società Proteo, dedicato agli under 25, dove è possibile trovare gratuitamente aiuto da parte di una équipe multidisciplinare.

Nell'ambito della progettualità finanziata con il fondo per il contrasto al Gioco d'Azzardo Patologico del Ministero della Salute, la Asl2, a fianco di un potenziamento dell'aspetto clinico/riabilitativo e di azioni capillari di prevenzione sul territorio della Provincia, ha realizzato questo spazio dedicato agli adolescenti, innovativo e non sanitarizzato con carattere di prevenzione e prima accoglienza.

## Cardarelli di Napoli

Il Cardarelli di Napoli ancora in prima linea nella lotta alla migrazione sanitaria, stavolta per rispondere alle esigenze dei pazienti affetti da epatocarcinoma e da metastasi epatiche che hanno bisogno di sottoporsi al trattamento di radioembolizzazione. Grazie alle nuove dotazioni tecnologiche e al lavoro integrato tra l'Unità Operativa Complessa di Radiologia Interventistica diretta da Raffaella Niola e l'Unità Operativa Complessa di Medicina Nucleare diretta da Mara Catalano, l'Azienda Ospedaliera si qualifica oggi come unica struttura pubblica in Campania che eroga il servizio. La radioembolizzazione è un'opzione terapeutica sempre più richiesta da Epatologi, Chirurghi epatobiliari e dei trapianti di fegato ed Oncologi come trattamento dei pazienti in lista d'attesa per trapianto di fegato (bridge therapy) e nei pazienti con epatocarcinoma "borderline resectable". "I centri che effettuano questo trattamento sono molto più numerosi nel Nord e Centro Italia. Al Sud sono presenti esclusivamente in Puglia e Sicilia. Anche per questo abbiamo scelto di metterci in condizione di erogare il servizio, offrendo ai cittadini campani e di tutto il Mezzogiorno d'Italia una valida alternativa" spiega il Direttore Generale Giuseppe Longo.

# Super green pass e prevenzione alla nuova ondata

di MASSIMILIANO BRUGNOLETTI

**Educati oramai da quasi due anni al recepimento di repentini interventi governativi, abbiamo di recente assistito alla nuova "stretta" imposta in tema di obbligo vaccinale. Obblighi sempre più stringenti soprattutto in ambito sanitario, scolastico, del trasporto pubblico e delle forze armate**

Come oramai ben noto, a partire dall'emanazione del Decreto Legge n. 44 del 1° aprile 2021 (convertito con Legge n. 76 del 28 maggio 2021), è stato imposto l'obbligo di vaccinazione per determinate categorie di soggetti. Dapprima sino al termine del 10 ottobre 2021, poi esteso al 31 dicembre 2021 dal Decreto Legge n. 122 del 10 settembre 2021. I soggetti inizialmente interessati dall'obbligo, in ragione della loro particolare "esposizione", erano gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario presso le strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, sia pubbliche che private, nelle farmacie, nelle parafarmacie e negli studi professionali. Vale ricordare, poi, che con il Decreto Legge n. 111 del 6 agosto 2021 (convertito con emendamenti nella Legge n. 133/2021) il suddetto obbligo (fin lì previsto esclusivamente per gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori

di interesse sanitario) è stato esteso anche ai lavoratori impiegati in strutture residenziali, socio-assistenziali e socio-sanitarie. Superata l'attenuazione estiva e ripresentatosi un andamento epidemiologico tale da far temere un rinnovato aggravamento, la strategia del Governo "di contrasto" alla minaccia di una nuova ondata dell'epidemia ha visto la valorizzazione dello strumento delle certificazioni verdi Covid-19. È giunto, così, il Decreto Legge n. 127 del 21 settembre 2021, con cui è stato disposto, dal 15 ottobre al 31 dicembre 2021, l'obbligo di possesso ed esibizione di un certificato verde (da vaccinazione, guarigione o tampone) in corso di validità ai fini dell'accesso dei lavoratori (indistintamente) ai luoghi di lavoro, sia nel settore pubblico che privato. Educati oramai da quasi due anni al recepimento di repentini interventi governativi, abbiamo di recente assistito alla nuova "stretta" imposta in tema di obbligo vaccinale. Obblighi sempre più stringenti

soprattutto in ambito sanitario, scolastico, del trasporto pubblico e delle forze armate. Ebbene, con il Decreto Legge n. 172 del 26 novembre 2021, recante "Misure urgenti per il contenimento dell'epidemia da Covid-19 e per lo svolgimento in sicurezza delle attività economiche e sociali", tra le varie misure disposte, è stato esteso l'obbligo vaccinale rafforzato da una terza dose, ad altre categorie di soggetti, nonché mutato l'iter di verifica delle certificazioni verdi. In particolare, l'art. 1 del Decreto specifica in primo luogo che l'obbligo per le menzionate categorie (nonché per le ulteriori ai sensi delle novelle previste all'art. 2, tra le quali il personale amministrativo in ambito sanitario) riguarda anche la cd. "dose booster", con decorrenza dal 15 dicembre 2021; in secondo luogo, sopprime il termine del 31 dicembre 2021, vigente fino allo scorso novembre per gli obblighi in esame.<sup>1</sup> Inoltre, per gli esercenti una professione sanitaria, sono state ridefinite le modalità di verifica dell'adempimento e le conseguenze in caso di inadempimento: i controlli sul possesso delle certificazioni verdi (ora solo da vaccino) sono infatti demandati agli Ordini professionali di appartenenza, ed è riconfermato il principio

della sospensione da ogni attività lavorativa in caso di inottemperanza.<sup>2</sup> Peraltro, l'Ordine professionale è tenuto, in caso di adempimento dell'obbligo vaccinale, a darne comunicazione alla rispettiva Federazione nazionale e, per il personale dipendente, anche al datore di lavoro. L'accertamento dell'inadempimento dell'obbligo determina, come anticipato, l'immediata sospensione dall'esercizio della professione sanitaria, che peraltro è annotata nel relativo Albo; ciò fino all'avvenuta comunicazione del completamento del ciclo vaccinale all'Ordine professionale. Si evidenzia, infine, l'ulteriore stretta per i professionisti sanitari: l'adempimento del ciclo vaccinale, che fino allo scorso novembre assurgeva a requisito per lo svolgimento della professione, a decorrere dal 15 dicembre è mutato in requisito essenziale e tassativo anche ai fini della prima iscrizione agli albi degli Ordini professionali, trasformandosi così in vera e propria conditio sine qua non ai fini dell'avvio della carriera professionale. Attendiamo, come di consueto, la conversione in legge entro il prossimo 25 gennaio per vedere confermate o meno le suesposte novelle.

- <sup>1</sup> *Rilevanti sono altresì le ulteriori disposizioni in tema di differenziazione degli effetti delle certificazioni verdi (a seconda che i certificati conseguano ad avvenuta vaccinazione o guarigione, ovvero a test, nelle zone gialle o arancioni), controlli (secondo un piano da predisporre a cura del prefetto), a campagne di informazione, nonché alla sorveglianza radiometrica sui prodotti semilavorati metallici.*
- <sup>2</sup> *Si ricorda che gli articoli 9-quinquies e 9-septies del DL 52/2021, prevedono, invece, soltanto l'obbligo di possesso di un certificato verde ai fini dell'accesso ai luoghi di lavoro sia nel settore lavorativo pubblico che privato; tale certificato può essere generato, oltre che dalla vaccinazione in esame, dalla guarigione o dall'esecuzione di un test molecolare o test antigenico rapido, circostanza che costituisce una differenza sostanziale rispetto all'obbligo di vaccinazione in esame.*

## Per il recruitment di farmacisti

Un portale che permette d'incrociare domanda e offerta per il personale delle farmacie.

www.cercasifarmacista.com va a colmare un'esigenza molto sentita dai farmacisti ed è dedicato a cercare farmacisti ed il personale di competenze varie. Si tratta di un nuovo punto di riferimento creato da Contacta Pharmacy che ha annunciato l'apertura del portale che consente da un lato ad un farmacista o operatore del settore, di candidarsi per una posizione in farmacia, dall'altro permette ad un titolare di farmacia di annunciare una posizione aperta. "In questi ultimi 10 anni di relazioni con il mercato del Pharma mi ero accorto che non c'era in Italia un interlocutore che offrisse in modo organizzato e digitale un servizio che consentisse di mettere in contatto candidato e farmacia" spiega Nicola Raugia, Cio di Contacta Pharmacy e co-founder di Cercasifarmacista. "Secondo le nostre previsioni -aggiunge Vito D'Urso, co-founder di Cercasifarmacista- il portale diventerà un luogo di incontro tra domanda e offerta un luogo non fisico dove un candidato in cerca di una posizione in farmacia anche non necessariamente farmacista, può trovare una sua allocazione, il farmacista da oggi avrà un nuovo punto di riferimento ad aiutarlo nella selezione del proprio candidato ideale".



## Il Pediatric Coaching contro ansia e paure dei più piccoli durante la Rm

Philips ha lanciato Pediatric Coaching per migliorare l'esperienza dei piccoli

pazienti durante la risonanza magnetica. una soluzione olistica progettata per migliorare l'esperienza di genitori e dei loro figli sottoposti a risonanza magnetica, utilizzando tecniche di gamification e "buddy system". "Se, anche da adulti, molti di noi possono provare ansia e stress durante un esame di risonanza magnetica, questo è ancor più vero per i nostri pazienti più piccoli. Rimuovendo i fattori che possono scatenare lo stress, stiamo ridefinendo l'esperienza di coinvolgimento dei pazienti pediatrici per contribuire a un miglioramento

degli esiti clinici. Con Philips Pediatric Coaching, utilizziamo la gamification per aiutare i bambini a prepararsi al meglio per la loro risonanza magnetica, interagendo con loro già nel rassicurante ambiente domestico attraverso lo stesso personaggio e la stessa voce - come Ollie the Elephant e i suoi amici - che fornisce loro indicazioni anche in ospedale, e può persino farlo durante la procedura di risonanza magnetica stessa" ha affermato Werner Satter, General Manager Philips Healthcare Environment and Experience Design.

## Un aiuto concreto alle persone con diabete

"Automatic Refill" è il nuovo servizio di rifornimento automatico di farmaci e dispositivi medici dedicato alle persone con diabete fornito gratuitamente da Pharma Prime, azienda che già fornisce a tutti gli assistiti Assidim la consegna a domicilio di farmaci, con e senza ricetta medica. Il servizio per i diabetici è al momento operativo su Roma ma destinato a diffondersi nelle città dove PharmaPrime è già operativa: Milano, Bologna e Genova.



## L'Intelligenza Artificiale al servizio dei diabetologi

Grazie a una nuova applicazione, sviluppata da Ibm per Medtronic Diabete Italia, i medici potranno sfruttare nuove ed essenziali informazioni per la valutazione

dei loro pazienti affetti da diabete di tipo 1. Si tratta di PhotoCarb, l'applicazione che rappresenta un'importante novità nella gestione del diabete e che è al momento disponibile in Italia. Costruita sulle capacità di Ibm Maximo Visual Inspection, disponibile su Ibm Cloud, l'applicazione è stata sviluppata da Ibm Consulting per gli utilizzatori dei dispositivi Medtronic per la gestione e il controllo del diabete (Guardian Connect e Hcl Sap systems for pump users). La App sarà disponibile e scaricabile sui loro smartphone - sia su iOS che Android. PhotoCarb è in grado di fotografare una pietanza e riconoscere automaticamente e in tempo reale il tipo di alimento, calcolando una stima nutrizionale in termini di carboidrati, proteine, grassi e calorie - basandosi su un peso selezionato dall'utente. Sono circa 200 i piatti della cucina italiana presenti nel suo database. L'app

è inoltre in grado di rilevare le abitudini alimentari degli utenti e associare diverse versioni di piatti alle categorie alimentari del suo database, capire quali sono le pietanze più richieste calcolando il valore nutrizionale della dieta regionale e locale italiana. L'applicazione costruisce ad ogni pasto un diario fotografico dei piatti consumati dal paziente, che può essere condiviso in formato pdf con medici o nutrizionisti utilizzando tutte le normali funzionalità di condivisione dei dati via mobile.



## Nomina in Assosistema Confindustria

Marco Squassina è il nuovo Presidente della sezione Servizi

Sanitari Integrati di Assosistema Confindustria, che rappresenta le imprese che forniscono il servizio di lavanolo con logistica integrata, noleggio Ttr sterile, sterilizzazione dello strumentario chirurgico. Squassina, bresciano, Responsabile Coordinamento Offerte e Servizi Commerciali, Affari Legali e Privacy dell'azienda associata Servizi Italia Spa, è stato eletto all'unanimità dall'Assemblea di sezione e succede a Fabio Luppino, rimanendo in carica fino al 2023.

## Nasce l'associazione ForAll

Scarsa conoscenza e formazione su Diversità, Equità e Inclusione sul luogo di lavoro; assenza di una definizione chiara a livello di politiche aziendali su De&I, con poca sensibilizzazione per lo sviluppo del personale in questo ambito; scarsa applicazione di politiche specifiche sulla disabilità e bassa rappresentanza delle donne nei ruoli di vertice e di management. Sono i punti principali che emergono dell'indagine condotta dal network di aziende ForAll (Fornitori Alleati) su 239 aziende fornitrici con l'obiettivo di analizzare il livello di impegno delle aziende su Diversità, Equità e Inclusione. L'indagine è stata presentata durante l'evento di presentazione del progetto ForAll, network di 12 aziende unite per favorire e promuovere la cultura della De&I negli ambienti di lavoro e nei contesti sociali, promosso e ideato da Pfizer. I risultati completi dell'indagine e tutte le informazioni sul network ForAll sono disponibili sul sito web del progetto: [www.forallproject.it](http://www.forallproject.it)



## Business Unit per le malattie rare

La nuova Business Unit Rare di Takeda, diretta da Alessandro

Lattuada, consolida l'attuale portfolio composto da più di 40 prodotti destinati a patologie rare altamente invalidanti, come l'emofilia, l'angioedema ereditario, le malattie da accumulo lisosomiale e le immunodeficienze primitive e secondarie. "Con una pipeline che ha come obiettivo principale quello di rispondere agli "unmet needs" ancora esistenti, la Business Unit Rare assume un duplice impegno e vocazione" dichiara Lattuada. "Anche con questa scelta organizzativa, Takeda Italia intende rispondere in modo adeguato e concreto alle necessità che quotidianamente incontrano i pazienti ed i loro caregivers". "Con la nuova Business Unit Rare -aggiunge Annarita Egidi, Amministratore Delegato di Takeda Italia- l'azienda dimostra di voler provare a cambiare il paradigma di lavoro, esprimendo un carattere e un impegno che vanno oltre la terapia farmacologica".



## Sanità digitale: uno spazio per sperimentare

Il Microsoft Technology Center di Milano, dedicato alla formazione

e all'open innovation, si arricchisce di un nuovo percorso esperienziale per consentire agli attori del settore sanitario di fare formazione, condividere esperienze e vivere scenari d'innovazione. Microsoft Italia ha infatti inaugurato la nuova eHealth Experience. L'obiettivo del nuovo spazio è promuovere l'innovazione del Sistema Salute, un comparto strategico al centro delle priorità del Pnrr che riserva 15,63 miliardi di euro per costruire la Sanità del futuro. Medici, Specialisti, Operatori sanitari e Dirigenti potranno immergersi in un percorso esperienziale dove vivere scenari d'innovazione che abilitano un nuovo approccio alla Medicina Personalizzata. Non solo, la Microsoft eHealth Experience sarà anche uno spazio di knowledge sharing dove condividere esperienze e avviare riflessioni su progettualità che potrebbero essere finanziate con le risorse del Pnrr.



# L'età da inventare

## La vecchiaia fra memoria ed eternità

Piemme  
pp. 237  
17,50 euro



Per alcuni è un rassegnato passaggio verso anni di decadimento fisico, inoperosità forzata e solitudine. Per altri una lontana minaccia da sfuggire con l'aiuto di pratiche salutistiche e attività appaganti. Comunque la si viva, la vecchiaia spesso fa paura o porta con sé la malinconia del tramonto. Eppure è diventata un tempo importante dell'esistenza, ben più lungo di quanto era fino a pochi decenni fa, e si presenta, in mancanza di modelli, come un'età da inventare. **Vincenzo Paglia**, che da anni studia e si occupa delle esperienze e dei bisogni delle persone anziane, propone in queste pagine una visione penetrante e innovativa della vecchiaia. Un periodo libero dalla tirannia della produttività e disponibile per edificare legami, momenti di ascolto delle proprie domande e di quelle degli altri. Anni scanditi non più dal calendario degli impegni ma dal tempo degli affetti, della riflessione, del contributo offerto alla comunità. I vecchi insegnano la bellezza di trasmettere e prendersi cura della vita e quando, col corpo indebolito e la mente confusa, diventano faticosi e difficili da amare, ci ricordano che la fragilità è una condizione comune a tutti e l'autosufficienza una sciocca illusione. Questa consapevolezza della dipendenza come radicale bisogno umano è il grande dono della vecchiaia alle generazioni più giovani. Ed è, al tempo stesso, l'orizzonte spirituale che permette di dare senso al ciclo della vita, di proiettare le proprie speranze nel futuro di cui si sono gettati i semi e, infine, di sentire la vecchiaia stessa come un compimento, una destinazione verso l'Eterno.



**De Cancer-Storie** Esperienze e riflessioni per una lettura nuova e consapevole di un "brutto male"

Walter Gatti, Gianni Amunni

Questo libro punta a raccontare il cancro come malattia cronica, e cerca di farlo fuori dai luoghi comuni e dai pregiudizi principali alleati del cancro. Queste pagine sono rivolte a tutti quelli che non sono oncologi e che non hanno avuto mai un tumore e dalla conoscenza di questa esperienza ha tanto da imparare. I malati e i loro curanti che vorranno leggerle capiranno quanto hanno aiutato a scriverle questo libro.

Elemento 115  
pp. 114  
8,00 euro



**Turno di notte**

Giacomo Poretti

È un romanzo fatto di mille personaggi meravigliosi – suore, infermieri, pazienti, dottori – alle prese con tutte quelle piccole cose e quelle questioni enormi che sono il sale delle nostre giornate. Con la leggerezza profonda che lo contraddistingue, l'autore non solo ci racconta una storia ma riesce, senza dare troppo nell'occhio, a farci pensare. Alla malattia, alla cura, alla paura e alla speranza: insomma, a quella cosa esaltante, spaventosa e inesplicabile che chiamiamo vita.

Mondadori  
pp. 156  
17,00 euro



**La sanità che verrà**

Paolo Nucci, Alberto Ricci

È il momento di guardare con franchezza a un Servizio sanitario soffocato da inefficienze e scarsi finanziamenti. Il testo mette a confronto un medico che ha passato la pandemia senza mai smettere il camice e un economista sanitario con i piedi ben piantati nei bilanci. I due punti di vista per immaginare un Ssn all'altezza dei tempi, superando gli steccati che dividono management e sale operatorie

Pickwick  
pp. 160  
10,90 euro



## SOLVING TEAM

### SOFTWARE PER LE ISTITUZIONI

Creiamo soluzioni software per la Pubblica Amministrazione, utilizzando tecnologie di ultima generazione e metodologie innovative.

Utilizziamo metodologie di sviluppo Agile, quali Test Driven Development e Refactoring, e i più moderni strumenti di mercato quali: Spring, Grails, Groovy, Maven, Sonar, Jmeter e Hyperic.

**LORENZO BERTANI**  
Già componente del  
Comitato Etico per la  
Pratica Clinica dell'Azienda  
Ospedaliera di Padova

**PAOLA BINETTI**  
Senatrice della Repubblica  
Italiana; Psichiatra;  
Presidente Intergruppo  
parlamentare Malattie rare

**LUCA COLETTI**  
Assessore alla Salute  
e Politiche sociali della  
Regione Umbria

**CARLA COLLICELLI**  
CNR - CID Ethics; Sapienza  
- Comunicazione scientifica;  
Relazioni istituzionali  
ASviS; Vice-Presidente  
OPGA - Assobirra; Consulta  
scientifica, Cortile dei  
Gentili

**FRANCESCO D'AGOSTINO**  
Professore Emerito di  
Filosofia del Diritto -  
Università degli Studi  
di Roma "Tor Vergata";  
Membro del Comitato  
Nazionale di Bioetica, Cnb;  
già presidente Cnb

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

**LUIGI GENESIO ICARDI**  
Assessore alla Sanità della  
Regione Piemonte

**LUCIANO LUCANIA**  
Presidente Società Italiana

di Medicina e Sanità  
Penitenziaria (SIMSPe)

**GIUSEPPE MALFI**  
Presidente Associazione  
Italiana di Dietetica e  
Nutrizione Clinica

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

**GIOVANNI MONCHIERO**  
Past president Fiaso,  
Federazione Italiana Aziende  
Sanitarie e Ospedaliere

**TERESA PETRANGOLINI**  
Direttore Patient Advocacy  
Lab (PAL) di ALTEMS- Alta  
Scuola di Economia e  
Management dei Sistemi  
Sanitari, Università Cattolica  
del Sacro Cuore

**PAOLA PISANTI**  
Già Presidente Commissione  
nazionale cronicità Ministero  
Salute; Consulente esperto  
malattie croniche Ministero  
della salute; Presidente ASP  
Fare rete Bene Comune

**PASQUALE STANZIONE**  
Presidente del Garante  
per la protezione dei dati  
personali

**ANGELO TANESE**  
Direttore Generale Asl  
Roma 1

**MARCO TRABUCCHI**  
Professore di  
neuropsicofarmacologia,

Università Tor Vergata di  
Roma; Presidente  
dell'Associazione Italiana di  
Psicogeriatría, Aip

**DAVID VANNOZZI**  
Direttore Generale Cineca

**GIORGIO VITTADINI**  
Presidente Fondazione per  
la Sussidiarietà



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*

---

<https://altems.unicatt.it/>



1921  
—  
2021



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



## 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)