



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

Newsletter della Associazione Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

Monografia

“Società liquida e sostenibilità del welfare”

Aprile 2025



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Maria Piane, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE

SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

1921 — 2021
UN SECOLO
DI STORIA
D'AVANTI ANDO



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

“Società liquida e sostenibilità del welfare”

Scorrendo i temi di questa raccolta nasce una domanda: perché un'associazione che ha approcci, metodi e finalità scientifiche e si rivolge ai professionisti della sanità e del sociale e al loro management per supportarli nelle azioni di miglioramento decide di allargare lo sguardo e andare oltre i confini consueti?

La risposta sta nella maturata consapevolezza che mondo della sanità e società vivono, come è naturale che sia, in osmosi e che sia le criticità che le occasioni di miglioramento trovino le loro ragioni solo sviluppando una visione d'insieme.

In alcune pagine degli articoli raccolti si sottolinea come professionisti e manager della sanità debbano abbandonare la convinzione che le soluzioni e i rimedi stiano solo all'interno del sistema ed imparare a guardare fuori per trovare idee nuove.

D'altra parte governanti, politici, amministratori dovrebbero non avere mai la presunzione di sapere come si fa e mantenere un confronto aperto e costruttivo con tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai professionisti sanitari, dai cittadini alle aziende del settore.

Ma se allarghiamo lo sguardo cosa vediamo? Stiamo davvero vivendo in un paese che galleggia?

Ne abbiamo se non la certezza, alcuni motivati timori.

Sembra sempre più difficile essere solidali e inclusivi.

Si legge in un passaggio di uno degli articoli *“Siamo Immersi e dispersi in una società di esaltazione dell'io, perdiamo di vista che per dominare i rilevanti processi di cambiamento in atto abbiamo un disperato bisogno del noi. Salute e sanità, One Health e welfare, sono dimensioni del noi.”*

Fare politica sanitaria, un esercizio che sembra al momento frammentario e confuso, richiede saper leggere il Paese con lo sguardo rivolto al futuro. Se leggiamo le dinamiche in atto e comprendiamo l'impatto che hanno sui modelli di welfare e sui bisogni delle persone c'è da preoccuparsi perché vediamo segni inequivocabili di sgretolamento dell'“universalismo” e dell'“equità” del SSN e dei SSR.

Quella che gli autori qui chiamano la *“salute liquida”*, generata da politiche di *“galleggiamento”*, tipiche di una politica con orizzonte corto, dalla pervasività delle logiche corporative e della pressione di lobby.

E allora, non è il tempo della passività ma quello di accettare la sfida.

Per prima cosa, stimoliamo il ruolo delle comunità nella promozione della salute. Sfruttiamo il fatto che il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici, come già mostrano numerose esperienze internazionale e nazionali.

“I cittadini vanno coinvolti attivamente nella progettazione dei servizi sanitari non limitandosi a organizzare incontri per raccogliere le loro opinioni e suggerimenti ma come progettisti di nuovi servizi o nella riorganizzazione di quelli esistenti” come si legge in altro passaggio dei testi proposti.

E poi *“ci vuole anche un pensiero innovatore sui nostri modelli organizzativi e gestionali, sugli standard operativi e sulle tecniche. L'evoluzione delle tecnologie 4.0, gestionali, diagnostiche e terapeutiche già agisce e ancor più agirà in profondità sull'organizzazione dei processi clinici e assistenziali, sulle competenze tecniche e relazioni degli operatori e sui livelli di appropriatezza delle cure”*.

Arriviamo infine alla questione della sostenibilità della sanità e del sistema di welfare nel suo complesso. Anche per la sostenibilità la visione deve essere più larga di quanto non siano i confini del mondo della sanità. La sostenibilità che non può essere valutata limitandosi al mantenimento dei limiti di spesa, come se quest'ultima fosse una variabile indipendente, ma in termini di valore generato dal sistema delle cure.

Non ci sono dubbi che il finanziamento della sanità in Italia sia inferiore a quanto sarebbe necessario ma occorre anche una riqualificazione dei costi che poi significa una modernizzazione delle prassi professionali. Se guardiamo al tema caldo delle liste d'attesa vediamo che tutti gli sforzi si concentrano sul potenziamento dell'offerta, trascurandone però la qualità e l'appropriatezza e riproponendo un modello di sanità prestazionale che fa perdere tante opportunità che approcci più saggi invece potrebbero offrire: *“per vincere la sfida che l'aumento delle cronicità, da un lato, e delle disuguaglianze, dall'altro, ci pone dobbiamo diventare padroni delle idee e delle tecnologie nuove per saperle implementare e così migliorare le cure, affrontare le situazioni di fragilità e marginalità e mitigare le differenze sociali e di salute tra i cittadini”*.

Se il welfare in Italia rischia di subire un ulteriore ridimensionamento e una delle sue componenti, la sanità, gravata da servizi e reti obsolete, non è più in grado di continuare a garantire salute in modo universale, adottare modelli innovativi da scelta diventa obbligo e, infine, la complessità della società contemporanea richiede di saper interagire in un contesto multistakeholder per continuare ad assicurare benefici per tutti i cittadini.

La numerosità dei temi, la ricchezza degli spunti e delle proposte sono la ragione per cui, come ASIQUAS, abbiamo ritenuto opportuno raccogliere ed offrire questo materiale. Buona lettura!



Nota redazionale.

I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:

The Lancet, Science/AAS, Nature, The New England Medical Journal, The British MJ, Salute Internazionaale, Sanità Informazione, Quotidiano Sanità, La Repubblica, Corriere della Sera, Gedi Visual, ALTEMS, GIMBE, etc.

Per le Istituzioni:

WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Per i dati:

WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Criteri di selezione:

I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.

Le traduzioni sono fatte in automatico con il software “google” per rapidità di fruizione.

Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.



I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università "Sapienza" Roma; Già Direttore dell'Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L'Università Politecnica della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

Antonio Giulio de Belvis

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva presso la Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore. Dal 2009 al 2012, Coordinatore e Segretario Scientifico dell'Osservatorio Nazionale sulla

Maurizio Dal Maso

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina.

Emanuele Di Simone

Socio di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito nel 2020 il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica. Dopo aver lavorato per diversi anni nella sanità privata è poi passato al Servizio Sanitario Nazionale (Policlinico Universitario di Ferrara). Attualmente coordina le attività di innovazione e sviluppo per le professioni sanitarie presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico oncologico e dermatologico (IRCCS IFO di Roma). La sua attività assistenziale è stata da sempre affiancata a quella di ricerca soprattutto nell'ambito della prevenzione degli errori farmacologici; autore e co-autore di numerose pubblicazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale, da diversi anni ricopre incarichi di docenza presso diversi corsi di laurea negli atenei romani di "Sapienza" e "Tor Vergata".

Nicoletta Dasso

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Infermiera pediatrica presso l'IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova. Conseguito il Dottorato di Ricerca in Scienze della Salute, Curriculum Nursing presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova. Membro di ANIARTI, Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, e della SISI, Società Italiana di Scienze Infermieristiche

Lidia Goldoni

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice www.perlungavita.it, giornalista pubblicista, consulente servizi anziani e disabili, consulente per l'organizzazione e la gestione dei servizi sociosanitari, coordinatrice scientifica Forum sulla non autosufficienza, direttrice rivista Servizi sociali oggi, Rivista sulle politiche sociali e sanitarie e i servizi per le persone, già dirigente amministrativo del Comune di Modena, Dirigente servizi sociali e assistenziali per anziani.

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo

Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore ff della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANNAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università “Sapienza” di Roma. Docenza nel Master MIAS - “Governance della qualità nelle strutture sanitarie”, presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi “Sapienza” di Roma.

Maria Piane

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso “Sapienza” Università di Roma. È ricercatore universitario SSD MED/03 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare della Facoltà di Medicina e Psicologia, “Sapienza” Università di Roma dove svolge la sua attività di ricerca in ambito di neurogenetica, cardiogenetica e oncogenetica. Svolge attività diagnostica presso l’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea, UOD Genetica Medica, dove è strutturata come Dirigente biologo di I livello. Si occupa principalmente diagnosi di tumori eredo-familiari e di cardiopatie su base genetica.

Mario Ronchetti

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Esperto di formazione e organizzazione dei servizi sanitari. Docente a contratto di Economia aziendale, Università di Tor Vergata. Consulente di organizzazione aziendale presso varie ASL e AO. Responsabile organizzazione percorsi di Formazione a Distanza per personale DEA e ARES 118. Membro Gruppo di lavoro regionale per la formazione del Middle Management del SSR. Docente in corsi di formazione ECM e Master. Già Direttore Sanitario aziendale. Blogger ProssimaMente.org

Andrea Vannucci

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell’Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; Vicepresidente di AISSMM - Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica; Professore a contratto per l’insegnamento di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie del corso di laurea in Ingegneria gestionale dell’Università di Siena.

Contatti.

giorgio.banchieri@gmail.com; Antonio.DeBelvis@unicatt.it; maurizio.dalmaso@gmail.com;
emanuele.disimone@uniroma1.it; nicolettadasso@gmail.com; fam.medici@mac.com;
maria.piane@uniroma1.it ; mario.ronchetti@gmail.com; andrea.gg.vannucci@icluod.com;
perlungavita@gmail.com.



Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di “Covid 19 Review 2020-21” li può trovare su:

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14: https://issuu.com/comsrl/docs/banchieri_1-14_rev
- Volume 2 dal n. 14 al n.29:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_parte_2
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_e_andre
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_parte_4_from_banchieri_e_vannucci
- Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale:
https://issuu.com/comsrl/docs/weekly_series_covid19_review_2020_published
- Volume 6 dal n. 1 al n. 4, Prima Serie quindicinale; www.asiquas.it Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale; www.asiquas.net

Tutti i numeri pregressi sono reperibili su: www.asiquas.net

- “ASIQAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30, su www.asiquas.net

Per leggere le monografie “Covid 19 Review 2020”: www.asiquas.net

- Monografia 1 – Tomas Pueyo –The Hammer and the Dance
- Monografia 2 – On Covid19 pandemic data

- Monografia 3 - Ethic and Equity
- Monografia 4 – Tomas Pueyo – Formaggio svizzero
- Monografia 5 – Vaccini Covid19 1
- Monografia 6 – Vaccini Covid19 2
- Monografia 7 – Residenze e Covid 19
- Monografia 8 – Covid19 e Salute Mentale

Per leggere le Monografie – “ASQUAS Covid19 Review”: www.asiquas.net

- Monografia 1– Long Covid
- Monografia 2 – ASQUAS, Covid 19 e PNRR

Per leggere le Monografie – “ASQUAS Review”: www.asiquas.net

- Monografia 1 – Sanità pubblica e Sanità privata
- Monografia 2 – “One Health”
- Monografia 3 – Congresso ASQUAS 2024 “SSN: salviamo il capitale umano”



Indice

Partiamo dalla comunità	10
<i>La partecipazione dei pazienti e il ruolo delle comunità nella promozione della salute –</i> Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci	10
<i>Il ruolo delle comunità nella promozione della salute -</i> Giorgio Banchieri	18
<i>L’attesa della cura -</i> di S. Scelsi, G. Banchieri, A. G. de Belvis, A. Vannucci	21
<i>Le comunità come rimedio alla solitudine -</i> Silvia Scelsi, Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci,	30
Società liquida e salute	35
<i>Società liquida e sanità liquida -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	35
<i>Società liquida, welfare e salute -</i> G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci	41
<i>Solitudine, salute e welfare -</i> Silvia Scelsi, Antonio Giulio De Belvis, Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	48
<i>L’Italia, la salute e le diseguaglianze in un mondo globalizzato -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	54
Parliamo di sostenibilità	61
<i>E allora parliamo di sostenibilità della sanità pubblica -</i> G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci	61
<i>È sostenibile il welfare in Italia? -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci.	65
<i>Sostenibilità del welfare e resilienza della sanità pubblica -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	73
<i>Chi paga il welfare? -</i> Antonio Giulio De Belvis, Giorgio Banchieri, Silvia Scelsi, Andrea Vannucci	80
<i>In un Italia che galleggia un SSN forte può diventare un salvagente -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci	88
<i>Oligopolio verso salute: un ossimoro? -</i> Giorgio Banchieri, Andrea Vannucci,	95

(Articoli apparsi su “*Quotidiano sanità*” 2024 e 2025)



quotidiano **sanita.it**

La partecipazione dei pazienti e il ruolo delle comunità nella promozione della salute

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma.

Laura Franceschetti, Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.

Andrea Vannucci Professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI

Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale e nazionale. Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello locale. Questo fenomeno è la condizione senza la quale non possiamo aspirare ad avere comunità attive nel campo della tutela e produzione della salute dei cittadini

03 LUG -

Sanità "welfare" e "one health"

La sanità è elemento costitutivo del *welfare* europeo in cui ai cittadini, con modalità diverse da Paese a Paese, vengono riconosciuti "diritti di cittadinanza" quali: l'uguaglianza di fronte alla legge; il diritto all'istruzione; alla sanità/salute; alla previdenza; il diritto al lavoro e altri ancora, a seconda delle diverse Leggi Costituzionali dei singoli Stati Europei.

Dalla fine degli anni '90 gran parte dei Paesi OECD si sono orientati a un approccio integrato alla produzione della salute, in un'accezione di insieme delle politiche del *welfare* per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

Il "*new paradigm of health care*" (OECD, 1999) affermava il primato della prevenzione sul trattamento, le strategie di *care* piuttosto che di *cure* e, soprattutto, un'integrazione delle politiche che stimoli ed imponga azioni di coordinamento interistituzionale.

Si affermava di conseguenza l'impegno della rendicontazione da parte dei sistemi e delle aziende sanitarie alle comunità da cui hanno ricevuto mandato ad operare.

Il passaggio dal vecchio modello di *welfare* ad uno nuovo consiste in un sistema di *welfare* di comunità federate basato sul concetto di salute - *welfare*. Con il *welfare* di comunità si andavano poi affermando anche due nuovi concetti, cioè quelli d'autonomia e di sussidiarietà.

Successivamente con l'inclusione formale del "*Programma Ambientale*" delle Nazioni Unite (UNEP) condiviso da WHO, FAO e WOHA nel 2022, e con il successivo lancio del "*Global One Health Joint Plan of Action*" (2022-26), si è creata finalmente l'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, riconoscendo che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.

La prospettiva *One Health* spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile [*One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021*]

Il PNRR e il ruolo delle “comunità”

Nel PNRR, così come da DM 77- si afferma che l’assistenza primaria rappresenta la prima porta d’accesso ad un servizio sanitario. Rappresenta l’approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficace per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società.

La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l’Assistenza Primaria come: “... l’erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell’assistenza alle persone...”.

Sempre nel PNRR, coerentemente con il DM 77, si prende atto che il SSN persegue questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell’assistenza;
- attraverso l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità (*Planetary Health*);
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l’individuazione delle persone da assistere, per la gestione dei loro percorsi, per l’assistenza a domicilio e l’integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- mediante la valorizzazione della co-progettazione con pazienti e cittadini;
- mediante la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e con il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

Relativamente alla stratificazione della popolazione e dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla *programmazione* e alla *presa in carico* – sempre nel PNRR – si afferma che i riferimenti dovranno essere:

- la *Medicina di Popolazione*, per la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l’utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull’utilizzo di dati;
- la *Sanità di Iniziativa*, per la gestione delle malattie croniche, modello fondato su un’assistenza proattiva all’individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa;
- la *Stratificazione della Popolazione*, per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, per differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e del consumo di risorse;
- Il *Progetto di Salute*, quale strumento di programmazione, gestione e verifica; associato alla stratificazione della popolazione e alla classificazione del “bisogno di salute” identificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione.

La “comunità” e il benessere dell’individuo

Dall’introduzione di queste novità appare chiaro che il ruolo delle “comunità” diventa quello del protagonista. La “comunità”, è definita dall’istituto Treccani (2023) “*carattere, stato giuridico di ciò che è comune; comunanza: comunità di beni, comunità d’interessi; anche in senso più astratto: tutte le scienze hanno una certa comunità e colleganza insieme ... Insieme di persone che hanno comunione di vita sociale, condividono gli stessi comportamenti e interessi; collettività: fare gli interessi, il bene della comunità; ... Complesso degli abitanti di un comune, o, in taluni casi, l’amministrazione comunale: i beni, le terre della comunità*”.

Il benessere quotidiano della persona è collegato anche al suo **habitat relazionale**: le relazioni sociali sono fondamentali per la sopravvivenza dell’individuo, non solo per il suo inserimento all’interno dell’ambiente di vita ma anche per il suo benessere psico-emotivo interiore; per questo è importante averne cura.

Anche la Medicina afferma che Interazioni sociali positive, dove si riceve sostegno ed ascolto, favorendo il buon umore, aiutano anche a rafforzare il sistema immunitario abbassando il livello di stress, responsabile della produzione di ormoni pro-infiammatori.

Inoltre, Accanto al **benessere oggettivo e materiale**, nella nostra società è cresciuto notevolmente il bisogno di **benessere soggettivo e psicologico** e di conseguenza l'attenzione si sta spostando dai problemi da risolvere nella vita a ciò che la rende meritevole di essere vissuta.

Le "Comunità" e le "reti sanitarie"

L'attenzione alle potenzialità delle reti e alla loro modalità di funzionamento nasce con la consapevolezza che la realtà in cui periamo è costituita da sistemi complessi.

Come Federico Butera già nel 1996 sottolineava "L'organizzazione a rete è un sistema di riconoscibili e multiple connessioni e strutture entro cui operano nodi ad alto livello di autoregolazione, capaci di cooperare tra loro in vista di fini comuni e di risultati condivisi".

Per l'OMS la rete, in sanità, è rappresentata da un "insieme di individui, organizzazioni ed agenzie organizzate su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni perseguiti attivamente e in maniera sistematica, basato sull'impegno e la fiducia. [WHO - Glossario della Promozione della salute, 1998]

La cooperazione tra professionisti, amministratori e cittadini per sviluppare reti collaborative sanitarie di riferimento per patologie o procedure specificate costituisce l'evoluzione naturale e l'innovazione più pertinente per un sistema sanitario. C'è un accordo internazionale nell'allocare risorse in funzione del livello di complessità e del numero di casi attesi per una particolare malattia. Ciò implica che concentrando risorse e casistica si ottengono un patrimonio di esperienza e conoscenza e un uso efficiente delle tecnologie e delle risorse più costose.

L' American Health Association (AHA) che ha iniziato a censire e studiare le forme di rete e sistemi ospedalieri a partire dal 1970, nel 1993, ha definito le reti sanitarie come "gruppi di ospedali, medici, altri erogatori, assicurazioni ed agenzie di comunità che lavorano insieme per coordinare ed erogare ampi spettri di servizi alla propria comunità." [Bazzoli JHSR: Health Services Research 33:6, February,1999]

Un esempio di rete sanitaria promossa da WHO è la rete degli ospedali per la promozione della salute sviluppata alla fine degli anni '80. L'Ufficio Europeo dell'WHO avviò il Programma "Ospedali per la Promozione della Salute" (Health Promoting Hospitals - HPH), in analogia ad altre iniziative sorte in quegli anni: città sane, regioni per la salute, scuole e ambienti di lavoro per la promozione della salute. L'obiettivo generale del programma era migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera, incorporando nella struttura organizzativa dell'ospedale, nella sua cultura e nei comportamenti quotidiani i principi, le attività e le azioni strategiche della promozione della salute. I destinatari del progetto erano tre: i pazienti dell'ospedale, il personale dell'ospedale e la comunità servita dall'ospedale. Per raggiungere l'obiettivo di riorientamento dei servizi sanitari, il programma degli Health Promoting Hospitals ha operato per:

- sviluppare specifiche iniziative di promozione della salute all'interno dell'ospedale;
- Ampliare l'interesse del management ospedaliero e delle strutture verso la tutela della salute e non limitarlo solo alla cura delle malattie;
- Sviluppare esempi di buona pratica clinica e organizzativa, documentati e valutati, che possano essere trasferiti ad altri ospedali;
- Facilitare ed incoraggiare la cooperazione e lo scambio di esperienze e iniziative tra gli ospedali aderenti;
- Identificare aree di interesse comune per sviluppare programmi e procedure di valutazione.

Attualmente le Reti HPH nazionali e regionali formalmente attivate sono 35, presenti in 26 paesi della Regione Europea e coinvolgono oltre 700 ospedali.

L'assistenza centrata sul paziente

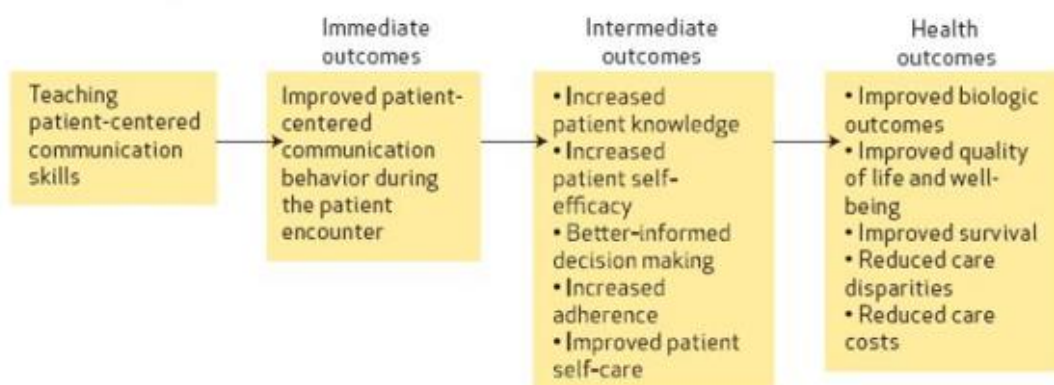
Il significato dell'espressione "centralità del paziente" viene messa a fuoco in un articolo^[1] che si fa utilmente carico di definirne il profilo (*what*), di riassumerne gli effetti sulla salute (*why*) e di come tradurlo in pratica i principi (*how*). Questa chiave di lettura, rivisitata da Gavino Maciocco^[2] (promotore e coordinatore del progetto "Salute Internazionale"^[3]) può essere posta a base del nostro ragionamento, come da schema seguente, tratto da Health Affairs, "Perché la nazione ha bisogno di una forte spinta politica verso un'assistenza sanitaria centrata sul paziente" di Donald Berwick, professore di Harvard, nominato Direttore Generale dei programmi assicurativi pubblici, Medicaid e Medicare, in USA, con il Governo Obama

Berwick confessava di essere un “*estremista*” riguardo ai diritti dei pazienti ed è noto lo slogan dell’associazione internazionale – *People Power* – a supporto della centralità dei pazienti, di cui Berwick è stato promotore: “*nothing about me without me*” (“*niente che mi riguardi deve essere fatto senza il mio consenso*”).

Secondo la definizione coniata dall’*Institute of Medicine* (IOM – www.iom.edu) l’assistenza centrata sul paziente significa “*rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica*”.

EXHIBIT 1

Link Between Teaching Patient-Centered Communication Skills And Various Outcomes



È nel contesto dell’assistenza “*centrata sul paziente*” che si sviluppa la “*relazione di cura tra medico e paziente*” e più estensivamente tra medico e familiari o caregiver del pazienti. Tale relazione si nutre di un continuo scambio bidirezionale d’informazioni finalizzato a esplorare e rispettare le preferenze e i valori del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l’accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute.

Tutto ciò comporta due risultati:

- Il medico conosce e rispetta i valori, le speranze, le reazioni del paziente, oltre che i suoi sintomi. In questo contesto il medico sarà in grado di fornire un’assistenza personalizzata e veramente ritagliata sui bisogni del paziente;
- Il paziente è messo nella condizione di partecipare alle decisioni che riguardano la sua salute e diventare attore consapevole dei processi di prevenzione, di guarigione e di cura.

Da una prospettiva strettamente etica l’assistenza centrata sul paziente risponde all’obbligo dei professionisti di porre l’interesse del paziente al di sopra di ogni altro.

I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell’assistenza centrata sul paziente – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di *outcome*, come: il miglioramento della qualità della vita; una più lunga sopravvivenza; il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri[4]) e la riduzione nelle diseguglianze nella salute[5].

I Criteri per realizzare la “assistenza centrata sul paziente”

Se alla base dell’assistenza centrata sul paziente c’è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l’efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto. Elenchiamo di seguito alcune condizioni che favoriscono la crescita delle relazioni di cura e di conseguenza l’affermazione dell’assistenza centrata sul paziente:

- *l’assetto organizzativo*. Il lavoro in team, la presenza di personale non medico qualificato, il coordinamento degli interventi per favorire l’accessibilità e garantire la continuità delle cure sono gli elementi essenziali di un contesto organizzativo favorevole all’assistenza centrata sul paziente
- *le infrastrutture informatiche*. Una serie di funzioni che favoriscono lo sviluppo dell’assistenza centrata sul paziente richiede la dotazione di infrastrutture informatiche evolute
- *I sistemi di valutazione*. Nonostante la sua complessità, l’assistenza centrata sul paziente può essere misurata, in modo che i *policy makers* possano monitorare i progressi verso un sistema sanitario più centrato sul paziente

- *la formazione.* L'università deve occuparsi più frequentemente e rigorosamente delle abilità interpersonali dei professionisti, così come le organizzazioni a tutela dei cittadini devono incoraggiare i pazienti a intervenire nella gestione della loro assistenza e a condividere le decisioni sulla loro salute. Le organizzazioni sanitarie, infine, devono promuovere la cultura della centralità del paziente attraverso politiche che favoriscono la relazione di cura
- *la politica.* Molto dipenderà anche dalla politica, dal ruolo che vorranno svolgere i policy makers a livello nazionale e locale, dal loro impegno nel sostenere trasformazioni strutturali e personali difficili, ma necessarie.

L'“empowerment”

L'empowerment è il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita [6].

In letteratura vengono individuati tre livelli di analisi: individuale, organizzativo e comunitario.

- *A livello individuale* si fa riferimento ai processi che portano la persona a maturare una consapevolezza critica del contesto sociopolitico di appartenenza, e a percepirsi padrona della situazione, responsabile delle proprie azioni, capace di esercitare un controllo e di incidere attivamente su ciò che accade intorno.
- *A livello organizzativo* viene effettuata una distinzione tra:
 - Organizzazioni *empowering*, quelle che offrono ai propri membri opportunità per sviluppare competenze e per acquisire un senso di controllo, e si configurano quali contesti all'interno dei quali è possibile condividere informazioni ed esperienze, maturando un senso di identità collettiva;
 - Organizzazioni *empowered*, quelle che, prescindendo dalla presenza o assenza di processi di empowerment a vantaggio dei propri membri, prosperano in rapporto alla concorrenza, raggiungono i propri obiettivi, influiscono sulle decisioni politiche, sviluppano la propria efficienza, esercitano un'influenza su vaste aree geografiche.

A livello comunitario, l'attenzione è posta:

- Sulle opportunità offerte ai cittadini di partecipare al governo della collettività;
- Sull'accessibilità di risorse e di servizi ricreativi, di sicurezza, di salute e di cura;
- Sulla tolleranza per la diversità.

Una comunità è *empowered* quando i suoi cittadini possiedono il desiderio, le competenze, le risorse per lavorare assieme al fine di identificare i bisogni della collettività, sviluppare strategie per indirizzare questi bisogni mettere in atto azioni volte ad un loro soddisfacimento.

Wallerstein non manca di mettere in evidenza come ciascuno di questi livelli sia strettamente interconnesso agli altri due e come processi di *empowerment* individuale, organizzativo, comunitario siano mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto.

L'empowerment dei pazienti

L'empowerment dei pazienti è il processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti [7].

È necessario formare i cittadini per far sì che possano comunicare con il sistema sanitario, trovare, comprendere e valutare le informazioni disponibili.

A sua volta l'operatore deve essere formato per essere capace di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile, semplice, dando informazioni corrette, utili. Una componente chiave di *empowerment* e *centralità* del paziente è l'accesso dei pazienti a informazioni accurate e di qualità elevata sulla loro malattia e le opzioni terapeutiche a loro disposizione. Questo è comunemente definito *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) che implica conoscenza, motivazione e competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di esprimere giudizi e prendere decisioni vita quotidiana riguardante l'assistenza sanitaria [8].

“Empowerment” e coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità

Analizzando il concetto di empowerment riferito alla singola persona, va tenuto presente che la stessa si rapporta con la sua salute in modo attivo o passivo, in base ad alcune caratteristiche della sua storia e della sua personalità, in particolare l'abilità nell'assumere decisioni e alla capacità di affrontare l'incertezza ed il rischio. Si tratta di un

processo dinamico tra l'acquisizione di controllo interno e l'abilità nel superare le barriere esterne nell'accesso alle risorse, tale concetto è legato alla cultura di una società e va sviluppata nelle singole realtà con piena consapevolezza del contesto.

L'Istituto Superiore di Sanità, nel Piano Nazionale Linee Guida, ha effettuato una ricognizione delle iniziative internazionali, pubblicata nel volume *"Il coinvolgimento dei cittadini nelle scelte in sanità"* ed ha sottolineato l'esigenza di un *database* di raccolta delle esperienze italiane. Parallelamente, alcune Università ed Istituti di Ricerca hanno sperimentato approcci in diversi contesti e Cittadinanzattiva ha elaborato ed introdotto l'Audit Civico. Le molte esperienze maturate nelle organizzazioni sanitarie hanno contribuito così a creare una nuova cultura nei confronti della partecipazione ai processi di salute ed ai servizi sanitari ed hanno costituito una base conoscitiva sulle potenzialità della stessa.

Tuttavia, l'opportunità di apprendere dalle esperienze altrui, dai successi e dagli insuccessi è ancora insoddisfacente, gli articoli pubblicati sono pochi e la ricognizione attraverso la letteratura grigia assai difficile. Per avere un orientamento un contributo possono darlo le *"Raccomandazioni sulla Partnership"*, elaborate dalla Società Italiana per la qualità sanitaria SIQuAS VRQ, che tracciano le possibili direzioni in cui le alleanze possono svilupparsi e portare a risultati in salute e soddisfazione. Nelle raccomandazioni vengono identificati i soggetti da prendere in considerazione e viene indicato il ruolo che le aziende sanitarie dovrebbero assumere per poter valorizzare tutte le opportunità. Molteplici sono i livelli e le dimensioni da considerare. Vanno inclusi: da un lato i processi di empowerment del singolo e della comunità e la partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti alla pianificazione e valutazione dei servizi sanitari, dall'altro tutte le possibili interazioni della persona con l'offerta sanitaria (promozione della salute, prevenzione, diagnosi precoce, cura, riabilitazione, reinserimento).

Il cittadino competente

Il livello di istruzione è universalmente riconosciuto come uno dei più importanti determinanti di salute, dalla dimensione mondiale a quella europea, nazionale, regionale o locale^[9].

Il cittadino competente dovrebbe essere in grado di: trovare informazioni su temi sanitari e servizi; saper leggere, ascoltare, comprendere e valutare la qualità delle informazioni; interpretare i risultati delle analisi e calcolare i dosaggi dei farmaci; esprimere con chiarezza domande ed opinioni; comprendere rischi e benefici, essere capace di prendere decisioni, avere un'idea dei concetti di rischio e probabilità, conoscere il corretto stile di vita e contribuire a scelte di salute collettive e alla gestione di servizi. Il *cittadino empowered* è un soggetto che comprende e sceglie, è un costruttore dei propri stili di vita, un protagonista del proprio benessere ed è in grado di interagire in modo responsabile con il SSN.

In Italia è Cittadinanzattiva un referente fondamentale per lo sviluppo dell'empowerment dei cittadini in sanità. Cittadinanzattiva Onlus si avvale dell'*Agenzia di Valutazione Civica* (struttura interna a *Cittadinanzattiva* creata nel luglio 2010) per promuovere la cultura della valutazione e sostenere l'empowerment e la partecipazione dei cittadini nei processi di governo e di produzione delle politiche pubbliche.

L'Agenzia nasce a partire dall'esperienza di valutazione civica sulla qualità dei servizi e delle strutture sanitarie con l'esperienza dell'*Audit civico*, una metodologia adottata complessivamente, a partire dal 2001, in oltre 170 aziende sanitarie, avvalendosi di équipe di valutazione miste composte da cittadini e operatori sanitari. I risultati dei Rapporti Audit Civico sono disponibili in: <http://www.cittadinanzattiva.it/form/audit-civico/documenti/AC-nazionale-pdf>

La tematica è stata al centro dell'attenzione anche dello Stato e delle Regioni che hanno chiamato AGENAS a contribuire alla promozione dell'empowerment individuale, organizzativo e di comunità nell'ambito dei Servizi Sanitari Regionali.

A tal proposito, nell'ottica di promuovere la conoscenza e il trasferimento delle migliori esperienze, sono state raccolte 152 buone pratiche di empowerment realizzate nelle Regioni/PA e rese disponibili in un data base pubblico^[10]. Il lavoro di condivisione di definizioni, strumenti di rilevazione di esperienze significative e promozione del loro trasferimento, è stato realizzato in collaborazione con le Regioni ed è consultabile nel Quaderno di Monitor dedicato al *"Sistema sanitario e l'empowerment"*^[11].

I Comitati Consultivi Misti

I *Comitati Consultivi Misti* (CCM) sono stati concepiti per essere lo strumento privilegiato per la rilevazione ed il miglioramento della qualità dei servizi da parte dei cittadini.

"Sono composti in maggioranza da rappresentanze dei cittadini (associazioni di volontariato e di tutela) e in minoranza da rappresentanti dell'Azienda sanitaria. Sono presieduti da un componente delle rappresentanze dei"

cittadini. È loro compito la verifica, il supporto, la funzione propositiva all’Azienda sanitaria relativamente al miglioramento della qualità dei servizi. Il Comitato consultivo misto (CCM) ha compiti di verifica, supporto, proposta sui servizi sanitari e in particolare sulla loro qualità dal punto di vista dei cittadini. L’Azienda sanitaria è impegnata a confrontarsi con il CCM sulla programmazione aziendale, a nominare autorevoli referenti aziendali all’interno del CCM, a promuovere la formazione dei componenti del CCM e la conoscenza di questo organismo all’esterno e all’interno, a supportarne l’attività operativa.”

I CCM dovrebbero collaborare al miglioramento dei percorsi d’accesso ai servizi, promuovere indagini e valutazione sulla qualità dei servizi dal punto di vista degli utenti, esprimere pareri e valutazioni rispetto ai segnali di disservizio e alle azioni di miglioramento, collaborare con le ASL per l’adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. Di solito sono composti in maggioranza da membri eletti dalle *associazioni di volontariato* presenti sul territorio aziendale e da dirigenti in rappresentanza dell’Azienda.

Dovrebbero essere quindi interlocutori delle ASL e rappresentare la voce dei cittadini all’interno dei servizi sanitari ma il condizionale è d’obbligo perché un’analisi sull’efficacia della loro funzione non è disponibile e le notizie che si possono raccogliere mostrano esperienze di qualità molto variabile nei diversi contesti locali. Va detto che la crescita degli ambiti geografici e di popolazione delle aziende sanitarie non è stata d’aiuto così come la grande eterogeneità delle competenze dei partecipanti.

Il “Portale della Trasparenza dei Servizi per la “salute”

Il “Portale” è stato inaugurato il 19 marzo 2021^[12] e dovrebbe rappresentare un esempio di strumento di sviluppo dell’empowerment dei cittadini. Il progetto vorrebbe offrire ai cittadini un portale di facile accesso sul tema della salute che offra informazioni semplici, chiare, univoche e di qualità, assicurando la necessaria integrazione tra le differenti fonti informative già esistenti, a livello nazionale, regionale e locale. Ad oggi è aggiornato ad aprile 2023. Il sito vuole presentare contenuti che vanno a valorizzare e integrare le informazioni detenute dal Ministero della Salute con quelle provenienti dalle Regioni, dalle Province Autonome e dagli altri enti e operatori dei Servizi Sanitari Regionali.

Il portale^[13] è strutturato su quattro macroaree: vivere in salute; servizi e prestazioni; come fare per (prenotare una prestazione e conoscere i tempi di attesa); Covid-19.

Il portale mostra però dei limiti che ne riducono il suo potenziale ruolo di strumento d’informazione efficace e di garanzia di accountability: non è di agevole accesso, è statico e le informazioni che se ne possono trarre non sempre appaiono formulate in modo accessibile al grande pubblico. Una migliore cura di questi particolari potrebbe migliorarne molto utilmente la sua funzione.

Conclusioni

Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale e nazionale. Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello locale. Questo fenomeno è la condizione senza la quale non possiamo aspirare ad avere comunità attive nel campo della tutela e produzione della salute dei cittadini. La “comunità”, in quanto tale, quando esiste realmente:

- è la sede delle relazioni di cura;
- genera energie e opportunità a supporto del singolo;
- include e supporta;
- garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa;
- previene la fragilità e sostiene le cronicità.

Si parla oggi di *ecosistemi* per intendere comunità di individui che interagiscono con il loro ambiente e sono allo stesso tempo un tutto e una parte di un sistema più ampio. Nel settore sanitario una prospettiva ecosistemica prevede il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini e ci ricorda che l’assistenza sanitaria, nella sua essenza, riguarda le relazioni tra le persone. Questa prospettiva evidenzia anche l’idea che queste relazioni interagiscono con, e sono influenzate da, il loro ambiente (ad esempio, comunità, ambienti economici e politici, organizzazioni e sistemi sanitari).

A livello individuale, tutti i partecipanti devono scoprire e sviluppare le proprie competenze, abilità e risorse, per potersi impegnare in relazioni produttive con persone che hanno interessi, conoscenze e prospettive diverse.

Ciò include la convinzione che ogni individuo apporta competenze preziose e complementari (ad esempio, la conoscenza basata sull’esperienza di vivere con una malattia come paziente, le capacità diagnostiche e

l'esperienza clinica dei professionisti sanitari, i metodi d'indagine di un ricercatore, l'esperienza di gestione di un manager). Ne consegue che lavorare in partnership richiede anche la capacità di vedere i problemi da più prospettive, di affrontare l'incertezza e di condividere leadership e potere.

Un esempio di ecosistema nel nostro ordinamento potrebbe essere il Distretto. Lo stesso Distretto, se declinato come "agenzia di salute", potrebbe diventare lo strumento di promozione dell'inclusione delle "comunità" nei processi di cura, nella prevenzione, nell'educazione sanitaria, negli stili di vita, nel supporto e nell'inclusione dei fragili e dei cronici.

Purtroppo anche il DM77 continua a concepire il Distretto come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio; un modello dove i servizi vengono "calati" secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dalla partecipazione, dai bisogni e dalle risorse delle diverse comunità che si differenziano per criteri geografici, sociali, culturali, organizzativi ed epidemiologici.

Anche i cittadini che fanno volontariato, così come tutto il Terzo Settore, vengono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale partecipando e portando ricchezza nell'ecosistema.

Con queste premesse l'innovazione sarà una chimera. Eppure non mancano ormai nell'esperienze internazionali esempi dell'ampia varietà di ruoli che i pazienti possono svolgere nel sistema sanitario: pianificazione, progettazione, consulenza, indagine, valutazione e formazione.

Sempre più spesso, le istituzioni sanitarie chiedono ai pazienti e ai familiari non solo di essere una "voce intorno al tavolo", ma di assumere ruoli di leadership. In questo contesto, l'arruolamento e la preparazione dei pazienti e delle famiglie sono fondamentali.

Il reclutamento inizia con un mandato definito e modalità di impegno, così come ruoli e responsabilità rigorosamente chiari per loro e per i professionisti con cui collaboreranno.

La capacità e lo spazio per definire meglio questi ruoli e responsabilità stanno aumentando, con la consapevolezza che le forme di conoscenza possono essere complementari e le competenze non sono strettamente riservate ai professionisti. I pazienti e i familiari possono agire come mediatori di conoscenza, collegando e traducendo la conoscenza tra le comunità nell'ecosistema sanitario, ma possono anche ridefinire le priorità apportando soluzioni pragmatiche alle sfide del sistema sanitario.

Essere Case e/o Ospedali davvero di "Comunità" comporterà essere all'interno di questi processi di inclusione e solidarietà.

Se perdiamo questa opportunità i cittadini cercheranno soluzioni individuali, il sistema si avvierà verso un razionamento, magari implicito, delle sue prestazioni, la produzione di salute non progredirà e la spesa globale per le cure aumenterà.

C'è chi pensa che le cose che servirebbero non accadano per una sorta di ignavia collettiva ma forse la causa è peggiore: oggi in Italia assistiamo ad un pensiero politico, culturale ed economico dominante che non aiuterà e che rischia di generare uno svantaggio per il bene comune e la tutela della salute come la nostra costituzione la intende.

Note:

[1] Project HOPE— The People-to-People Health Foundation, Inc.. Epstein R.M., Fiscella K., Lesser S. Stange K.C. Why The Nation Needs A Policy Push On Patient-Centered Health Care. *Health Affairs* 2010, 29:8, 1489-95

[2] Modificato da Gavino Maciocco *Centralità dei pazienti.*

<http://www.saluteinternazionale.info/2010/10/assistenza-sanitaria-e-centralita-del-paziente-what-why-how/>

[3] <https://www.saluteinternazionale.info/chi-siamo/>

[4] Kate R et Al. Evidence Suggesting That a ChronicDiseaseSelf-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization. *Medical Care* 1999; 37 (1):5-14.

[5] Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care. *Health Affairs* 2010; 29:7, 1310-17.

[6] Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf)

[7] ASIQUAS – Glossario 2019

[8] EMPATHIE, H. P. (2015). *Empowering patients in the management of chronic diseases. Final Report.*

[9] Mackenbach J.P.: *Health Inequalities: Europe in Profile.* Erasmus MC University Medical Center Rotterdam, 2006

[10] <https://www.agenas.gov.it/aree-tematiche/qualita-e-sicurezza/empowerment-del-cittadino/esperienze-di-empowerment>

[11] https://www.agenas.gov.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/8_IL_SISTEMA_SANITARIO.pdf.

[12] <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/1861-on-line-il-nuovo-portale-della-trasparenza-dei-servizi-per-la-salute>

[13] <https://www.portaletrasparenzaservizisanitari.it/>

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115166

quotidianosanita.it

Lettera al Direttore

Il ruolo delle comunità nella promozione della salute

Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASIQUAS, Docente Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.*

Intervengo nel dibattito aperto dall'articolo di Claudia Zamin "Quando il senso di appartenenza alla comunità vacilla", su *Quotidiano sanità* del 13 marzo scorso.

Gran parte dei Paesi OECD dalla fine degli anni '90 si sono orientati a un approccio integrato alla produzione della salute, in un'accezione di insieme delle politiche del welfare per il mantenimento dello stato di benessere psicofisico dei cittadini.

Con il "New paradigm of health care" (OECD, 1999) si afferma il primato della prevenzione sul trattamento, le strategie di *care* piuttosto che di *cure* e, soprattutto, un'integrazione delle politiche che stimoli ed imponga azioni di coordinamento interistituzionale. Si afferma inoltre di conseguenza l'impegno della rendicontazione da parte dei sistemi e delle aziende sanitarie alle comunità da cui hanno ricevuto mandato ad operare.

Il passaggio dal vecchio modello di welfare ad uno nuovo consiste in un sistema di "welfare di comunità federate" basato sul concetto di "salute – welfare". Con il "welfare di comunità" si vanno affermando anche due nuovi concetti, cioè quelli di "autonomia" e di "sussidiarietà".

L'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) condiviso da WHO, FAO e WOHHA nel 2022, e il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), affrontano in modo nuovo l'approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi, riconoscendo che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti.

La prospettiva *One Health* spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando le necessità comuni di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021]

Quanto sopra necessariamente spinge verso un approccio di "ecosistemi = comunità".

Lo stesso "benessere quotidiano della persona" è collegato anche al suo "habitat relazionale": le relazioni sociali sono fondamentali per la sopravvivenza dell'individuo, non solo per il suo inserimento all'interno dell'ambiente di vita, ma anche per il suo benessere psico-emotivo interiore; per questo è importante averne cura.

La Medicina arriva ad affermare che interazioni sociali positive, dove si riceve sostegno ed ascolto, favorendo il buon umore, aiutano anche a rafforzare il sistema immunitario abbassando il livello di stress, responsabile della produzione di ormoni pro-infiammatori.

Inoltre, accanto al "benessere oggettivo e materiale", nella nostra società è cresciuto notevolmente il bisogno di "benessere soggettivo e psicologico" e di conseguenza l'attenzione si sta spostando dai problemi da risolvere nella vita a ciò che la rende meritevole di essere vissuta.

Come sostiene Claudia Zamin “... non si deve dimenticare che la natura dell'uomo è e rimane relazionale. Per quanto possano mutare nel corso dei secoli tante cose, esterne ed interne, l'essenza dell'uomo è la relazione: l'essere umano per vivere bene nelle città metropolitane contemporanee o sopravvivere nella giungla del passato dovrebbe riconoscere, anche a fatica, che è la relazione con l'altro – reale... che garantisce il suo stare nel mondo. Oggi abbiamo “guadagnato” la possibilità del “virtuale”, teniamocela ben stretta senza pretesa di esclusività ma in armonia con le sue altre declinazioni, ...; essa è un valore aggiunto all'interno della parola comunità, ne espande in senso positivo il suo significato, così come l'abbiamo sempre conosciuto. Il “cum – munus” riguarda sia il mettere insieme, condividere qualcosa - in questa accezione si sottolinea quel “qualcosa con” - sia il munus, cioè il dono reciproco. La comunità contiene nel suo significato il riferimento alla mancanza di qualcosa (e non all'averne) che dobbiamo agli altri e viceversa. La comunità è fondata da ciascuno di noi in relazione all'altro, ciascuno per vivere deve riconoscere un pezzo che gli manca e che può trovare nell'altro.”

Secondo la definizione coniata dall'*Institute of Medicine* (IOM – www.iom.edu) l'assistenza centrata sul paziente significa “rispetto e attenzione ai bisogni, alle preferenze e ai valori del paziente, garanzia che quei valori guideranno ogni decisione clinica”.

È nel contesto dell'assistenza “centrata sul paziente” che si sviluppa la “relazione di cura tra medico e paziente” e più estensivamente tra medico e familiari o caregiver del paziente. Tale relazione si nutre di un continuo scambio bidirezionale d'informazioni finalizzato a esplorare e rispettare le preferenze e i valori del paziente, ad aiutare il paziente e la sua famiglia a fare le scelte giuste, a facilitare l'accesso alle cure appropriate, a rendere possibili i cambiamenti negli stili di vita necessari per mantenere o migliorare lo stato di salute. Da una prospettiva strettamente etica l'assistenza centrata sul paziente risponde all'obbligo dei professionisti di porre l'interesse del paziente al di sopra di ogni altro.

I risultati di una più intensa comunicazione tra paziente e team assistenziale – elemento fondamentale dell'assistenza centrata sul paziente – sono stati studiati in una serie di ricerche che hanno dimostrato il raggiungimento di una serie di *outcome*, come: il miglioramento della qualità della vita; una più lunga sopravvivenza; il contenimento dei costi assistenziali (es: minori accertamenti diagnostici, minori ricoveri ospedalieri¹) e la riduzione nelle disuguaglianze nella salute². Se alla base dell'assistenza centrata sul paziente c'è la relazione di cura tra medico e paziente, va subito aggiunto che la forza e l'efficacia di tale relazione è influenzata in maniera decisiva dal contesto.

Una comunità è *empowered* quando i suoi cittadini possiedono il desiderio, le competenze, le risorse per lavorare assieme al fine di identificare i bisogni della collettività, sviluppare strategie per indirizzare questi bisogni mettere in atto azioni volte ad un loro soddisfacimento. Ciascuno di questi livelli è strettamente interconnesso agli altri due e come processi di *empowerment* individuale, organizzativo, comunitario sono mutualmente interdipendenti e correlati in rapporti di causa-effetto.

L'Empowerment dei pazienti, quindi, è il processo con cui il paziente viene aiutato ad acquisire consapevolezza circa la propria salute e ad assumerne piena responsabilità, mediante la partecipazione al piano di cura, condividendo le decisioni che lo riguardano e, conseguentemente, adottando coerenti comportamenti³. È necessario formare i cittadini per far sì che possano comunicare con il sistema sanitario, trovare, comprendere e valutare le informazioni disponibili.

A sua volta l'operatore deve essere formato per essere capace di valutare il grado di comprensione del cittadino ed esprimersi di conseguenza con linguaggio compatibile, semplice, dando informazioni corrette, utili. Una componente chiave di *empowerment* e *centralità* del paziente è l'accesso dei pazienti a informazioni accurate e di qualità elevata sulla loro malattia e le opzioni terapeutiche a loro disposizione. Questo è comunemente definito *health literacy* (alfabetizzazione sanitaria) che implica conoscenza, motivazione e

¹ Kate R et Al. *Evidence Suggesting That a Chronic Disease Self-Management Program Can Improve Health Status While Reducing Hospitalization*. Medical Care 1999; 37 (1):5-14.

² Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. *Developing Physician Communication Skills For Patient-Centered Care*. Health Affairs 2010; 29:7, 1310-17.

³ ASIQUAS – Glossario 2019

competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di esprimere giudizi e prendere decisioni vita quotidiana riguardante l'assistenza sanitaria⁴.

La "comunità", in quanto tale, quando esiste realmente: è la sede delle relazioni di cura; genera energie e opportunità a supporto del singolo; include e supporta; garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa e previene la fragilità e sostiene le cronicità.

La "e health literacy" o alfabetizzazione digitale è la ulteriore dote che cittadini e pazienti devono possedere per contribuire a e ricevere cure mediche perché buoni livelli di alfabetizzazione digitale determinano competenza e capacità di utilizzare tali tecnologie digitali in modo efficace e consapevole. Con un buon grado di alfabetizzazione digitale i pazienti diventano capaci di accedere a una vasta gamma di informazioni sulla salute online.

Un esempio di ecosistema nel nostro ordinamento potrebbe essere il Distretto. Lo stesso Distretto, se declinato come "agenzia di salute", potrebbe diventare lo strumento di promozione dell'inclusione delle "comunità" nei processi di cura, nella prevenzione, nell'educazione sanitaria, negli stili di vita, nel supporto e nell'inclusione dei fragili e dei cronici.

Purtroppo anche il DM77 continua a concepire il Distretto come un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda Sanitaria Locale sul territorio; un modello dove i servizi vengono "calati" secondo silos organizzativi, anziché venir progettati e costruiti a partire dalla partecipazione, dai bisogni e dalle risorse delle diverse comunità che si differenziano per criteri geografici, sociali, culturali, organizzativi ed epidemiologici. Anche i cittadini che fanno volontariato, così come tutto il Terzo Settore, vengono considerati in chiave eminentemente prestazionale: non se ne riconoscono le potenzialità di innovazione, di anticipazione, di capacità di incarnarsi nella comunità locale partecipando e portando ricchezza nell'ecosistema. Con queste premesse l'innovazione sarà una chimera.

Eppure non mancano ormai nell'esperienze internazionali esempi dell'ampia varietà di ruoli che i pazienti possono svolgere nel sistema sanitario: pianificazione, progettazione, consulenza, indagini, valutazione e formazione.

Sempre più spesso, le istituzioni sanitarie chiedono ai pazienti e ai familiari non solo di essere una "voce intorno al tavolo", ma di assumere ruoli di leadership. In questo contesto, l'arruolamento e la preparazione dei pazienti e delle famiglie sono fondamentali.

La capacità e lo spazio per definire meglio questi ruoli e responsabilità stanno aumentando, con la consapevolezza che le forme di conoscenza possono essere complementari e le competenze non sono strettamente riservate ai professionisti. I pazienti e i familiari possono agire come mediatori di conoscenza, collegando e traducendo la conoscenza tra le comunità nell'ecosistema sanitario, ma possono anche ridefinire le priorità apportando soluzioni pragmatiche alle sfide del sistema sanitario. Essere Case e/o Ospedali davvero di "Comunità" comporterà essere all'interno di questi processi di inclusione e solidarietà. Il rischio di un approccio solo prestazionale è che le "Case di Comunità" non siano "della comunità" aprendo alla possibilità di gestioni privatistiche che ne potrebbero snaturare il fine. Questo sarebbe in contrasto con la visione e con quanto previsto nel DM77 ...

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=121368

⁴ EMPATHIE, H. P. (2015). *Empowering patients in the management of chronic diseases*. Final Report.

L'attesa della cura

Silvia Scelsi, Presidente ASQUAS, Responsabile Professioni Sanitarie IRCCS "Gaslini" Genova

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, DiSSE, Università "Sapienza", Roma;

Antonio Giulio de Belvis, CDN ASQUAS, Professore Università "A. Gemelli", Roma

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.

S. Scelsi, G. Banchieri, A. G. de Belvis, A. Vannucci

Il problema esiste e sta peggiorando in tutti i Paesi dell'Ocse. Il Governo Meloni è intervenuto con due Decreti Legge, ora convertiti in Legge, ma la nostra storia e l'esperienza degli altri Paesi ci insegnano che anche questo approccio non sarà risolutivo

26 LUG -

Premessa

Nella nostra vita le attese sono spesso causa d'incertezza e di apprensione.

Questi sentimenti sono amplificati quando ciò che aspettiamo ha a che vedere con la nostra salute, come fare un esame diagnostico o una visita medica o, ancor di più, un ricovero chirurgico.

Anche se dover aspettare non è necessariamente causa di un danno alla salute, o almeno così sembra nella maggioranza dei casi, viene comunque percepito come un inspiegabile ostacolo e come tale rifiutato, con l'effetto di minare la credibilità e la fiducia nel sistema sanitario e nelle persone che ci lavorano.

Nella società contemporanea fiducia, e quindi reputazione, sono elementi determinanti per i servizi per operare con efficacia ed avere un meritato successo. Anche un sistema pubblico, come quello sanitario, non sfugge a queste dinamiche e non basta voler distinguere tra "aspettative" e "bisogni", indetificando in quest'ultimi solo ciò che è correlato ai corpi ed ai loro malanni.

Le aspettative sono diventate bisogni e come tali vanno considerate. Impossibili da negare, esse vanno semmai indirizzate. Istruzione, conoscenza ed alfabetizzazione sanitaria sono gli strumenti per operare in questo campo ed i soli che potranno concretamente mitigare le sofferenze e le insofferenze dei cittadini verso il servizio pubblico.

Alcuni dati sulle liste d'attesa

Diversi Osservatori sulla Sanità concordano sulla stima che nel 2023 il 7,6% della popolazione abbia dovuto rinunciare alle cure mediche per problemi economici, per lunghi tempi d'attesa o difficoltà di accesso di altro genere, in aumento rispetto al 7,0% del 2022. Questo incremento corrisponde a circa 372.000 persone in più, portando il totale a circa 4,5 milioni di cittadini.

Questo incremento – sostiene ISTAT – sarebbe dovuto a liste d'attesa troppo lunghe.

Già nel 2019, prima della pandemia, si stimava che circa 1,5 milioni di italiani avevano dovuto rinunciare alle cure per questo motivo, ma nel 2023 il numero è quasi raddoppiato, arrivando a 2,7 milioni di cittadini.

Questa tendenza è attribuibile sia agli effetti diretti e indiretti della pandemia, come il recupero delle prestazioni rinviate per il COVID-19, sia alle difficoltà nell'organizzazione dell'assistenza sanitaria.

Secondo l'OCPI della Università Cattolica come per gli interventi programmati, anche le liste d'attesa per i test diagnostici erano in aumento già molti anni prima della pandemia.

Il numero di pazienti in attesa per i 15 test diagnostici più comuni è cresciuto da circa 600 mila nell'aprile 2012 a oltre 1 milione nel febbraio 2020. Dall'inizio della pandemia il numero di pazienti in attesa è cresciuto a un ritmo significativamente più rapido, superando il milione e mezzo a maggio 2022 (+45% dall'inizio della pandemia).

Il Decreto-Legge n. 73 - 7 giugno 2024

Prevede misure urgenti per la riduzione delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie ed è stato emanato poco prima delle elezioni europee. È comunque un disegno di legge, che sta facendo il suo iter parlamentare.

Prevede di destinare risorse aggiuntive alle contrattazioni integrative dei professionisti sanitari, introducendo un trattamento economico differenziato che tenga conto della specializzazione, della dirigenza, della tipologia di attività e della carenza di personale in alcune branche specialistiche.

Prevede di inserire il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'erogazione delle prestazioni sanitarie fra i LEA, e quindi come criterio per attribuire forme premiali da aggiungere alle risorse ordinarie previste per finanziare il FSN derivate dalla legislazione vigente.

Il Decreto Legge è articolato su tre linee di intervento:

1. Raccogliere informazioni per avere un quadro più coerente tra esperienze dei cittadini (visione soggettiva) e statistiche oggi disponibili (visione oggettiva, salvo flussi imprecisi);
2. Organizzare i servizi con un rafforzamento dei centri unici di prenotazione (CUP), un aumento degli orari di erogazione delle prestazioni e l'impiego delle prestazioni in intramoenia;
3. Incrementare il personale, stabilendo sia allentamenti degli attuali limiti di spesa che incentivi al personale in servizio.

Circa 1 - Viene prevista la realizzazione presso l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), di una Piattaforma Nazionale delle Liste di attesa.

La piattaforma dovrebbe garantire l'interoperabilità con le piattaforme delle singole Regioni e Province Autonome, come stabilito anche dall'obiettivo del PNRR "*Potenziamento del Portale della Trasparenza*", e dovrebbe consentire il monitoraggio delle agende e dei tempi di attesa, questo con l'aiuto di verifiche affidate alla stessa Agenas.

Viene istituito un nuovo Organismo di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria presso il Ministero della Salute che dovrebbe, nelle intenzioni del Governo, rafforzare i controlli effettuati da parte del Sistema Nazionale di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SIVeAS).

Avrà il compito di verificare l'erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie e il corretto funzionamento del sistema di gestione delle Liste di attesa.

Circa 2 – Si prevede un rafforzamento dei CUP, stabilendo che tutti gli erogatori sanitari, sia quelli pubblici che quelli privati "*accreditati*", debbano mettere a disposizione dei CUP regionali o infra-regionali e/o aziendali, gli slot delle loro visite specialistiche e diagnostiche per garantirne la fruizione da parte dei pazienti. Verrà attivato un sistema digitale che permetta prenotazioni, pagamenti e disdette delle prenotazioni in modalità da remoto.

Le aziende sanitarie non potranno più sospendere autonomamente le attività di prenotazione. Qualora i tempi previsti dalle classi di priorità per l'erogazione dei servizi non possano essere rispettati, si potrà usufruire dell'attività libero-professionale intramuraria, per altro già prevista dal DL 124 del 1998. Verrà mantenuto però un limite per le attività in intramoenia: i singoli medici non potranno superare il numero di quelle che erogano col Servizio Sanitario Nazionale.

Verrà potenziata l'offerta assistenziale per visite diagnostiche e specialistiche estendendo la fascia oraria di erogazione ed includendo anche i giorni di sabato e domenica. Un provvedimento per altro già previsto nel Piano Nazionale di governo delle Liste di attesa 2019-2021 e che ha dimostrato nei fatti non poche difficoltà di attuazione e scarso impatto.

Circa 3 - Per le risorse di personale, il Decreto prevede un incremento del limite di spesa per il personale sanitario del 10% su base annua (e di un ulteriore 5% per le Regioni che ne faranno richiesta).

Dal 1° gennaio 2025 sarà poi abrogato il tetto di spesa, che verrà sostituito da una nuova metodologia di definizione del fabbisogno di personale sanitario.

Si cerca così di stimolare l'offerta di prestazioni incentivando il personale con l'introduzione di un'imposta sostitutiva dell'Irpef sulle prestazioni aggiuntive del personale sanitario, pari al 15%; il costo della misura viene stimato in circa 250 milioni di euro.

Criticità e punti deboli

Per l'applicazione del Decreto, tenendo conto dei diversi contesti regionali, ci sono però criticità di rilievo da gestire oltre le disponibilità finanziarie e le risorse professionali carenti:

- Aspettative dei pazienti e non solo "*bisogni reali*" di salute;
- Appropriately prescrittiva;
- PDTA e loro implementazione;

- Difformità dei sistemi di classificazione dei pazienti nei SSR;
- Ritardi nell'evoluzione di sistemi di governance adeguati, con aziende ancora caratterizzate da modelli organizzativi a "silos" e approcci ancora solo prestazionali.
- Difformità delle piattaforme e dei relativi dati, problemi di flusso dei dati

Aspettative e bisogni

Le aspettative dei pazienti verso la medicina possono essere "infinite" ma fortunatamente non sono sempre "bisogni" reali. Il tema è molto delicato in quanto comporta considerazioni etiche e politiche e ripropone l'EBM, Evidence Base Medicine, come base della appropriatezza prescrittiva. Nel concetto di appropriatezza clinica è quindi insito il concetto di applicazione delle *buone pratiche* e di aderenza a *linee guida basate sulle evidenze*.

Dell'espressione "buone pratiche" non esiste una definizione univoca ed esaustiva[1], ma si può utilmente far riferimento a quella fornita da AGENAS[2], condivisa con il Ministero della Salute e con le Regioni e PP.AA.: *... sono buone pratiche per la sicurezza dei pazienti interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in "raccolta dati", "coinvolgimento del paziente", "cambiamenti specifici", "interventi integrati") che rispondono ai seguenti criteri:*

- *Attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;*
- *Basati su evidenze di letteratura;*
- *Realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee guida internazionali (SQUIRE), con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;*
- *Sostenibili nel tempo;*
- *Potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti..."*

Tav. 1: Tempo di attesa per diversi tipi di interventi ospedalieri nei principali Paesi OCSE (valori in giorni, 2022, mediana)

	Cataratta	Protesi anca	Protesi ginocchio	Isterectomia	Prostatectomia	Bypass coronarico	Angioplastica coronarica	Media operazioni	Δ 2013
Italia	17	33	30	33	34	7	11	24	-5
Ungheria	38	26	101	4	6	6	0	26	-10
Danimarca	37	77	104	23	36	10	15	43	11
Israele	77	56	85	25	36	5	/	47	/
Polonia	27	66	102	/	/	/	7	51	-187
Finlandia	52	79	84	56	56	9	21	51	-11
Svezia	53	81	133	36	49	9	/	60	/
Regno Unito	59	92	97	53	33	54	41	61	4
Portogallo	97	142	169	76	72	9	2	81	6
Spagna	79	132	142	66	86	39	35	83	-6
Canada	73	164	159	/	53	8	/	91	34
Nuova Zelanda	91	154	193	132	86	75	31	109	36
Norvegia	128	151	175	145	112	85	48	121	18
Australia	158	153	293	74	48	19	/	124	42
Estonia	187	117	106	/	/	/	/	137	-20
Cile	87	997	1.180	64	113	40	/	414	25
Media	79	158	197	61	59	27	21	95	-11

Fonte: elaborazioni OCPI su dati OCSE.

Appropriatezza prescrittiva

Confrontare i tempi d'attesa nei diversi Paesi è di scarsa utilità a causa delle diverse metodologie e definizioni utilizzate. Confrontando l'Italia con i 15 Paesi OCSE che rilevano questi dati, nel 2022 siamo quelli con i tempi più brevi: una mediana di 24 giorni (ridotta di 5 giorni rispetto al 2013).

Questo risultato, sorprendente, trova però una spiegazione nel dataset di riferimento che non include i tempi di attesa per prime visite specialistiche, esami diagnostici, visite di controllo e screening oncologici che risultano essere le voci più critiche. In particolare, queste quattro prestazioni rappresentano oltre il 60% del totale delle segnalazioni sulle criticità relative alle tempistiche delle Liste d'attesa.

Queste osservazioni confermano le difficoltà di mappatura del fenomeno e l'importanza di raccogliere informazioni più dettagliate, proprio uno degli obiettivi del DL 73/2024.

Decreto ministeriale, detto "Lorenzin", del 9 dicembre 2015 e nuovi LEA

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016, Il decreto elencava le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza di prestazioni di alcune specifiche branche specialistiche: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare. Le reazioni del mondo medico furono vivaci.

Pochi mesi dopo, il 15/07/2016 furono presentati i nuovi LEA e venne abrogato il "Decreto appropriatezza". Niente sanzioni per medici e maggiore libertà prescrittiva.

Fu di fatto un dietrofront sul "Decreto appropriatezza". La novità, prevista nei nuovi LEA, era il risultato di una concertazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO.

Venne presentato anche un "Manifesto sull'appropriatezza", realizzato dal Ministero della Salute e dalla FNOMCeO, diffuso poi in tutti gli studi medici, ospedali e sedi delle ASL per informare i cittadini sulla novità introdotte dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza ... Ad anni di distanza osserviamo però che c'è ancora strada da fare ... per una costante azione di recupero dell'"appropriatezza".

La variabilità d'implementazione dei PDTA

In base al Report su "Conoscere i percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) regionali approvati in Italia per affrontare il cambiamento della assistenza di prossimità: analisi quali-quantitativa del database PDTA Net" della Fondazione Ricerca e Salute (ReS), dal 2005 al 2021 sono stati approvati 729 PDTA regionali: 404 su patologie croniche a elevata prevalenza e 325 su malattie rare.

I PDTA delle malattie croniche, redatti maggiormente da Piemonte (45 PDTA), Campania (34) e Toscana (33), interessano soprattutto diabete (19), broncopneumopatia cronica ostruttiva (15), scompenso cardiaco (13), ictus, sclerosi multipla e neoplasie del colon-retto (12 ciascuna), neoplasie della mammella (11), demenza e insufficienza renale cronica (10 ciascuna).

Se si va a verificare i contenuti dei PDTA redatti si scoprono molte incongruenze, ovvero, esiste sempre una parte generale di riferimento a Linee Guida Internazionali e nazionali e, in alcuni casi anche regionali, ma mancano spesso dati di contesto quali l'analisi dei setting aziendali che il paziente dovrà attraversare nel suo percorso di cura e la loro capacità di offrire "garanzie" nel tempo organizzative, professionali, di qualità, sicurezza e prevenzione del rischio.

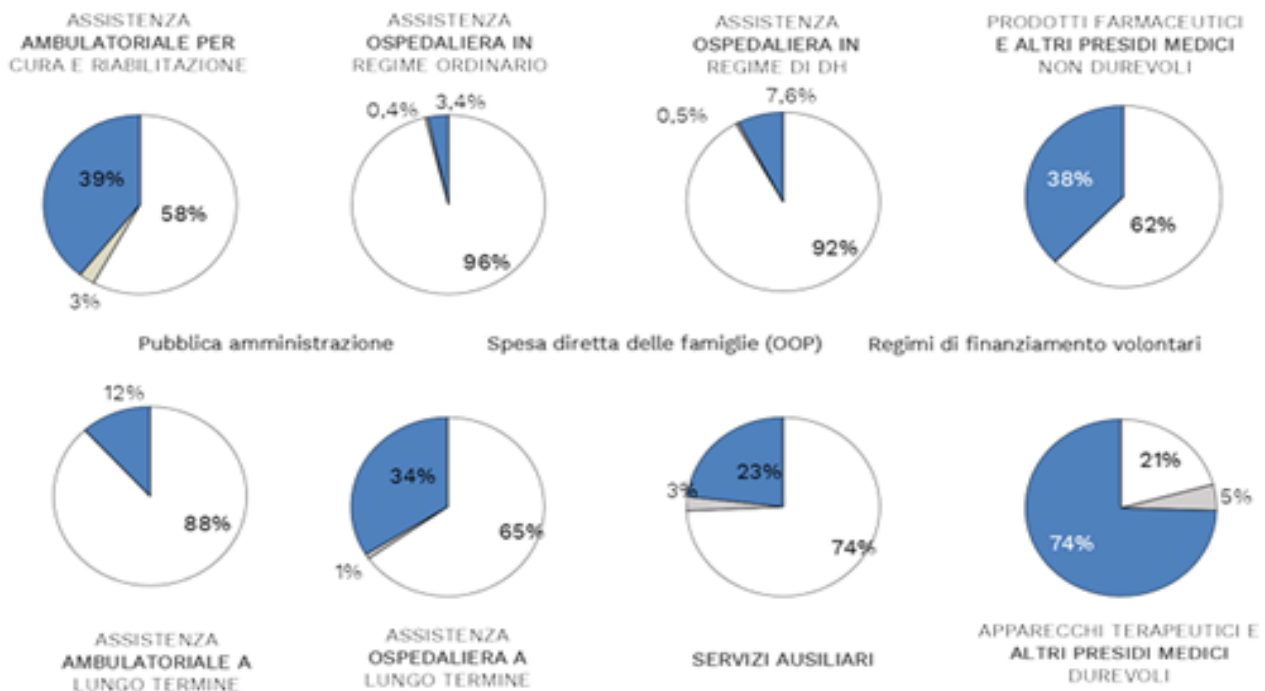
Questa parte dei PDTA è quella che li rende implementabili o meno e li caratterizza come strumenti di ottimizzazione organizzativa e assistenziale e li fa essere, come ribadito in letteratura scientifica, "strumenti di contesto" del singolo team assistenziale che li usa e manutiene nel tempo.

Inoltre si riscontra una sostanziale inapplicabilità legata al fatto che spesso questi strumenti non nascono dalle comunità di pratica che li devono applicare, ma vengono proposti dall'esterno in ottemperanza ad un obbligo esclusivamente formale

Le prestazioni sanitarie tra pubblico e privato

Secondo uno studio della Università "Bocconi" le percentuali di visite specialistiche e accertamenti diagnostici prescritti da un medico di famiglia o da uno specialista, che sono state prescritte ed effettuate nella sanità privata sono numerose.

Spesa per funzione e regime di finanziamento (servizi e beni)



Fonte: OCPS su ISTAT-SHA

In Italia, i consumi sanitari privati sono un fenomeno strutturale e crescono in misura proporzionale all'aumento del reddito: è questa una prima evidenza di uno studio dell'Osservatorio sui Consumi Privati in Sanità (OCPS) di SDA Bocconi School of Management.

La spesa privata pro capite più elevata si registra nelle Regioni a reddito più alto e in cui il sistema sanitario pubblico funziona meglio, come la Val d'Aosta e la Lombardia.

Per quel che riguarda la ripartizione della spesa tra "pubblico" e "privato", la quota di spesa sostenuta direttamente dai cittadini risulta elevata soprattutto per l'acquisto di apparecchi terapeutici (74 per cento del totale) e di prodotti farmaceutici (38 per cento), per l'assistenza ambulatoriale (39 per cento) e per l'assistenza ospedaliera di lungo termine (34 per cento).

Al contrario, l'assistenza ospedaliera in regime ordinario e quella in day hospital risultano prevalentemente a carico della sanità pubblica (rispettivamente 96 e 92 per cento).

Secondo uno studio CENSIS recente il rapporto tra "pubblico" e "privato" è quello che si evince dalla due tabelle a seguire.

Di fatto la sanità privata, sia essa "accreditata" o no, prevale in molte attività specialistiche e diagnostiche. Gli slot per visite specialistiche e prestazioni diagnostiche sono fuori totalmente dalle disponibilità dei CUP regionali o aziendali e quindi non prenotabili, pur dovendo per legge "integrare" l'offerta "pubblica".

Sempre per legge è previsto, da anni, che le strutture private "accreditate" che non mettano a disposizione dei CUP regionali e aziendali (ASL di riferimento) possono essere sanzionate con la perdita dello stato di soggetti "accreditati".

Non ci risulta che qualche SSR abbia mai applicato tali norme già esistenti da ben prima il Decreto-Legge n. 73 del 7 giugno 2024.

Tabella 9 - Graduatoria delle visite specialistiche svolte nella sanità privata per quota prescritta dai medici (val. %)	
	Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)
Visite specialistiche di cui	62,6
Visita oncologica	92,5
Visita chirurgia vascolare	88,3
Prima visita Cardiologica con ECG	82,4
Visita pneumologica	81,2
Visita urologica	80,7
Visita gastroenterologica	79,6
Visita neurologica	78,8
Visita fisiatrica	78,4
Visita cardiologica	76,0
Visita ortopedica	74,6
Visita pediatrica	61,1
Visita otorinolaringoiatrica	58,7
Visita dermatologica	56,7
Visita oculistica	49,9
Visita ginecologica	43,6

Fonte: indagine Censis 2019

Tabella 10 - Graduatoria degli accertamenti diagnostici svolti nella sanità privata per quota prescritta dai medici (val. %)	
	Visite svolte nella sanità privata prescritte da un medico (val. %)
Accertamenti diagnostici	83,6
Artroscopia	100,0
Scintigrafia ossea	95,4
TC (es. addome superiore, addome inferiore, addome completo, torace, cranio-encefalo)	94,2
Gastroscopia	92,5
Risonanza Magnetica (es. addome inferiore, superiore, collo, colonna, ecc.)	91,5
RX (es. femore, caviglia, ginocchio, spalla gomito, ecc.)	90,9
Colonscopia	84,2
Densitometria ossea	83,5
Test genetici e immunogenetici	82,1
Ecografia (es. addome superiore, inferiore, completo, ecc.)	82,0
Elettrocardiogramma (ECG)	79,4
Elettroencefalogramma (EEG)	77,4
PSA	76,6
Mammografia	61,8
Audiometria	59,3

Fonte: indagine Censis 2019

(Fonte: Rapporto CENSIS 2022)

Difformi sistemi di classificazione dei pazienti nei SSR

Come è noto la valutazione multidimensionale è parte fondamentale del processo di presa in carico globale del soggetto. In particolare, si tratta del momento valutativo che esplora in maniera sistematica le diverse dimensioni della persona nella sua globalità e multidimensionalità ed è anche il fulcro di qualsiasi nuova policy secondo l'approccio "One Health".

Nel nostro Paese le schede di valutazione multidimensionale sono gli strumenti utilizzati dagli operatori dei servizi sociosanitari per definire le caratteristiche della situazione di bisogno dell'utenza. La caratteristica peculiare di questi moduli è quella di consentire l'analisi di varie dimensioni relative alla condizione della persona esaminata, e di permettere una conoscenza articolata della stessa.

Dalla valutazione deriva il PAI, Piano Individuale Assistenziale e, in vigenza di PNRR, il Piano Individuale di Salute con conseguente eventuale reclutamento del paziente in un PAC e in un PDTA integrato.

L'esigenza di rendere omogenei gli strumenti di valutazione multidimensionale è da tempo una delle priorità per la gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari.

Necessità più evidente dopo l'emanazione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

La VMD avviene infatti sulla base di strumenti validi scientificamente che sono diversi da Regione a Regione, e che possono esserlo anche all'interno della Regione stessa.

Le Regioni hanno cercato di uniformare a livello regionale gli strumenti valutativi senza però risultati significativi.

In quasi tutti i principali Paesi OECD i sistemi di valutazione tendono ad essere unici e uniformi a livello nazionale. Perché in Italia non sembra possibile?

Questa difformità regionali, anche "aziendali" spesso, è causa di disomogeneità prescrittive e genera variabilità di approccio clinico - assistenziale e, di conseguenza, inefficienze nelle agende di erogazione delle prestazioni necessarie.

Sistemi di governance ancora basati su modelli a "silos" e solo prestazionali.

Un'altra criticità che concorre a generare le liste di attesa è quando i modelli organizzativi tradizionali che generano le attività assistenziali non vengono messi in discussione.

Permangono modelli di organizzazione a "silos" "verticali" e ancora poco diffuse sono le esperienze di integrazione dei servizi per "processi di cura" ...

Gli ospedali organizzati con piattaforme a "intensità di cura" sono pochi e non costituiscono una tendenza innovativa diffusa. In altri Paesi OECD siamo già oltre, con la sperimentazione di modelli di "ospedali senza letti" o "ospedali senza mura".

Piuttosto che continuare a discutere in merito ai rapporti tra cure ospedaliere e cure territoriali sarebbe il momento di focalizzare a quali modelli di ospedale vogliamo fare riferimento così come quali principi vogliamo adottare nel definire le comunità di persone e le cure che intendiamo rivolgere a loro.

Non è poi difficile perché esperienze ed evidenze se ne trovano numerose.

Basta decidere e farlo, tenendo sì conto delle autonomie decisionali delle diverse Regioni, ma prima di tutto delle pratiche riconosciute in letteratura come quelle migliori.

Se anche in mercati “*privati/privati*” come quello USA siamo alla sperimentazione diffusa di queste innovazioni ci saranno motivazioni cogenti ... sicuramente una logica “*profit*” esasperata, ma anche esigenze di ottimizzazione dei modelli operativi, di diffusione delle nuove tecnologie, dei cambiamenti organizzativi e gestionali basate su studi ripetuti delle casistiche cliniche.

La *Joint Commission Foundation* elabora da quasi cento anni i dati clinici, assistenziali e gestionali, verifica l’operatività in termini di efficacia e efficienza delle innovazioni cliniche, diagnostiche e tecnologiche e cambia, aggiornandoli, i suoi set di indicatori e di standard in base ai quali certifica i 18.000 ospedali USA annualmente. Noi importiamo spesso questi modelli, come strumenti di ottimizzazione per efficientare i nostri SSR e le nostre Aziende sanitarie o almeno dovrebbe essere così.

Recuperare sprechi e margini gestionali per sistemi basati su una molteplicità di erogatori privati si traduce in maggiori margini di profitto.

Per noi invece in maggiori opportunità di sostenibilità di “*universalismo*” ed “*equità*” ... o almeno così dovrebbe essere. Altro problema, valorizziamo le attività erogate in base a criteri essenzialmente “*prestazionali*” e non valutiamo il percorso di cura del paziente, la sua centralità e la sua soddisfazione.

Modelli più avanzati, basati su approccio “*value-based*” sono ancora a livello di poche e disperse sperimentazioni. Vediamo quindi che ci sono margini importanti di ottimizzazione e di recupero di attività verso i pazienti e di conseguente riduzione delle Liste di attesa, ma che l’approccio richiede interventi che vanno ben oltre quelli ipotizzati dal decreto legge in discussione.

Misurare le liste d’attesa

Un aspetto che stenta ad affermarsi è quello di un criterio di misurazione della domanda valido ed omogeneo. Oggi grazie all’applicazione sistematica (con qualche variabilità tra le regioni) della ricetta dematerializzata si può osservare in tempo reale la vera domanda ed organizzare la risposta.

Un’esperienza della Regione Toscana, che data al 2019, mostrò che solo il 70% degli accertamenti richiesti dai medici entravano nelle agende dei CUP Aziendali e non ci sono ragioni per pensare che così non avvenga in molti luoghi.

Se quindi gli Assessorati regionali quando misurano le attese lo fanno facendo riferimento ai soli pazienti registrati dai CUP il fenomeno rischia di essere sottostimato rispetto alla realtà.

Sfuggono, ad esempio, alla misurazione coloro a cui viene proposta una prima visita in tempi e luoghi che non accettano o quelli a cui viene comunicato che un’agenda è piena e momentaneamente bloccata.

In considerazione di ciò, in Toscana venne adottato un nuovo indicatore, poi riconosciuto anche a livello ministeriale: il *catchment index*, ovvero il rapporto fra il numero di persone con ricetta per una data prestazione che entrano in CUP e il numero totale di ricette formulate per quella prestazione nello stesso arco temporale.

In letteratura si definisce come fisiologica un 15% di perdita di casi. Riguardano in genere quei pazienti che dopo la richiesta del loro MMG decidono di andare direttamente da un professionista o da una struttura privata di sua fiducia

Quando però il *catchment Index* scende sotto il 60%, ed in alcune regioni accade, la situazione è davvero critica

In base al monitoraggio affidato ad Agenas, come prevede il Decreto Legge approvato in questi giorni, il Ministero della salute è convinto che misureremo meglio la situazione reale.

L’attuale fragilità dei flussi informativi provenienti dalle varie Regioni non si risolverà cambiando il punto d’arrivo delle informazioni. Se i meccanismi di raccolta non saranno solidi ed attendibili, come oggi non sono, il successo dell’operazione sarà improbabile.

Considerazioni ulteriori e conclusioni

Uno studio OCSE dimostra come in alcuni dei Paesi con una spesa sanitaria pro capite maggiore della media OCSE i tempi di attesa non costituiscano un problema rilevante, mentre in altri, nonostante livelli di spesa ingenti, si trovano in difficoltà così come i Paesi con una spesa inferiore alla media.

Anche in Paesi in cui vi è un numero di medici in rapporto alla popolazione maggiore della media OCSE, vedi l'Italia, i tempi di attesa restano una questione rilevante, così come avviene nei circa due terzi dei Paesi con una proporzione di medici inferiori alla media.

Meno evidente appare l'influenza sulle liste d'attesa in funzione della capacità produttiva delle strutture ospedaliere.

Questo per ribadire la complessità del problema liste di attesa, che non è riducibile al solo tema dell'adeguatezza delle risorse finanziarie e professionali.

Molti Paesi hanno tentato di affrontare il problema delle liste d'attesa adottando diverse politiche con risultati contrastanti. I tentativi sul fronte dell'offerta per aumentare la produttività degli erogatori sono stati sostanzialmente:

1. Utilizzare finanziamenti mirati per ridurre i tempi di attesa;
2. Usare incentivi monetari per il personale sanitario per remunerare le ore aggiuntive di lavoro;
3. Introdurre schemi di finanziamento delle strutture "pay-for-performance" (p4p) basati sul numero effettivo di pazienti trattati.

La prima misura è stata la più utilizzata nei Paesi OCSE ma non ha mai portato ai risultati sperati. Questi programmi hanno rappresentato spesso erogazioni temporanee di fondi che miglioravano la situazione solo nel breve termine. Inoltre, la dimensione di questi finanziamenti è generalmente contenuta e dunque insufficiente per aumentare significativamente la produttività nel medio-lungo termine.

La seconda e la terza misura forniscono un effettivo incentivo ad aumentare il numero degli interventi, tuttavia gli studi empirici hanno dimostrato come si riesca ad ottenere una riduzione delle liste d'attesa solo se gli stimoli alla produttività sono accompagnati da misure come l'aumento della capacità produttiva in termini strutturali e di personale.

Dal lato della domanda si sono proposte diverse soluzioni, prima fra tutte le raccomandazioni all'appropriatezza prescrittiva e l'uso di sistemi di prioritizzazione, che però dipendono quasi esclusivamente dall'autonoma scelta dei singoli medici: si deve fornire una valutazione dell'urgenza del paziente ma non siamo certi che ciò sempre avvenga secondo linee guida e prassi condivise

A questi sistemi è stata spesso combinata una "garanzia di tempo di attesa massimo", soluzione che viene giustificata dall'idea che ciò possa indurre un miglioramento dell'efficienza produttiva del sistema sanitario. Il rischio è che si crei un paradosso nel momento in cui pazienti con priorità più bassa devono essere fatti avanzare rispetto a quelli con priorità più alta solo per rispettare i tempi stabiliti.

Altre politiche di contenimento si sono concentrate poi sull'affiancare ad una "garanzia di tempo massimo di attesa" sistemi basati sul raggiungimento di obiettivi da parte dei soggetti erogatori, con politiche sanzionatorie in caso di mancato raggiungimento.

È giusto però ricordare un caso di successo, un'esperienza originale perché incentrata sull'equilibrio tra domanda ed offerta, non considerate separatamente e descritta nel libro di Carlo Tomassini per Il Pensiero Scientifico "Liste d'attesa in sanità – la soluzione del Open Access".

Il metodo, chiamato *Open Access*, è stato implementato a Pisa e provincia (250.000 abitanti) ed è in grado di garantire la prestazione entro i tre giorni successivi a quello della richiesta da parte del medico di medicina generale: un modello concreto anche per l'applicazione del nuovo PNGLA 2019-2021.

Tomassini, per dieci anni Direttore Generale della AOU di Pisa, e successivamente dell'assessorato Salute della regione Toscana, descrive analiticamente la costruzione del sistema di gestione dell'offerta e della domanda delle prestazioni. I concetti organizzativi sono semplici ma, se applicati con metodo e cura, permettono di ottenere risultati comunemente considerati irrealizzabili.

La domanda di prestazioni espressa da un territorio è unica mentre l'offerta di prestazioni è spesso molteplice, frammentaria e non coordinata.

È pertanto necessario, senza modificare l'autonomia organizzativa e strutturale del sistema, far sì che i vari erogatori producano un'unica offerta per quest'unica domanda.

La conoscenza della domanda è alla base della programmazione dell'offerta, ed è legata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta presenti sul territorio la domanda di prestazioni deve arrivare a un Centro Unico di Prenotazione (CUP). I modelli tradizionali di pianificazione o, più propriamente, di messa in lista, che si definisce *scheduling*, tendono a proteggere la capacità del giorno corrente, spingendo una gran parte della domanda di oggi nel futuro.

Nel modello "*Open Access*" invece si protegge la capacità del futuro cercando di spingere la domanda del giorno nel giorno.

Vi sono due flussi di pazienti: quelli per cui il medico curante richiede una visita specialistica o un accertamento e quelli per cui è necessario un successivo approfondimento.

I due flussi hanno esigenze diverse, specie nella dimensione del tempo di erogazione della prestazione; pertanto bisogna costruire percorsi differenziati che non permettano mai di provocare sovrapposizioni.

Il primo accesso deve essere visto il più presto possibile; è in gioco la potenziale sicurezza per lo stato di salute del paziente e il sistema *Open Access*, messo a punto nella realtà pisana, consente di attuarlo nel giro di tre giorni.

Per l'altro flusso non esistono "*liste di attesa*", ma solo "*liste di prenotazione*", vale a dire un appuntamento per un controllo/follow up che il paziente riceve non andando nuovamente al CUP, semmai dopo dover avere un passaggio dal curante, ma al termine della visita specialistica, con una diretta "*presa in carico*", realizzata dallo stesso medico che propone l'ulteriore approfondimento o controllo.

A volte, purtroppo, la retorica del legislatore rischia la farsa. Infatti nella Legge approvata pochi giorni fa si prevedono assunzioni sia al Ministero che nei territori per gestire quanto normato, come segue:

1. Assunzioni al ministero della sanità: un Direttore Generale, 3 Direttori e 20 impiegati per verificare che le Regioni facciano quanto previsto nella Legge approvata. È scritto che saranno assunzioni in deroga al blocco ed effettuate con fondi del Ministero (4 milioni), cioè dal FSN;
2. È consentito un superamento del tetto pari al 15%, ma del 15% dell'incremento previsto dal Decreto Calabria, che era del 5%. Di conseguenza il superamento del tetto è pari allo 0,75%...
3. Chi lavorerà per la riduzione delle liste di attesa pagherà solo il 15% di tasse. Questo comporterà un minor gettito di 580 milioni, che sarà ripianato attraverso una "*diminuzione di pari importo*" del FSN.

In conclusione, è superfluo dire che ci sarà ancora molto da lavorare, tutti ne sono consapevoli. anche a livello di ricerca sul campo, e sicuramente ci sono concause complesse quali, ed oltre, quelle evidenziate in questo articolo. Però ci sono anche esperienze che hanno dimostrato che il problema può essere anche gestibile.

La raccomandazione finale è però quella d'intervenire sempre non in una logica "*short time*", ma di cambiamenti organizzativi e gestionali duraturi e persistenti.

Non si tratta solo di questioni tecniche, ma anche sociali e politiche, perché hanno a che vedere con il percepire di vivere o meno in uno Stato con servizi all'altezza del compito, di essere cittadini e contribuenti di una società civile, dignitosa e solidale.

Referenze

[1] Labella B, Caracci G., Tozzi Q. e De Blasi R: *L'Osservatorio Buone Pratiche di AGENAS*. In Monitor (Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Anno XI numero 31 2012 pag 21-34

[2] Tozzi Q., Caracci G., Labella B.: *Buone pratiche per la sicurezza in sanità*. Il Pensiero Scientifico Editore (febbraio 2011) pag. 41.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123733

Le comunità come rimedio alla solitudine

Silvia Scelsi, *Presidente Nazionale ASQUAS, Presidente ANIARTI, Responsabile Professioni Sanitarie Istituto "Gaslini", Genova,*

Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma*

Laura Franceschetti, *Professoressa, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma,*

Andrea Vannucci, *Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.*

La "comunità", in quanto tale, quando esiste realmente ed è proattiva: sede delle relazioni di cura, genera energie e opportunità a supporto del singolo, include e supporta, garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa, previene le fragilità e sostiene le cronicità, combatte le solitudini proxy di fragilità, cronicità e patologie legate al disadattamento sociale in particolare nei giovani



07 MAR -

L'uomo è un animale sociale

Nel corso della sua evoluzione, l'uomo ha sviluppato un comportamento collettivo basato su relazioni interpersonali complesse e articolate. Ha sviluppato una straordinaria capacità di interagire con il proprio ambiente, utilizzando risorse cognitive ed emozionali al servizio di una mente sociale che gli conferisce la capacità di capire e interagire con i suoi simili dotati di una mente e una intenzionalità simile alla sua. Il fine è quello di consentire una migliore sopravvivenza e l'evoluzione stessa.

L'essere umano è estremamente sensibile alle influenze provenienti dall'ambiente socio culturale che modificano costantemente i suoi circuiti nervosi, l'organizzazione plastica del suo cervello e conseguentemente le sue funzioni mentali. In particolare sono proprio le relazioni sociali che influiscono su sentimenti ed emozioni e questi inevitabilmente influiscono sul corpo.

È ormai ampiamente condiviso il fatto che il benessere o malessere fisico condizionano la sfera emotiva, e viceversa lo stato psichico ha ripercussioni sullo stato fisico. I fattori psico-sociali sono strettamente correlati allo stato di salute o di malattia fino alla morbilità cronica o addirittura alla mortalità. Le relazioni possono essere fonte di appagamento, senso di stabilità e sicurezza, se, al contrario, sono disfunzionali l'individuo si sente insicuro, ne può derivare ansia con perdita della capacità di adattamento sociale, lavorativo e fisico fino alla comparsa di una malattia fisica o mentale che può diventare anche cronica. Quindi emozioni e stress hanno un effetto grandissimo sul nostro stato fisico.

Già Aristotele nel IV secolo a.C. affermava la tendenza dell'essere umano alla socialità. Siamo per natura portati a stare in contatto con gli altri, che hanno un ruolo essenziale nella definizione della nostra identità. I due anni trascorsi con le restrizioni da Covid-19, in particolare il terribile tempo del lockdown, ci hanno fatto capire quanto poter stare insieme agli altri sia una cosa preziosa e un aspetto irrinunciabile della vita. A lungo abbiamo creduto che il nostro cervello fosse prevalentemente razionale, logico e "individuale" ma in tempi più recenti le neuroscienze e la psicologia hanno messo in evidenza quanto l'essere umano sia un animale sociale e come il nostro comportamento e la nostra identità siano strettamente costruiti sul rapporto con gli altri.

La ricerca è arrivata alla conclusione che buona parte dello sviluppo cerebrale che ci ha trasformati da primati sia avvenuto seguendo il filo del gioco sociale. Il nostro cervello è cresciuto in base alle necessità di comprendere, interpretare e prevedere come si sarebbero comportati i nostri simili.

Uno degli aspetti più importanti della socialità è stato ed è quello di farci sentire parte di un gruppo, definito come “un insieme di persone che interagiscono tra loro con una certa regolarità”. Le interazioni tra i componenti del gruppo si fondano su una serie di aspettative in merito al comportamento dei singoli membri. Aspettative che invece non riguardano chi non appartiene al gruppo in questione.

«L'individuo è l'essere sociale»

L'animale non umano, per K. Marx, «è immediatamente una cosa sola con la sua attività vitale. Non si distingue da essa. È quella stessa attività vitale».

Per l'animale umano, al contrario, questa identificazione fra essenza e individuo non vale, perché «l'uomo fa della sua attività vitale l'oggetto stesso della sua volontà e della sua coscienza. Ha un'attività vitale cosciente. Non c'è una sfera determinata in cui l'uomo immediatamente si confonda. L'attività vitale cosciente dell'uomo distingue l'uomo immediatamente dall'attività vitale dell'animale. Proprio soltanto per questo egli è un essere appartenente ad una specie» (Gattungswesen)».

L'essenza umana si trova oltre il singolo individuo umano, nell'insieme delle relazioni sociali umane. Non soltanto l'uomo è un animale sociale, varie altre specie sono fortemente più sociali; il punto è che l'umano diventa umano soltanto al di fuori di sé, nelle relazioni sociali con gli altri umani. «L'individuo [umano] è l'essere sociale».

Queste considerazioni sono di grande attualità in quest'epoca nella quale l'uomo, per la prima volta nella sua storia, si trova ad interagire con sistemi artificiali d'intelligenza da lui stesso generati ma che stanno dimostrando gradi d'indipendenza di cui nessuno ancora conosce con certezza i limiti.

L'isolamento sociale

Il ritiro sociale o l'impossibilità di passare del tempo con le altre persone sono causa di parecchi disturbi psichici, a dimostrazione del fatto che l'inter-relazione è una peculiarità dell'essere umano. Molte sono le evidenze scientifiche su come l'isolamento sociale abbia un'influenza negativa per l'invecchiamento in salute. Le attività di socializzazione si pongono infatti come protettive rispetto allo sviluppo di [patologie neurodegenerative](#), in quanto permettono da una parte di ricevere maggiori stimoli a livello cognitivo, dall'altra di mantenere un migliore tono dell'umore. La socialità, unitamente all'attività fisica e mentale adeguata, è quindi un fattore decisivo per l'invecchiamento attivo.

Non ci sono solo gli anziani. In Italia abbiamo il 39% di NEET, ovvero, di giovani che non lavorano e non studiano, sono un potenziale di disgregazione sociale, di aggressività e di paure che coinvolgono i ragazzi, le famiglie e le comunità in cui vivono. Sono l'altra area sociale di “solitudini” insieme agli anziani. Questa area di disagi e difficoltà è un cratere che può risucchiare, a fronte della crisi delle famiglie, delle scuole e di altre istituzioni, generazioni intere con conseguenze gravissime per l'assetto solidale e sociale del nostro Paese.

La comunità

Il termine 'comunità', derivato dal latino “*communis*”, appartiene al linguaggio corrente ma anche al linguaggio di molte discipline con significati tecnici di non facile definizione.

Nella sociologia contemporanea comunità è in genere sinonimo di comunità locale. La più autorevole proposta di questo dopoguerra di una teoria sistematica, “*The social system*” di Talcott Parsons, comprende il concetto di comunità solo per indicare quel tipo di collettività “*i cui membri condividono un'area territoriale come base di operazioni per le attività giornaliere*” (Parsons, 1951; tr. it., p. 97).

La “comunità” come habitat delle relazioni sociali e di cura

I previsti Ospedali e Case di “comunità” hanno bisogno di comunità “*organizzate, proattive, partecipi, inclusive*” e di reti di servizi sanitari, sociosanitari e sociali che si integrano su obiettivi di salute condivisi. Il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini sta mettendo radici in una serie di organizzazioni sanitarie come mostrano numerose esperienze a livello internazionale, nazionale e regionale.

Le competenze locali stanno crescendo, così come la comprensione degli elementi chiave che facilitano la creazione di organizzazioni capaci di coinvolgimento a livello delle singole comunità.

La “comunità”, in quanto tale, quando esiste realmente ed è proattiva: sede delle relazioni di cura, genera energie e opportunità a supporto del singolo, include e supporta, garantisce la sostenibilità dei servizi e li implementa, previene le fragilità e sostiene le cronicità, combatte le solitudini proxy di fragilità, cronicità e patologie legate al disadattamento sociale in particolare nei giovani.

La “comunità” come “ecosistema”

Nel settore sanitario una prospettiva ecosistemica prevede il coinvolgimento dei pazienti e dei cittadini e ci ricorda che l'assistenza sanitaria, nella sua essenza, riguarda le relazioni tra le persone.

Questa prospettiva evidenzia anche l'idea che queste relazioni interagiscono con, e sono influenzate da, il loro ambiente (ad esempio, comunità, ambienti economici e politici, organizzazioni e sistemi sanitari).

A livello individuale, tutti i partecipanti devono scoprire e sviluppare le proprie competenze, abilità e risorse, per potersi impegnare in relazioni produttive con persone che hanno interessi, conoscenze e prospettive diverse.

Frome UK, un'esperienza di comunità attiva e di medicina di comunità in UK

Frome è una cittadina come tante altre nel Country side – la campagna inglese – della regione del Somerset. Spazi verdi, tipiche casette a schiera di epoca edoardiana o vittoriana perfettamente preservate nei secoli. A Frome c'è lo studio di Helen Kingston, una *general practitioner*, l'equivalente inglese del nostro MMG.

Da qualche tempo Helen aveva notato che alcuni dei suoi pazienti si lamentavano di essere trattati con freddezza, come se fossero un insieme di sintomi, piuttosto che esseri umani con problemi.

Alcuni di loro entravano ed uscivano dall'ospedale, in qualche caso le loro condizioni si aggravavano.

Con il sostegno delle autorità locali e dell'NHS, la Dr.ssa Kingston reclutò due categorie di volontari: gli “*health connectors*”, che aiutano i pazienti nella pianificazione ed attuazione delle cure e alcuni “*community connectors*”. Questi ultimi iniziarono ad offrire un diverso tipo di supporto, prevalentemente economico e sociale. Non solo operavano come intermediari per la risoluzione di problemi finanziari od abitativi di pazienti e famiglie ma incoraggiavano anche ad entrare a far parte di circoli sportivi, letterari, cori o gruppi musicali. Favorendo, in buona sostanza, la loro piena reintegrazione nel tessuto sociale di Frome.

Il Progetto diventò oggetto di studio per tre anni. Al termine del periodo, l'efficacia di questo programma di supporto contro l'isolamento sociale ha rivelato risultati straordinari sotto il profilo della prevenzione: mentre nel triennio 2013-2016 gli accessi nei Pronto Soccorso (A&E) di tutta la regione del Somerset registravano un aumento del 26%, in quello di Frome erano diminuiti del 17%.

Peter Wilson sul “*The New York Times*” dedicò un articolo alla storia di Frome: “*Combattere l'isolamento in tempo di crisi. Frome, una città in Inghilterra, ha adottato un approccio innovativo alla salute mentale nella lotta contro la solitudine*”.

E fu grazie anche al lavoro della Dr.ssa Kingston e del suo team che l'allora Primo Ministro Theresa May, nel 2018 nominò un membro del Parlamento, Tracey Crouch, come primo “Ministro per la solitudine”.

Da allora altre città in tutta la Gran Bretagna e altre più lontane, dalla Svezia alla Colombia, stanno studiando l'esperienza di Frome e sperano di emulare il suo successo nel ridurre, tra l'altro, i ricoveri ospedalieri d'urgenza, un risultato molto interessante in un periodo di costi sanitari in aumento.

L'esperienza di Frome si basa su un modello che mira a migliorare il benessere emotivo dei pazienti lavorando sulle relazioni nella comunità, avvalendosi di associazioni del volontariato che aiutano le persone ad affrontare la solitudine e l'isolamento sociale, condizioni che non sono considerate problemi medici ma ne possono essere le cause.

Una delle cose più interessanti dell'esperienza di Frome, questa città di poco meno di 30.000 abitanti, è stato ideare il ruolo dei “*connettori di comunità*”, di cui solo 8 ricevevano un compenso, che a loro volta hanno formato ulteriori 1140 “*connettori di comunità*” volontari: proprietari di bar, tassisti e altri residenti comuni che hanno imparato come consigliare i loro amici e vicini sui gruppi e servizi della comunità che spesso sono sottoutilizzati per il semplice motivo che le persone non sanno che esistono.

I valori del Frome Medical Practice

I 4 “valori” dichiarati dal gruppo di operatori promotori del progetto sono gentilezza, collaborazione, apprendimento, sostenibilità.

- *Gentilezza, nel senso che vogliono essere un'organizzazione "gentile", un luogo in cui ci prendersi cura gli uni degli altri e del mondo che ci circonda in modo responsabile e sostenibile.*
- *Collaborazione, che significa lavorare per costruire una cultura per il personale e i pazienti che crei un forte senso di appartenenza. Un luogo in cui tutti si sentano orgogliosi di lavorare o orgogliosi di farne parte. Continuano a sviluppare partnership e a cercarne di nuove.*
- *Apprendimento, attraverso un'attività permanente nella cultura della Frome Medical Practice in modo aperto e interattivo. Ci sono sempre tirocinanti in qualsiasi momento, e quindi sono abituati a imparare gli uni dagli Responsabilità, da far crescere nella comunità con tante iniziative come la giornata mondiale della gentilezza, la campagna #hellomynamej, il partenariato locali, i programmi Couch to 5k per i pazienti cronici, la messa a disposizione di programmi assistenziali.*
- *Sostenibilità, attraverso progetti di cambiamento e miglioramenti che aiutano a ridurre la impronta di carbonio.*

La Frome Medical Practice ha ottenuto lo status di *Active Practice Charter*, ovvero ha dimostrato un impegno nel promuovere attivamente la salute fisica per tutti nello studio, pazienti e personale, anticipando l'approccio “One Health”.

La relazione tra professionisti sanitari, operatori sociali, pazienti e cittadini

Anche nel nostro Paese le sinergie tra una buona relazione di cura con i pazienti e buone relazioni tra professionisti sanitari, socio sanitari e sociali sono fondamentali per garantire una gestione efficace dei pazienti e una migliore qualità dell'assistenza sanitaria complessiva in una ottica di “One Health”.

Le condizioni e gli strumenti sono almeno cinque:

1. Comunicazione e condivisione delle informazioni
2. Relazione di cura solida tra il paziente e il suo team di assistenza sanitaria e sociale
3. Coinvolgimento del paziente nel team dei professionisti sanitari
4. Rispetto reciproco e supporto
5. Inclusione sociale e socialità.

Una buona relazione di cura con i pazienti e buone relazioni tra i professionisti sanitari e sociali si alimentano reciprocamente, creando un ambiente favorevole per una cura centrata sul paziente, collaborativa e di alta qualità, basata sul suo empowerment e sulla sua proattività.

Esperienze in Italia

A Roma un progetto denominato “Anziani in centro”, promosso da Comunità di “S. Egidio”, Caritas Diocesana, Servizi sociali del Municipio Roma 1 (centro storico), Servizi sociosanitari del Distretto 1 della ASL Roma 1, e associazioni di cittadini, cooperative sociali e terzo settore sta’ tenendo sotto osservazione attiva alcune migliaia di over ’75 soli, abitanti nei Rioni del Centro Storico.

I risultati sono simili a quelli di Frome in UK in quanto a riduzione di ricoveri ospedalieri, di diagnostica impropria e di consumo dei farmaci.

In Toscana abbiamo esperienze di Case della Salute, poi diventate Case di Comunità con un forte contributo delle comunità locali e delle loro forme associative e istituzionali. Anche le Società della Salute, dove sono riuscite a decollare, danno un contributo di integrazione sociosanitaria e sociale e agganciano i soggetti delle filiere assistenziali presenti nei territori di riferimento a Piani di Salute, Piani di Zone Piani Territoriali condivisi.

In Emilia a Piacenza e Parma si sono sviluppate esperienze di comunità proattive, di medicina del territorio, proattiva e di comunità con il coinvolgimento di MMG, PLS e operatori sociali. Lo stesso in Romagna.

In Veneto a Padova sono in corso delle esperienze di medicina di comunità e proattiva.

Esperienze sono in divenire anche in Sardegna, in Campania, nel Lazio e in Puglia.

Ogni realtà ha le sue specificità e caratteristiche che sono una ricchezza del tessuto sociale di nostri territori.

Esperienze nel mondo

Diverse iniziative nel mondo dimostrano l'efficacia del coinvolgimento della comunità nella progettazione dei servizi sanitari. Alcuni esempi significativi includono:

- Progetti di Sanità Partecipativa in Africa, in Paesi come il Kenya e l'Uganda, la sanità partecipativa ha portato alla creazione di cliniche mobili e programmi di prevenzione per malattie infettive, grazie al coinvolgimento diretto delle comunità locali.
- -*Community Health Workers* negli Stati Uniti. In molte città americane, operatori sanitari di comunità sono stati formati per fornire assistenza e orientamento ai cittadini, migliorando l'accesso alle cure per le fasce più vulnerabili.
- Bilanci Partecipativi per la Salute in Europa. Alcune città europee, come Barcellona e Parigi, hanno implementato bilanci partecipativi in cui i cittadini possono decidere come allocare parte del budget sanitario locale.

Avviare un confronto a livello UE e in Italia

In Spagna e in Portogallo sono in corso esperienze simili alle nostre di uscita da modelli organizzativi a "silos" e di medicina d'attesa verso modelli di medicina proattiva e di comunità. Anche in Francia nelle singole Regioni si stanno avviando sperimentazioni. Serve un confronto di esperienze, uno scambio di modelli operativi e una valutazione condivisa delle evidenze e dei risultati sanitari, sociali, economici.

Il coinvolgimento delle comunità nella progettazione dei servizi sanitari è una strategia fondamentale per garantire un sistema sanitario più equo, efficace e sostenibile. Sebbene vi siano ostacoli da superare, i benefici in termini di accessibilità, fiducia e qualità delle cure giustificano l'adozione di approcci partecipativi. Le istituzioni sanitarie devono investire in strumenti e strategie che favoriscano il dialogo con le comunità, promuovendo un modello di sanità centrato sulle persone. Solo attraverso una collaborazione attiva tra cittadini e professionisti della salute sarà possibile costruire servizi sanitari realmente rispondenti alle esigenze della popolazione.

Un movimento di operatori sanitari, socio sanitari, sociali, comunità, terzo settore, volontariato può essere un contributo decisivo per mettere a terra sul serio gli obiettivi del PNRR, Modulo 6 e dare forza alle istituzioni dei territori per una loro operatività reale. Stiamo parlando di universalismo, equità appropriatezza, efficacia, efficienza e solidarietà inclusione, socialità, non è poco.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=128223

quotidiano**sanità**.it

Società liquida e sanità liquida

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma, Docente LUISS Business School Roma.

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

La "salute liquida" per svilupparsi non ha bisogno di un SSN o SSR che sono in grado di gestire e governare questi cambiamenti. Ha solo bisogno di politiche di "galleggiamento" tipiche di una politica con orizzonte "short time", quale quella attuale. La dinamica del mercato farà il resto.

14 GIU -

Primo Buscemi in un'interessante su "Salute Internazionale" di [1], scrive che "... per i sostenitori della digital health, siamo sull'orlo di una rivoluzione digitale della sanità. La diffusione delle nuove tecnologie digitali e in particolare della mobile health (mHealth), ovvero delle pratiche mediche e di sanità pubblica supportate da dispositivi mobili quali smartphone e dispositivi di monitoraggio wearable (indossabili), che si avvalgono dell'utilizzo dei big data analizzati con metodi come il machine-learning, ridefinirà il modo in cui gestiamo la nostra salute e pratichiamo l'assistenza sanitaria, cambiando anche la nostra idea di salute" ...

"Salute liquida"

Buscemi ricorda come Giovanni Rubeis [2] (Division of Biomedical and Public Health Ethics, Krems, Austria) abbia pubblicato nel 2023 un articolo su "Social Science and Medicine" intitolato "Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism" ben analizzando l'impatto che le tecnologie dei big data, così come le pratiche sociali e il quadro economico ad esse collegato, possono esercitare sul concetto di salute.

Zygmunt Bauman [3] sostiene come "la modernità liquida sia caratterizzata dall'emancipazione dalle solide restrizioni spaziali e temporali, dalla dissoluzione di norme, istituzioni, relazioni sociali e comunità, e individua come forza trainante di tale trasformazione l'attuazione di politiche neoliberiste"

La "liquefazione" è quindi un processo di privatizzazione e di individualizzazione che allontana l'individuo dai legami sociali e istituzionali.

Si realizza "un processo di desolidarizzazione che instaura un tipo di individualismo consumistico basato sulla scelta e sulla responsabilità individuale". Bauman, nella sua analisi della modernità liquida, si concentra su cinque aree (emancipazione, individualità, tempo/spazio, lavoro e comunità).

Rubeis ritiene che, considerate le trasformazioni prodotte dalle tecnologie digitali in sanità, anche la salute dovrebbe essere considerata una delle aree interessate dal processo di "liquefazione".

Se per Bauman la forza che ha trasformato la nostra società in una società liquida era il neoliberismo, per Rubeis, invece, la forza trainante del processo di "liquefazione" che interessa in modo specifico la salute è il "capitalismo della sorveglianza".

Il capitalismo della "sorveglianza"

Shoshana Zuboff [4], colei che ha coniato questo termine, definisce il capitalismo della sorveglianza come "un nuovo ordine economico che sfrutta l'esperienza umana come materia prima per pratiche commerciali segrete di estrazione, previsione e vendita". Le grandi compagnie informatiche (Google, Amazon, Meta, Apple, Microsoft) possono tracciare le nostre attività quotidiane e influenzare i nostri comportamenti.

Un esempio è stata l'acquisizione da parte di Google dei dati sanitari di milioni di pazienti statunitensi, rivelata da un'inchiesta del Wall Street Journal nel 2019.

Nell'era del capitalismo della sorveglianza anche la salute, quindi, diviene "liquida".

Rubeis identifica quindi diversi aspetti della salute interessati da questo processo di "liquefazione" che riguardano i concetti di salute e malattia e il cambiamento dei ruoli e delle relazioni che ruotano attorno alla salute e all'assistenza sanitaria.

Ma è soprattutto nel contesto della "mobile health", con l'aumento dell'utilizzo dei dati a scopo predittivo, il rischio è quello che il confine tra salute e malattia diventi "liquido".

La possibilità di una raccolta di dati costante e ubiquitaria, rendendo la salute oggetto di costante attenzione, dissolve i confini tra salute e malattia.

La salute diventa qualcosa di cui essere sempre consapevoli, sempre presente, uno stato fragile costantemente in pericolo, perennemente a rischio.

Il rischio che si corre, quindi, è quello di sostituire l'empowerment del paziente, che dovrebbe essere l'obiettivo delle tecnologie di mHealth, con una nuova forma di "paternalismo benevolo".

Potenziamento dei pazienti e mercato

Il modo in cui queste tecnologie sono progettate plasma le conoscenze che le persone possono acquisire sulla propria salute, che di conseguenza potrebbero risultare influenzate dalla volontà delle aziende di vendere prodotti, più che dal desiderio delle imprese di ottenere un beneficio per loro

Anche il ruolo del medico nel guidare e consigliare cambierà, ma non è detto che sarà una diminuzione perché il ruolo di guida rimarrà importante. I medici conserveranno, probabilmente aumenteranno, le conoscenze che servono per decidere quale rilevanza clinica avranno i dati raccolti e quelle per raccomandare ai pazienti quali prodotti sanitari digitali dovranno scegliere per la gestione delle loro condizioni di malattia o di salute. Una conoscenza indispensabile per i futuri medici perché, con una miriade di strumenti disponibili, i pazienti potrebbero diventare vittime di un mercato che li spinge ad un consumismo sanitario che avvantaggia i produttori, ma non gli utilizzatori.

Conclude Buscemi che *"la promozione della mobile health è certamente auspicabile e potrebbe condurre a migliorare la salute della popolazione, a condizione che l'utilizzo di queste nuove tecnologie sia guidato e regolamentato da un ente che abbia come fine ultimo la tutela della salute individuale e collettiva (In ITALIA il SSN). In alternativa, la diffusione di queste nuove tecnologie e pratiche rischierebbe di condurre a un processo di medicalizzazione guidato da interessi commerciali"*.

Modernità liquida e progresso tecnico

Ripartiamo da Zygmunt Bauman, che ha coniato questa definizione, e che esprime la dinamicità e l'incertezza che caratterizzano la contemporaneità. Siamo passati da una modernità solida, scandita da tempi ben definiti e da regole, costruita su basi concrete, a una post-modernità liquida, fluida e dinamica, incerta, puntuale.

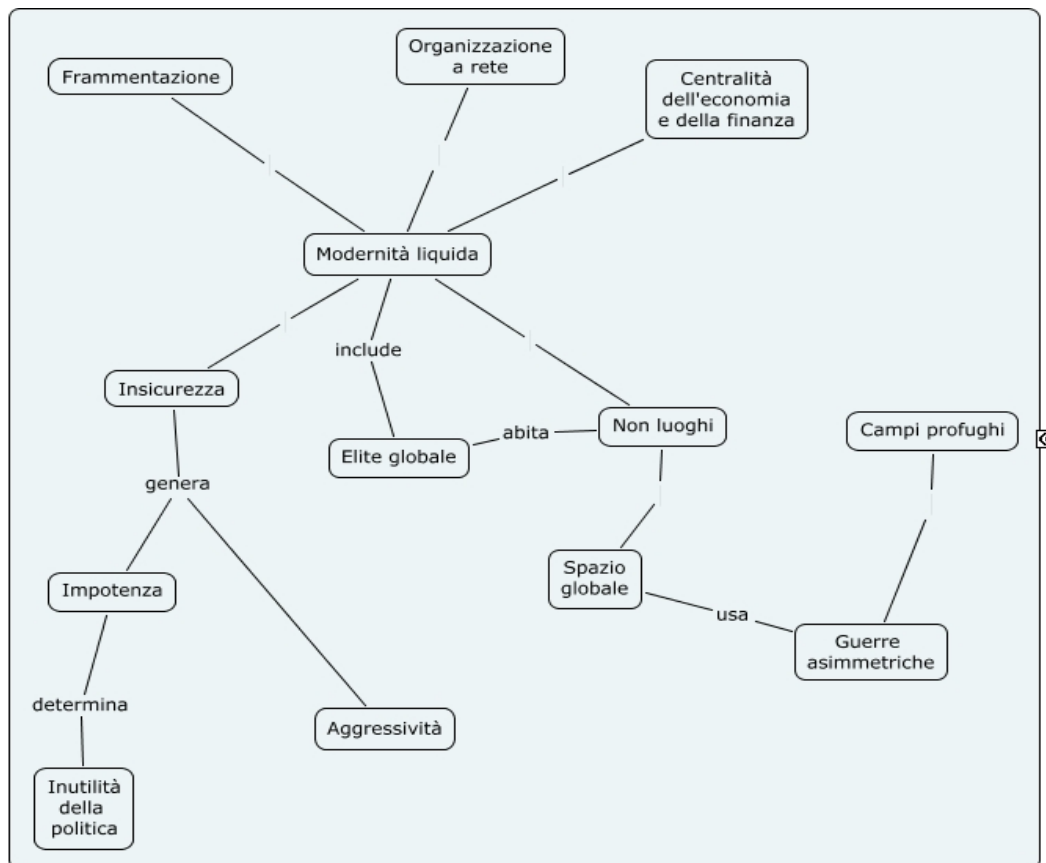
Questi mutamenti e questa mancanza di concretezza e di certezze hanno messo in discussione non solo l'individuo, i suoi sentimenti, relazioni, opinioni e desideri ma l'intera società.

La facoltà immaginativa dell'uomo può concepire cose che non sono reali e così può immaginare infiniti stati di piacere e benessere. Non bisogna stupirsi quando viene detto che la speranza è il bene più grande e che la felicità umana corrisponde all'immaginazione stessa.

Bauman, nel suo libro *"Consumo, dunque sono"*, afferma che il valore supremo della società dei consumatori in cui viviamo è proprio la ricerca di una *"felicità istantanea"*, che deriva non tanto dalla soddisfazione di un bisogno quanto dalla soddisfazione continua di tanti bisogni in poco tempo.

È la sublimazione attuale del concetto di mercato, frutto della globalizzazione, che diventa in grado di imporre stili di vita e di consumo manipolando i bisogni stessi delle persone, creandone un numero sempre maggiore di indotti ed effimeri e distraendo da quelli che sono i bisogni essenziali e primari.

Per altro sia Paul Baran e Paul Sweezy in *"Il capitalismo monopolistico"* (1968) [5] sia Paolo Sylos Labini in *"Oligopolio e progresso tecnico"* (1961) [6] avevano individuato le tendenze in atto come, prima di loro, Karl Marx nell'analisi dei processi di finanziarizzazione del capitale, avulsa dalla produzione reale di beni e servizi.



This Concept Map was created with
 IHMC CmapTools

Il cambiamento e la post modernità

Paradossalmente oggi il cambiamento è diventato l'unica costante in questa "post-modernità" che evolve continuamente senza lasciare spazio alla coltivazione di interessi, all'approfondimento delle relazioni e alla persistenza delle passioni.

I valori che un tempo erano considerati più solidi sono sostituiti con altri più effimeri. Siamo passati da una società stabile ad una società incerta. La causa di tale processo lo si ritrova nella nascita del consumo di massa. Se prima si producevano beni destinati a durare, ad accompagnare le persone nel corso della loro vita, oggi i prodotti hanno vita breve o vengono consumati nel momento stesso in cui vengono acquistati.

La società "liquida" vorrebbe essere una società "senza classi", senza conflitti, in cui tutti sono uguali, ma non è così. Diversità e diseguaglianze aumentano e diventano pervasive nel corpo sociale.

Ci si vuole abituare all'idea che i diritti sono "relativi" in funzione delle risorse disponibili e non "assoluti" e quindi di policy di welfare adeguate ai nostri bisogni. Diventa "normale" la possibilità di discriminazioni così come l'idea di doversi affidare al "mercato".

Quanto sopra ha cambiato profondamente le fondamenta dei Paesi più ricchi.

Il modello occidentale dal secondo dopoguerra ad inizio secolo era caratterizzato da una solida presenza di ceti medi e da una organizzazione di tutte le classi sociali tramite proprie culture, organizzazioni sindacali e professionali e loro rappresentanze politiche.

La globalizzazione ha aiutato l'emersione verso uno sviluppo economico sociale di molti Paesi prima sottosviluppati, ma anche comportato una concentrazione enorme di ricchezza nei paesi più affluenti.

Secondo l'osservatorio Oxfam [7], utilizzando l'indice di Gini, si riscontra che nel biennio 2020-2021, l'1% più ricco della Terra si è accaparrato quasi 2/3 della nuova ricchezza generata.

Le prime 95 aziende multinazionali, dall'energia all'agro-business, hanno più che raddoppiato i profitti rispetto alla media del periodo 2018-2020. Mentre queste ultime si arricchivano, col commercio di beni e

prodotti alimentari e distribuivano, grazie agli extra-profitti, dividendi pari a 257 miliardi di dollari ai propri azionisti, 800 milioni di persone soffrivano la fame.

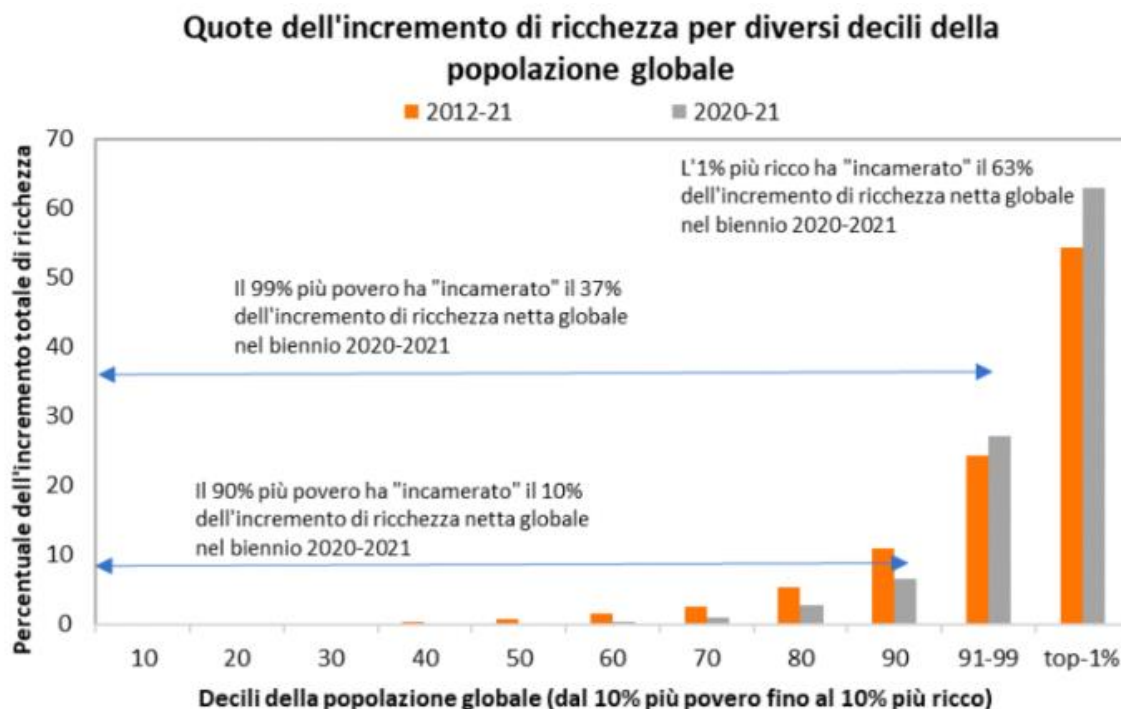


Grafico 1: Quote di nuova ricchezza acquisita dal 1% più ricco e dai restanti 99% e 90%. Confronto 2012-2021 (colonna arancione) e 2020-2021 (colonna marrone). Fonte: Oxfam su dati Credit Suisse.

Per dare l'idea di quanto è avvenuto nel biennio in questione, si può dire che per ogni 100 dollari di nuova ricchezza prodotta, 63 dollari sono stati appannaggio dell'1% più ricco e appena 10 dollari sono andati al 90% più povero, mentre i restanti 27 dollari sono andati al restante 9% della popolazione mondiale (Grafico 1). In termini reali: in 2 anni, l'1% degli ultraricchi ha registrato un incremento dei propri patrimoni pari alla stratosferica cifra di 26.000 miliardi di dollari, poco più di una volta e mezzo il PIL della Repubblica Popolare Cinese (16.500 miliardi di dollari nel 2021); il restante 99% dell'umanità, redditualmente assai variegato, si è fermato a 16.000 miliardi di dollari.

Questo sfarinamento verso il basso dei ceti medi spiega molti cambiamenti culturali, sociali, economici e politici in atto. Sono tutti processi che vanno seguiti, compresi, interpretati e gestiti se abbiamo a cuore il mantenimento di una sovranità popolare e quello di diritti agibili.

Sanità liquida

La nascita del NHS nel Regno Unito fece parte di un pacchetto di riforme, tutte ad impronta universalistica che riguardava oltre la sanità, anche l'istruzione e la previdenza –elaborate e proposte (nel 1942) dall'economista William Beveridge su indicazione di un governo bipartisan, presieduto dal conservatore Wiston Churchill.

L'obiettivo era rafforzare la coesione sociale, dimostrando ai cittadini che il governo si preoccupava della loro protezione di fronte alle dinamiche distruttive del mercato, di far crescere la sicurezza sociale e di annullare le differenze tra le classi sociali nei campi della sanità e dell'istruzione.

Questo avveniva nel pieno della seconda guerra mondiale e che in quei drammatici frangenti per la sopravvivenza della nazione la coesione sociale era preziosa e dopo la fine del conflitto si consolidò un efficace modello di welfare state, a cui ha attinto a larghe mani anche l'Italia della prima repubblica.

Contro tale modello di welfare, efficace ma non del tutto efficiente, si sono accanite le politiche di stampo liberista a partire dagli anni ottanta.

In Italia, nessuno ha osato esporsi e realizzare, come nel Regno Unito, riforme liberiste del sistema sanitario però nessuno anche ha mai sostenuto con l'adeguato finanziamento e il necessario tasso di rinnovamento tale sistema.

Oggi il sottofinanziamento del sistema pubblico, l'emorragia di personale, le privatizzazioni e la commercializzazione della salute hanno minato il sistema ed assistiamo alle criticità delle liste di attesa e ai milioni di persone che hanno tali difficoltà ad accedere e che rinunciano alle cure, spesso per motivi finanziari. In Italia, come in Inghilterra, nel volgere di una stagione politica, dall'aver sistemi sanitari equi e solidali siamo passati a sistemi sempre più iniqui e insicuri: da una sanità "solida" a una sanità "liquida". "Liquida" perché afflitta dall'insicurezza.

L'esito imprevisto della globalizzazione è stato quello che il capitale finanziario internazionale impone la propria logica senza curarsi di trasferire benefici ai cittadini di Stati e istituzioni politiche che si sono rivelate impotenti.

Il "welfare chauvinism" e le condizionalità

L'evoluzione del modello di welfare emergente in Italia converge verso le scelte che da tempo sono state introdotte in molti sistemi di welfare europei ed è ancora più marcata ed evidente. Ciò che accomuna queste ricalibrature del welfare (crescenti dualizzazioni, condizionalità, welfare chauvinism) è che rappresentano in forme diverse un netto indebolimento dei diritti delle persone alle prestazioni di welfare.

Il termine "welfare chauvinism" (Andersen and Bjørklund 1990; Schumacher and Van Kersbergen, 2016; Greve, 2019) [8] è comunemente utilizzato per definire una configurazione di welfare che limita l'accesso ai sussidi o riduce il livello di benefici per gli immigrati, introduce criteri più selettivi per le minoranze etniche e i gruppi ritenuti tradizionalmente non meritevoli, le persone i cui valori e comportamenti sono considerati la causa primaria della loro condizione di povertà o di dipendenza.

Un sistema o un settore di welfare condizionale è fondato sul principio che non esistono diritti acquisiti una volta per tutte. Il diritto di molte persone di ricevere esenzioni e determinate prestazioni di welfare dipende dal loro comportamento e dal loro senso di responsabilità.

Il welfare diventa uno strumento per cambiare il comportamento delle persone, non solo per contrastare dipendenze patologiche, abusi, comportamenti violenti, ma per sconfiggere ogni passività e ogni dipendenza, favorire l'acquisizione di una normalità e una regolarità nella fruizione dei benefici e un comportamento disciplinato anche da parte dei gruppi sociali che vivono condizioni di grave svantaggio sociale.

In molti Paesi europei, la condizionalità riguarda le persone con disabilità non particolarmente severe, le persone dipendenti da sostanze psicoattive, i gruppi sociali che beneficiano di prestazioni di sostegno al reddito (disoccupati, giovani, migranti, persone senza dimora, madri sole con figli minori, assegnatari di alloggi popolari).

Anche nel settore sanitario, progressivamente si introducono forme di condizionalità sempre più stringenti. La condizionalità è diventata per esempio nel Regno Unito uno strumento per organizzare e stabilire priorità nell'accesso ai servizi, penalizzando, per esempio le persone che non seguono prescrizioni dietetiche o fumano. Anche in Usa e in Australia i sistemi assicurativi privati prevedono rigide forme di condizionalità comportamentale (Lavery and Harris, 2018; Grønning, et al 2012). [9]

In molti Paesi i programmi di inserimento lavorativo per persone con disturbo mentale o disabilità utilizzano severe forme di condizionalità.

Storicamente in Europa, la condizionalità nell'accesso ai servizi e alle prestazioni era fondata su due livelli. In primo luogo, il riconoscimento di una condizione di deprivazione (una determinata patologia, il riconoscimento di una disabilità, disoccupazione, povertà). In secondo luogo, un livello di gravità di queste condizioni che viene certificata sulla base di criteri e procedure e di una valutazione da parte di un'autorità pubblica: un livello di non autosufficienza, la gravità di una patologia o un reddito al di sotto di un determinato livello.

In quest'ultimo decennio ai due livelli soprariportati se ne è aggiunto un terzo, correlato alla responsabilità che il beneficiario sa dimostrare nelle sue relazioni con il sistema di welfare, alla "disciplina" dei suoi comportamenti, al suo grado di compliance verso le prescrizioni sia che riguardino la risposta alle offerte di lavoro sia il rispetto di "adeguati" comportamenti, oppure disponibilità ad impegni formativi.

Chi rifiuta di comportarsi in modo responsabile, perde il loro diritto a ricevere le prestazioni di welfare.

In Italia, la condizionalità e il *welfare chauvinism* sono state introdotte già da tempo nel settore sociale ma in minor misura nei servizi socio-sanitari.

La condizionalità è già utilizzata nei servizi per le dipendenze, per le persone con disturbo mentale o disabilità in cui la qualità della relazione di cura cambia radicalmente nel caso di non rispetto delle prescrizioni comportamentali.

La proposta, contenuta nei programmi di partiti al governo, di introdurre meccanismi di premialità nell'accesso ai servizi per chi segue un regolare e concordato percorso di monitoraggio dello stato di salute rischia di legittimare forme severe di condizionalità in tutti gli ambiti di cura indebolendo i diritti sociali delle persone più fragili.

Se leggiamo le dinamiche in atto nel loro complesso e ne capiamo l'impatto sui modelli di welfare e sui bisogni delle popolazioni non possiamo non preoccuparci perché di fatto si stanno sgretolando i presupposti dell'"universalismo" e dell'"equità" dei SSN e dei SSR.

La "*salute liquida*" per svilupparsi non ha bisogno di un SSN o SSR che sono in grado di gestire e governare questi cambiamenti. Ha solo bisogno di politiche di "*galleggiamento*" tipiche di una politica con orizzonte "*short time*", quale quella attuale. La dinamica del mercato farà il resto ...

Per giocare la "*partita*" però c'è una precondizione: superare le logiche corporative i protagonismi ... occorre fare "*massa critica*", costruire convergenze su obiettivi comuni, coinvolgere le istituzioni a tutti i livelli, essere propositivi e coinvolgere le persone, i pazienti, le comunità ... ricostruite con pazienza un "*noi*".

Riferimenti

1. Primo Buscemi, "*Salute liquida*", su "*Salute Internazionale*", 2024;
2. Giovanni Ribeis, "*Liquid Health. Medicine in the age of surveillance capitalism*", su "*Social Science and Medicine*", 2023;
3. Zigmund Baumann, "*Modernità liquida*", Laterza Editore, (2011);
4. Shoshana Zuboff, [*Il capitalismo della sorveglianza. Il futuro dell'umanità nell'era dei nuovi poteri*, Luiss University Press, 2023](#)
5. Paul Baran e Paul Sweezy in "*Il capitalismo monopolistico*", Einaudi Editore (1968)
6. Paolo Sylos Labini in "*Oligopolio e progresso tecnico*" Einaudi Editore (1961)
7. Oxfam, <https://www.improntaetica.org/oxfam-nuovo-rapporto-2024-sulle-disuguaglianze-in-italia/#:~:text=Il%20nuovo%20Report%20OXFAM%20del,e%20indebolisce%20la%20coesione%20sociale>.
8. David Andreas Bell Marko Valenta Zan Strabac, *Nordic welfare chauvinism: A comparative study of welfare chauvinism in Sweden, Norway and Finland*, *International Social Work*, 2022;
9. [Remo Siza](#), *Il sistema di welfare che sta emergendo*, Welforum, 2022;

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122827

Società liquida, welfare e salute

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma, LUISS Business School Roma.

Laura Franceschetti, Professoressa, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma,

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Nel frattempo i social continuano a rendere i rapporti più effimeri perché hanno alimentato il predominio dell'apparenza e della superficialità. Sono la "vetrina digitale" per eccellenza. Adolescenti, giovani ed adulti usano queste piattaforme per mettere in mostra gli aspetti più vani delle loro vite. Immersi e dispersi in una società di esaltazione dell'"io", perdiamo di vista che per dominare i rilevanti processi di cambiamento in atto abbiamo un disperato bisogno di "noi". Salute e sanità, "One Health" e welfare, sono dimensioni del "noi"

24 GIU -

I travagli della sanità pubblica italiana non sarebbero comprensibili senza allargare lo sguardo al di fuori del contesto specifico. Non si tratta soltanto delle criticità manifeste, quelle per l'attesa di prestazioni diagnostiche, visite specialistiche o interventi chirurgici o quelle per le difficoltà di ospedali e territori a garantire tempestività e continuità delle cure, c'è di più ed altro ed ha a che vedere con i cambiamenti profondi della nostra società in queste ultime decadi.

Ci sono ancora nostalgici della legge 833 in giro. Parliamo di sentimento e non di ragione perché il mondo, la società, le persone sono completamente differenti e in larga parte anche i loro bisogni e le loro aspettative. Nel frattempo chi ha governato - dopo essere stato eletto, non dimentichiamolo - o ha introdotto cambiamenti non incisivi o, forse più spesso, ha lasciato che le cose cambiassero passivamente.

Il sistema di welfare, e con esso ciò che assicura a tutti le cure necessarie, da diritto assoluto è diventato relativo ad una serie di condizioni, siano esse la demografia che determina una situazione epidemiologica sfavorevole o l'equilibrio dei conti pubblici che richiede politiche di bilancio austere e anche politiche fiscali coerenti.

La convinzione che le cure di "vicinanza", quelle che si fanno a casa, potendone cioè reperire offerta e risorse in loco, siano strategiche è diffusamente presente, ma la visione che è alla base del DM 77 non combacia a sufficienza con la vita reale - strutture, processi, persone, strumenti - alimenta sfiducia circa la sua applicabilità e rinforza il pregiudizio di quei politici che pensano e propongono che, se non tutto, molto andrebbe risolto con i voucher.

Modernità liquida e liberazione dell'uomo

Secondo Karl Marx [1] la libertà "vive storicamente come uno strumento di liberazione economica, sociale e politica il cui termine ultimo è quello di liberare l'uomo dalla miseria, dalla guerra e dalla lotta di classe quando finalmente ognuno sarà concretamente libero, materialmente e spiritualmente"

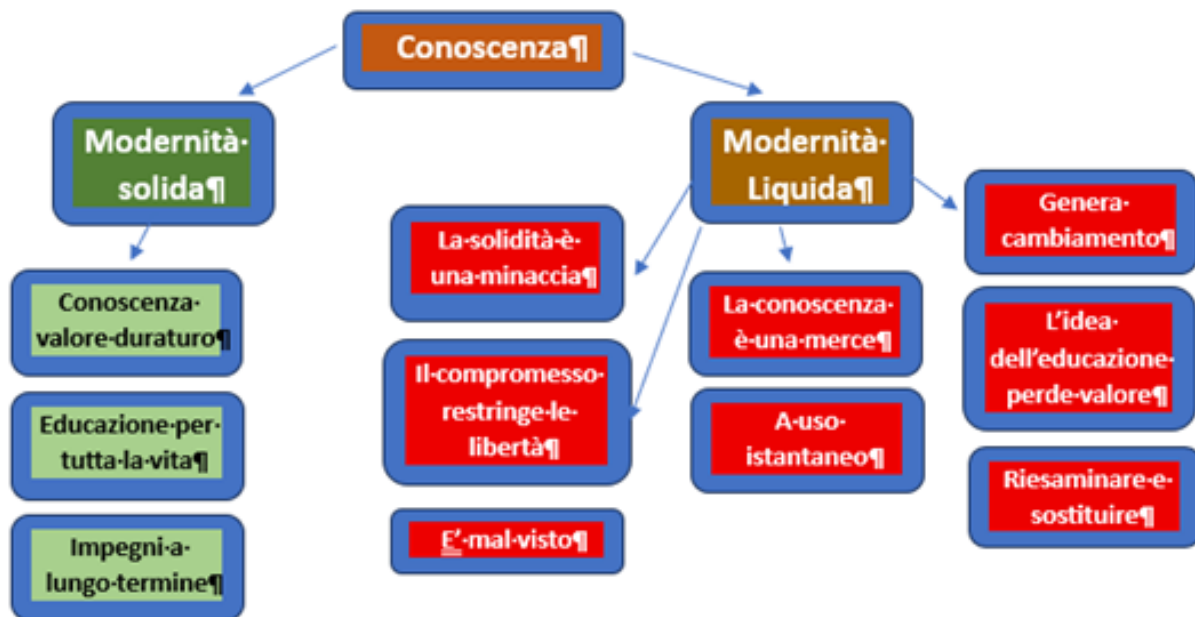
Sempre Marx tratta, il tema di "tempo libero" contrapposto a quello di "regno delle necessità", spiegando che il regno della libertà trova luogo sulle basi del regno delle necessità, ma, contemporaneamente, solo al di fuori di esso e solo se gli uomini possono dominarlo invece che esserne dominati.

Alla fine del '900 nasce il concetto di "libertà metafisica", la quale viene definita la "madre di tutte le libertà", anzi, addirittura "l'origine della stessa libertà religiosa", in quanto essere liberi di professare significa anche poter scegliere di non professare. Ricapitolando, siamo immersi in una modernità liquida in cui gli esseri umani interpretano la ricerca della felicità nell'acquisto e l'immediato consumo di beni o esperienze. Tutta questa velocità, questo annullamento dello spazio-tempo e questa continua necessità di auto-soddisfarsi hanno, però, influenzato "negativamente" le relazioni interpersonali.

Sul fronte sociale la pandemia, con le necessarie misure di lockdown, ha peggiorato la situazione: si è fatta fatica a conoscere nuova gente, ci si è visti molto meno tra parenti, amici e conoscenti, si sono vissute meno esperienze insieme, sia nel lavoro che nel tempo libero.

Gli adolescenti ed i giovani sono coloro che più ne hanno sofferto. Le situazioni di disagio o malattia mentale hanno raggiunto livelli di prevalenza allarmanti.

Sul fronte sanitario i famosi insegnamenti che avremmo dovuto trarne: essere previdenti, pronti, sviluppare un ruolo pubblico nella ricerca e produzione di vaccini e farmaci, essere vigili e proattivi, organizzare la raccolta ed il flusso dei dati sanitari, badare al benessere dei professionisti sanitari, curare le reti, presidiare i territori, rinforzare le comunità, adottare politiche coerenti con l'approccio "One Health" sono rimaste ancora troppo spesso allo stato di intenti.



Il Web e la "dipendenza" umana

Nel frattempo i social continuano a rendere i rapporti più effimeri perché hanno alimentato il predominio dell'apparenza e della superficialità. Sono la "vetrina digitale" per eccellenza.

Adolescenti, giovani ed adulti usano queste piattaforme per mettere in mostra gli aspetti più vani delle loro vite. Nella società odierna la conformazione al presunto valore del potere e dell'immagine favorisce una cultura narcisistica in cui predomina l'apparire e l'instaurare relazioni superficiali piuttosto che l'essere e il "mettersi in gioco" in relazioni profonde.

Da quando la nostra cultura è diventata un terreno fertile per la crescita del livello di narcisismo la "distrazione di massa" dalla realtà ha assunto livelli mai raggiunti.

"Non è vero che la felicità significhi una vita senza problemi. La vita felice viene dal superamento dei problemi, dal risolvere le difficoltà. Si raggiunge la felicità quando ci si rende conto di riuscire a controllare le sfide poste dal destino, ci si sente persi se aumentano le comodità", come osserva Bauman, "la felicità è la sfida dell'umanità presente, per la sua dignità futura.

Tanto più siamo in grado di combattere, lottare, di fare scelte significative, tanto più si accorcerà la distanza che ci separa dalla felicità. Una lotta che, tuttavia, non va affrontata in modo solitario". Immersi e dispersi in una società di esaltazione dell'"io", perdiamo di vista che per dominare i vigorosi processi di cambiamento in atto abbiamo un disperato bisogno di "noi".

Salute e sanità, "One Health" e welfare, sono dimensioni del "noi".

Gli obiettivi strategici del welfare state

Il “welfare state” è costituito dall’insieme di politiche pubbliche messe in atto da uno Stato che agisce in un’economia di mercato per garantire la sicurezza e il benessere dei cittadini, intervenendo e correggendo la distribuzione dei redditi causata dalle forze spontanee del mercato stesso.

Si tratta dunque di un modello di organizzazione politico-sociale che ha avuto, e dovrebbe ancora avere, come obiettivo quello di assicurare una serie di servizi e prestazioni che, oltre al benessere e alla sicurezza economica, rafforzino la giustizia all’interno della società: i cosiddetti “ammortizzatori sociali”.

Secondo lo storico Asa Briggs [4], il welfare state ha tre obiettivi:

- Garantire un tenore di vita minimo ai suoi cittadini;
- Dare sicurezza alle persone in presenza di eventi naturali (per esempio pandemie) ed economici (crisi economiche) sfavorevoli;
- Permettere ai cittadini di poter usufruire di servizi fondamentali come la sanità, l’istruzione, l’assistenza sociale e le pensioni.

È dunque l’insieme delle policy e degli strumenti di inclusione e mobilità sociale, in specie dal basso verso l’alto della scala sociale.

Il welfare si dovrebbe basarsi su principi di solidarietà e redistribuzione delle risorse, per ridurre le disuguaglianze e fornire opportunità equamente distribuite ai cittadini, e questo indipendentemente dal loro status economico e sociale.

Gli strumenti del welfare state

Lo stato sociale interviene solitamente in materia di istruzione, sanità, previdenza, infortuni, malattia e maternità.

Prevede “servizi in natura”, come l’istruzione e l’assistenza sanitaria, garantiti a tutti i cittadini di uno Stato o residenti in esso, così come le concessioni di benefici fiscali (per esempio per i figli a carico o per l’acquisto della prima casa), ma agisce anche tramite “indennità economiche”, come l’indennità di maternità o quella legata alla disoccupazione. Indennità che riguardano una situazione momentanea o permanente di incapacità al lavoro o di difficoltà di un determinato periodo di vita. Infine, tra gli strumenti del welfare, rientrano la regolamentazione di alcuni aspetti legati all’attività economiche, come per esempio l’assunzione di persone con invalidità, etc.

Tutte le politiche di welfare però sono da inserire e considerare in contesti economici e sociali specifici che differiscono da Stato a Stato.



Le evoluzioni dei modelli di welfare

1. Esping-Andersen [5], sociologo danese nel suo notissimo testo del 1990 “Three worlds of welfare capitalism” ha introdotto una classificazione dei sistemi di welfare fondata sulle differenti origini dei diritti sociali che ogni Stato concede ai propri cittadini:
 - Nel regime liberale i diritti sociali derivano dalla dimostrazione dello stato di bisogno. Il sistema è fondato sulla precedenza ai poveri “meritevoli” - teoria della “less eligibility” - e sulla logica del “cavarsela da soli”. Pertanto i servizi pubblici non vengono forniti indistintamente a tutti, ma solamente a chi è povero di risorse, previo accertamento dello status di bisogno; tale meccanismo viene definito “residuale”, in quanto alla fine riguarda una fascia di destinatari molto ristretta.

Tutti gli altri individui, quelli che costituiscono la maggior parte della società possono acquisire i servizi sul mercato privato;

- Nel regime conservatore i diritti derivano dalla tipologia di impiego o professione: le prestazioni di welfare sono legate al possesso di determinati requisiti, in primo luogo l’esercitare un lavoro. In base al lavoro svolto si stipulano assicurazioni sociali obbligatorie che sono all’origine della copertura per i cittadini. I diritti sociali sono quindi collegati alla condizione del lavoratore. Questo è il modello tipico degli stati dell’Europa continentale e meridionale, tra cui l’Italia;
- Nel regime socialdemocratico i diritti derivano dalla cittadinanza: vi sono quindi dei servizi che vengono offerti a tutti i cittadini dello Stato senza nessuna differenza. Tale modello promuove l’uguaglianza di status ed è tipico degli Stati dell’Europa del Nord.

Il welfare in Italia

Sicuramente il modello di welfare italiano si sta ibridizzando dal modello Beveridge a quello Bismark. Il sistema è attualmente è un mix tra il modello “conservatore” e quello “liberale” con una graduale omologazione a quest’ultimo.

Si basa su una serie di programmi e politiche pubbliche quali:

- Assistenza sanitaria universale: garantita a tutti i cittadini attraverso il SSN e i SSR che forniscono cure mediche gratuite o a costi molto bassi, inclusi servizi ospedalieri, visite specialistiche, farmaci e interventi chirurgici. Nel contempo, dopo l’introduzione del “Job Acts” abbiamo assistito allo sviluppo della così detta “sanità integrativa” per tutti i lavoratori dipendenti con CCNL o “accordi aziendali” con defiscalizzazione a carico dello Stato dei costi;
- Sicurezza sociale: secondo cui il welfare copre una serie di prestazioni, come sussidi di disoccupazione, pensioni, indennità di maternità e altre forme di sostegno economico;
- Prestazioni familiari e per l’infanzia: l’Italia offre diverse forme di sostegno economico alle famiglie, come l’assegno unico universale;
- Assistenza agli anziani e alle persone con disabilità: tra cui, per esempio, servizi di assistenza domiciliare, strutture residenziali e centri diurni;
- Formazione e istruzione: programmi di sostegno all’istruzione, come borse di studio e sussidi per l’istruzione superiore;
- Assistenza sociale: programmi di assistenza per chi si trova in situazioni di difficoltà economica o sociale come possono essere il bonus affitti, l’assegnazione di case popolari con canoni sociali o moderati, i sussidi alimentari ecc.;
- Politiche attive del lavoro: includono programmi di formazione, supporto all’occupazione e incentivi per l’assunzione di lavoratori;
- Politiche per l’inclusione sociale: sono presenti programmi mirati a favorire l’inclusione sociale di gruppi vulnerabili, come immigrati, rifugiati e minoranze etniche;
- Politiche per l’equità di genere: tra questi ci sono i congedi parentali retribuiti e altre misure a favore delle donne sul mercato del lavoro con l’obiettivo di garantire la parità di genere.

Fragilità del welfare in Italia

Se quanto sopra descrive le caratteristiche “formali” del welfare in Italia, le politiche della sua gestione sono in continuo cambiamento e presentano diverse fragilità.

Accordi di Maastricht, spending review, PIL basso o stagnante negli ultimi decenni hanno comportato anni difficili di austerità che si sono tradotti in tagli “lineari” o “mirati” sulle dotazioni finanziarie delle varie policy di welfare.

Tutte le voci di spesa sociale sono state ridimensionate e fortemente ridotte e di conseguenza le coperture sociali agli indigenti sono sempre più “povere” e in alcuni casi “aleatorie” ...

Poi la pandemia da SARS-COV-2 e la sindemia conseguente hanno esaltato le criticità esistenti.

Chiara Saraceno, sociologa e autrice di alcuni testi sul welfare, ha dimostrato come il welfare in Italia tenda a beneficiare maggiormente i gruppi già inseriti nel mercato del lavoro e, al contrario, a garantire meno protezione a chi si trova in situazioni di precarietà o di scarsa partecipazione al mondo del lavoro.

1. Misha, economista, ritiene che quando l'aumento della spesa pubblica tende ad assumere carattere permanente, a causa della competizione politica e della pressione dei gruppi di interesse, si determina una situazione di rigidità e di ridotta capacità di intervento della politica economica.

L'espansione della spesa può determinare un eccessivo incremento della pressione fiscale e, nonostante ciò, anche disavanzi del bilancio pubblico, come è accaduto in Italia.

Così come accade anche che le prestazioni assistenziali possono ridurre l'incentivo a lavorare, che le burocrazie chiamate a fornire i servizi sociali siano inefficienti, che la gratuità di alcuni servizi tenda ad accrescere una domanda inappropriata e a determinare sprechi e che la povertà, per quanto ridotta, non sia stata eliminata.

Quando gli oneri che il welfare implica non sono compatibili con il tasso di crescita dell'economia e con il tasso di natalità, entrambi bassi come accade in Italia, si assiste ad un considerevole ridimensionamento del ruolo dello Stato nei processi economici. E questo è quanto è avvenuto in Italia a partire dagli anni '80 del secolo scorso. Inoltre in questi giorni è stata approvata in Parlamento la riforma dell'"autonomia differenziata" che oltre a rischiare di cristallizzare le differenze economiche e sociali tra le varie Regioni del Paese per garantire l'agibilità dei LEPS richiede 90 miliardi di euro da devolvere alle Regioni in specie del mezzogiorno del Paese che francamento non si vede dove possano essere reperiti nell'attuale contesto economico e finanziario del Paese. 90 miliardi di euro che si aggiungerebbero ai 10-12 miliardi di manovra correttiva sui conti pubblici italiani richiesti dalla Unione Europea.

“Dualizzazione” del welfare

L'idea che per creare più occupazione si dovessero ridurre i livelli di protezione del lavoro, accettando quindi una maggiore disegualianza di condizioni lavorative e contrattuali fra segmenti diversi della forza lavoro, così come si dovessero accettare maggiori differenziazioni salariali all'interno degli occupati, si diffuse anche a livello delle élite politico-economiche e dei nostri governi, ed il trade-off fra occupazione ed eguaglianza (vuoi salariale, vuoi di condizioni contrattuali e normative) venne più o meno implicitamente accolto quale linea guida delle politiche di deregolamentazione così come stava accadendo nei mercati del lavoro europei continentali.

Nella letteratura scientifica si sottolinea come sia pressioni politico-sindacali sia scelte di deregolamentazione attuate dai Governi possono rinforzare la struttura duale del mercato del lavoro e la segmentazione fra un settore primario-garantito e un settore secondario sotto-protetto o precario. A tali distinzioni macro, si accosta, usualmente, la distinzione fra occupati “insider” e “outsider”.

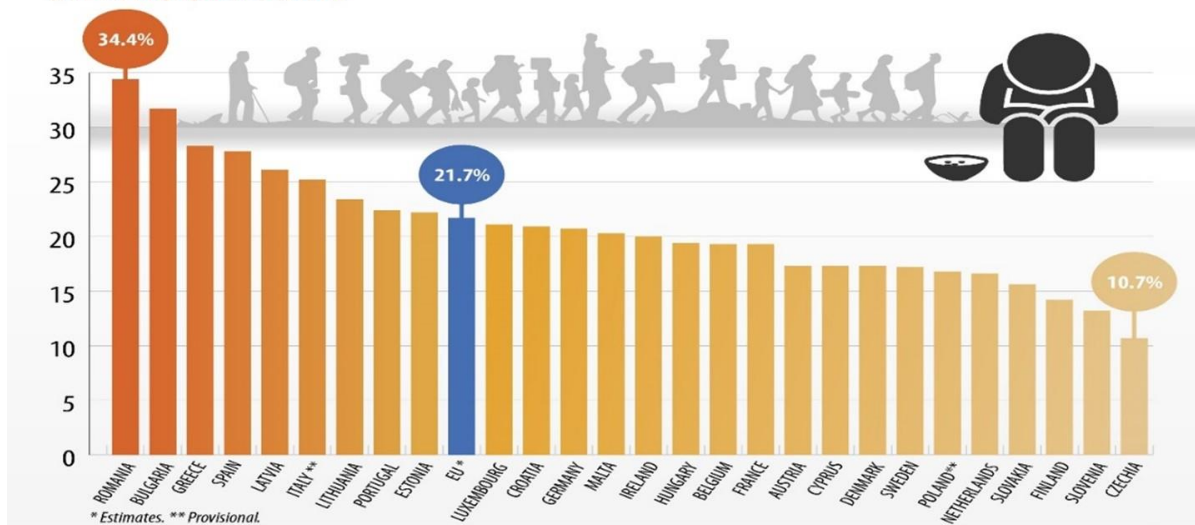
Nella “Memoria della Corte dei Conti sul NADEF 2024” si afferma che la crescita della spesa pensionistica alla fine del triennio tornerà a rappresentare oltre i tre quarti della spesa per prestazioni sociali in denaro, e che sono anche in crescita le indennità a tantum per sostenere il potere d'acquisto delle famiglie.

Quel che non cambia è il sottofinanziamento del SSN e dei SSR che condurrà inevitabilmente ad un ulteriore indebolimento del welfare pubblico e a una crescita di servizi sanitari erogati da soggetti privati “accreditati” o dalla sanità “integrativa”.

Come è noto, nel NADEF si prevede già dal 2024 un rapporto fra la spesa sanitaria e PIL a livelli inferiori a quelli precedenti alla crisi pandemica (6,2 %), che si ridurrà ulteriormente di due decimi nel 2025, rendendo in questo modo difficile recuperare il sottodimensionamento del personale e promuovere stabilmente politiche espansive nelle cure territoriali dando continuità a quanto, ora possibile con le risorse attualmente disponibili nel PNRR, il Piano stesso prevede per il futuro.

People at risk of poverty or social exclusion in the EU Member States

(% of total population, 2021)



ec.europa.eu/eurostat

Non si vede, almeno per ora, nei primi atti del Governo in carica e nelle dichiarazioni pubbliche dei Ministri competenti un orizzonte di nuovo welfare, ma una sua conservazione poco entusiasta che rischia di accrescerne i limiti e le criticità storiche.

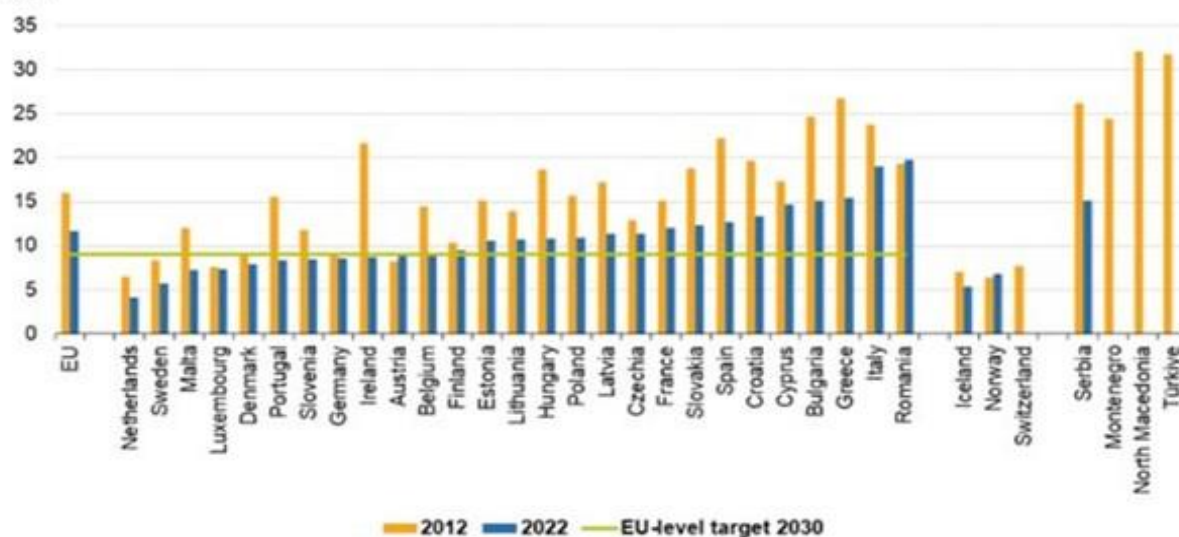
Il defianziamento del SSN e dei SSR consoliderà la dualizzazione del welfare italiano.

Dualizzazione che, è opportuno ricordare, è da sempre presente in alcuni settori, in particolare nell'ambito della protezione del lavoro (molto differente fra chi opera nel settore pubblico e chi opera in piccole imprese) nell'istruzione e nella sanità che da decenni utilizzano un mix di pubblico e privato.

Il sottofinanziamento previsto dal NADEF sicuramente non pone rimedio a queste disuguaglianze nell'accesso ai servizi e ricade su un sistema pubblico di cui tutti riconoscono la debolezza così come la urgente necessità di risorse finanziarie e professionali. Come è noto, la dualizzazione crea significative disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni. Una parte crescente della domanda di prestazioni sanitarie è implicitamente (e neanche tanto) canalizzata verso i produttori privati.

Young people (aged 15-29) neither in employment nor in education and training, 2012 and 2022

(%)



Note: Breaks in series.

eurostat

Una parte delle famiglie, quelle più povera, continuerà ad accedere ad un sistema pubblico teoricamente ancora universalistico, anche se i tempi e le performance delle prestazioni saranno sempre meno soddisfacenti. Le famiglie con redditi e condizioni lavorative soddisfacenti potranno, invece, accedere agevolmente ad un sistema pubblico-privato sempre più integrato e complessivamente efficiente.

Considerazioni finali

Se vogliamo adottare, come sarebbe molto ragionevole fare, l'approccio "One Health" ciò comporterebbe la presenza del tema "salute" in tutte le policy sviluppate dai Paesi in una ottica di loro integrazione così come una forte "governance" pubblica e una centralità del concetto di "benessere" delle popolazioni.

Un percorso non facile, per la maggioranza dei paesi industrializzati, in una fase storica come l'attuale in cui il PIL stenta a svilupparsi e la globalizzazione determina processi di integrazione tra i vari Paesi nelle filiere produttive, non sempre facilmente governabili se non a livello sovra nazionale.

OECD ha evidenziato l'urgente necessità di investimenti intelligenti nei sistemi sanitari per proteggere la salute delle persone e sostenere gli operatori sanitari che lavorano in prima linea.

I costi di impiego di questi necessari investimenti nella prevenzione, nella forza lavoro sanitaria e nella digitalizzazione dovrebbero ammontare in media a circa l'1,4% del PIL pre-pandemia di ogni Paese.

Una spesa mirata, ma che prevede un indispensabile condizione: deve essere accompagnata da efficaci interventi di prevenzione e da misure per ridurre gli sprechi di spesa, in modo che i sistemi sanitari rimangano fiscalmente sostenibili nel medio- lungo periodo.

Il tema "salute" è ormai imprescindibile e assume una centralità nuova perché porta a sintesi approcci e politiche diverse.

La "salute" è la risultante di più politiche che devono essere gestite insieme e in modo coordinato. Pertanto non possiamo più parlare solo di "sanità" perché non solo è riduttivo, ma è anche fuorviante.

La "sanità" può essere affrontata come policy singola e gestita con una logica di "mercato" mentre pensare e progettare in termini di "salute" induce a un approccio integrato.

In una società tendenzialmente "liquida" la "sanità" si sposa bene con un approccio liberista e di mercato. Anzi ha bisogno di tradursi in consumo indotto dal lato "offerta" e quindi condizionato da un approccio "bisogno" / "consumo" ...

Un sistema di welfare ritrova invece una sua nuova legittimazione attraverso policy del tipo "One Health".

È richiesto però un pensiero innovatore sui suoi modelli organizzativi e gestionali, sugli standard operativi e sulle tecniche, così come sui modelli di gestione del SSN e i SSR.

L'evoluzione delle tecnologie 4.0, gestionali, diagnostiche e terapeutiche già agisce e ancor più agirà in profondità sull'organizzazione dei processi clinici e assistenziali, sulle competenze tecniche e relazioni degli operatori e sui livelli di appropriatezza delle cure.

Occorre affrontare questi cambiamenti per gestirli in modo fruttuoso, cioè sapendo cogliere opportunità e benefici e minimizzando i rischi di condizionamenti del mercato e le logiche del consumo superfluo.

Per evitare di vivere in un futuro di "salute liquida" che non prevede un SSN o SSR in grado di stare dentro i cambiamenti, ma solo politiche di "galleggiamento" tipiche di chi governa con orizzonti a breve.

Rinunciare a giocare la partita sarebbe un errore colossale da parte di tutte quelle organizzazioni sindacali, professionali, associative, di volontariato, politiche che credono ancora alla centralità del diritto alla "salute".

Per giocare la "partita" però ci sono alcune precondizioni indispensabili: superare le logiche corporative, gli egoismi e i protagonismi. Serve fare "massa critica", avere sguardo e prassi "aperte" all'innovazione sociale e tecnologica.

Far sì che la seconda sia sinergica con la prima e quindi strumento di progresso e non di discriminazione.

Costruire convergenze su obiettivi comuni, coinvolgere le istituzioni a tutti i livelli, essere propositivi e coinvolgere le persone, i pazienti, le comunità ... ricostruire con pazienza quel "noi" che oggi ci sembra spesso una dimensione perduta.

Anche noi pensiamo che non c'è progresso senza "felicità", ma non quella "liquida", parliamo di quella "solida". Quella dimensione per cui non si può essere felici se la distribuzione del sapere, del potere, delle opportunità e delle tutele non è equa. Un pensiero semplice, ma apparentemente trascurato.

Riferimenti

1. Karl Marx, "Il Capitale" Editori Riuniti, (1966);
2. Erich Fromm, "Dalla parte dell'uomo. Indagine sulla psicologia della morale", astrolabio Editore (1978)
3. Zigmund Baumann, "Modernità liquida", Laterza Editore, (2011);
4. Asa Briggs, "L'età del progresso", Il Mulino (1984);
5. Esping-Andersen "Three worlds of welfare capitalism", books.google.com (1990).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122993&fr=n

quotidianosanità.it

Solitudine, salute e welfare

Silvia Scelsi, *Pass President ASQUAS e Presidente ANIARTI*

Antonio Giulio De Belvis, *Presidente ASQUAS, Docente Univ. "Gemelli", Roma*

Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DISSE, Università "Sapienza", Roma;*

Andrea Vannucci, *Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.*

La paura dell'altro come portatore di malattia si è incardinata nelle nostre pratiche sociali e inconsapevolmente ci siamo tutti ammalati. Ma questo deriva dalla pandemia? Oppure la pandemia ha accentuato e sanitarizzato un processo che era iniziato prima di essa, congenito alla natura della società del tardo capitalismo e del ventunesimo secolo?

08 NOV -

"La solitudine non è solo assenza di persone. È la mancanza di scopo, la mancanza di significato. Quando ti vedi in un mondo dove tutto sembra alienato e distante, dove ogni connessione è superficiale e ogni sforzo di comprendere è accolto con indifferenza, ti accorgi che la vera solitudine non è solo essere soli, ma sentirsi soli in un mondo che ha perso di significato" Haruki Murakami

Premessa

Con la pandemia da SARS-COV-2 la "solitudine" - attraverso il suo termine sanitario "isolamento" - ha subito una inversione di significato.

Essere isolati, da soli, distanziarsi fisicamente dalle altre persone ha, almeno in parte, ha smesso di essere visto in maniera stigmatizzante ed ha assunto per certi versi un tratto quasi salvifico. La paura dell'altro come portatore di malattia si è incardinata nelle nostre pratiche sociali e inconsapevolmente ci siamo tutti ammalati. Ma questo deriva dalla pandemia? Oppure la pandemia ha accentuato e sanitarizzato un processo che era iniziato prima di essa, congenito alla natura della società del tardo capitalismo e del ventunesimo secolo?

Nel 1948 l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva definito la "salute" "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale". Si trattava di un approccio che definiva salute non come assenza di malattia, bensì come condizione soggettiva dell'individuo.

Allo stesso tempo la “salute” veniva riconosciuta come un “diritto fondamentale di ciascun essere umano senza distinzione di razza, religione, credenza politica, condizione economica o sociale”

Questa definizione di salute supera la visione tradizionalista che definiscono la salute in termini puramente biologici. Questa, infatti, non distingue il benessere fisico del proprio corpo dal benessere più generale, psichico e sociale dell’individuo in quanto “persona”.

La definizione dell’OMS, quindi, afferma l’intrinseca relazione tra il sé e il corpo, rendendo il benessere del primo indistinguibile dal benessere del secondo, tenendo conto del più generale quadro entro il quale gli individui agiscono le proprie vite.

Questa definizione tiene anche conto della diversa importanza assegnata da individui diversi a uguali condizioni fisiche: una stessa condizione può essere poco significativa per una persona e risultare, invece, invalidante per la vita di un’altra.

Il secolo della solitudine ...

Sulla scia di Zygmunt Bauman [1], Noreena Hertz nel suo “Il secolo della solitudine” [2] sostiene che la solitudine sia un prodotto della disgregazione del senso di “comunità” imposta da decenni di sviluppo senza limiti e condizioni del neoliberismo/globalizzazione, che ha portato a vederci l’un l’altro come individui e non come gruppi sociali, comunità e collettività, trasformandoci così da “esseri sociali” in piccole monadi che competono tra loro.

Come una “medicina”, la tecnologia è rimedio e cura perché ci permette di risolvere problemi, sperimentare cose precedentemente impensabili, e per alcuni aspetti semplificarci la vita., ma allo stesso tempo, è anche un “veleno”, perché mentre lo fa, ci contamina, avvelenando la nostra (presunta) condizione sociale ed umana originale.

Come un medicinale, la tecnologia presenta possibili controindicazioni. Leggere attentamente le avvertenze. Cosa che, invero, con la tecnologia nel sociale capita molto raramente.

In questa prospettiva di lettura del nostro contesto di vita Noreena Hertz rappresenta un contributo importante nel farci capire le relazioni esistenti tra solitudine e agire sociale, e ci invita a non semplificarne la narrazione.

Toccando questioni fondamentali come il lavoro e la democrazia, Hertz evidenzia il cortocircuito esistente nell’architettura del tardo capitalismo ed in specie nel suo stadio terminale, sottolineando la necessità di un ripensamento complessivo.

Non è un caso che in tutte le Università più prestigiose sia in atto ormai una riflessione su come governare la “globalizzazione” non più vista come una prospettiva di sviluppo lineare ed evolutiva. Tutto queste dinamiche in essere impattano sulle condizioni di vita e di salute delle persone, salute intesa come equilibrio psico sociale

Numerose ricerche internazionali hanno dimostrato che la solitudine aumenta di 1/3 lo sviluppo di malattie neurologiche e di patologie disabilitanti. In USA i servizi sanitari hanno denunciato l’impatto sociale ed economico e di salute della solitudine. OMS ha dichiarato la solitudine “problema di salute pubblica globale” (2024).

La solitudine proxy di patologie invalidanti

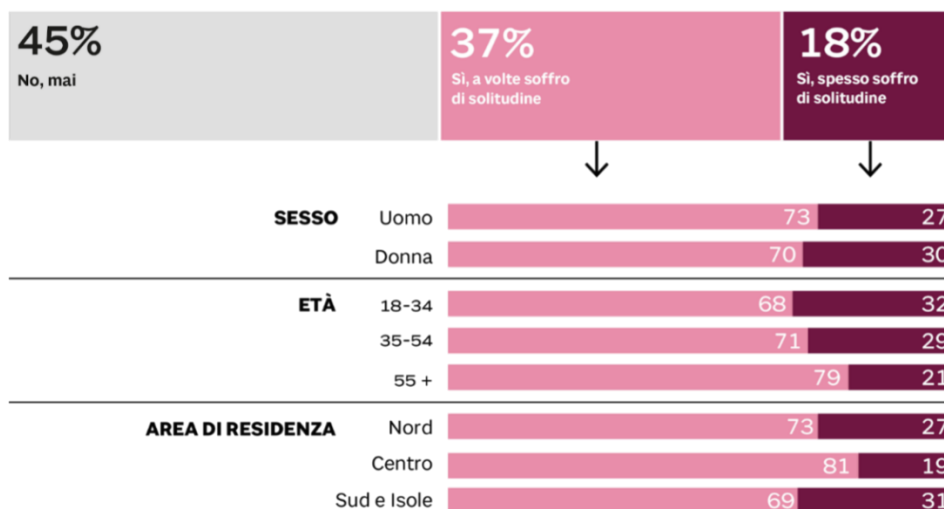
Tre adulti su cinque negli Usa si considerano soli. In Europa la situazione è simile: quasi un terzo dei cittadini olandesi ha ammesso di essere solo, uno su dieci profondamente; in Svezia un quarto della popolazione ha detto di essere solo frequentemente; in Svizzera due persone su cinque hanno dichiarato di sentirsi a volte, spesso, o sempre sole; nel Regno Unito il problema era diventato talmente grave che nel 2018 il Primo Ministro è arrivato al punto di nominare un Ministero della Solitudine.

In Italia una survey pubblicata sul “Corriere della sera” ci dà uno spaccato inedito anche nel nostro Paese.

Nel nostro Paese il 55% delle persone si dichiarano a volte o spesso sole. Non è un problema solo di anziani soli. Il 68% delle persone tra i 18 e i 64 anni (popolazione attiva) si sente a volte sola e il 32% soffre di solitudine (1 su 3).

Sempre in Inghilterra si sta sviluppando il “social prescribing”, ovvero il medico che non prescrive solo farmaci, ma gruppi di camminate, compagnie di conversazione al bar, eventi di ginnastica, incontri per l’elaborazione del lutto. Attività terapeutiche contro la solitudine è la filosofia adottata.

1 Al di là del fatto di vivere o no da solo, attualmente le capita di provare una sensazione di solitudine:



La cittadina di Frome, cittadina di 30 mila abitanti è diventata famosa come *"la città che ha sconfitto la solitudine"* ... l'esperienza si sta diffondendo e ora in Inghilterra sono stati formati già 3.600 operatori ... i primi dati sono molto interessanti per ogni sterlina investita in prevenzione sociale il NHS ne risparmia 6 di cure tradizionali più inclusione, meno malattie e patologie neurodegenerative e invalidanti.

Gli anziani sono la categoria a cui siamo portati a pensare per primi quando riflettiamo su chi siano i più soli tra noi. Eppure, in realtà, e forse sorprendentemente, i più soli sono proprio i giovani.

In quasi tutti i paesi dell'Ocse la percentuale di quindicenni che dicono di sentirsi soli a scuola è aumentata tra il 2003 e il 2015. Anche in questo caso è ipotizzabile un incremento anche a causa del Covid-19, ma non solo ...

Quanto sopra è la risultante della solitudine strutturale creata dal modello di sviluppo che condividiamo, che ci spinge a pensare solo a noi stessi e a vedere gli altri come concorrenti o nemici.

È l'isolamento provato dalle persone che si sentono trascurate e tradite dai propri rappresentanti e dalle istituzioni, al punto di lasciarsi sedurre dal richiamo del populismo e degli estremismi politici.

Vedi i livelli incredibili di assenteismo dal voto in molti Paesi *"sviluppati"*.

È l'anziana signora giapponese che fa in modo di farsi arrestare per un reato minore, per poter trovare in carcere una forma di comunità.

È il mondo parallelo e incontrollato dei social network, dove l'io si occulta dietro una maschera.

È l'emarginazione sul posto di lavoro, dove il lavoratore si percepisce come un ingranaggio insignificante.

È la solitudine speciale delle metropoli, dove possiamo ordinare centinaia di menu in consegna a domicilio, ma non sappiamo il nome del nostro vicino di casa.

Non è fantapolitica ... a Milano si stanno costruendo quartieri per single, appartamenti con parcheggi protetti e ascensori al piano. *"Milano come vuoi tu"*. Vedi la Cascina Merlata, vecchio quartiere del capoluogo lombardo diventato oggi il simbolo di un nuovo modo di abitare.

Appartamenti di ogni dimensione, garage personale, niente negozi, scuole, chiese o qualsiasi tipo di funzione pubblica. È l'idea della città fatta esclusivamente di case, in una metropoli dove il 55% della popolazione vive da sola e il prezzo delle abitazioni in 10 anni è aumentato del 44%.

Siamo insieme soli con le nostre solitudini. Lo sviluppo delle forme di violenza interpersonale e auto punitiva cresce progressivamente. Le cronache dei quotidiani sono lo specchio di queste dinamiche perverse ... non solo in Italia, ma in molti Paesi *"sviluppati"* ...

Le nostre vite “perdute” ...

“Il secolo della solitudine” di Noreena Hertz è, quindi, il racconto dolente della condizione in cui ciascuno di noi è venuto a trovarsi e insieme un appello a reagire contro le distanze siderali che si infiltrano nelle nostre vite, infettando come un virus tanto la salute dei nostri corpi e delle nostre menti quanto le strutture stesse della società.

È una sfida a trasformare questa economia in un sistema più sostenibile attraverso interventi mirati dall’alto e dal basso, come maggiori investimenti nel welfare, ricostruzione delle comunità locali, banche del tempo e condomini solidali.

È un invito a riscoprire e cementare i valori della collaborazione e dell’altruismo: la celebrazione del singolo non come atomo isolato, ma come parte integrante di una comunità.

Inoltre non è possibile assecondare la tendenza a ridimensionare e sottovalutare la questione climatico-ambientale che sta condannando a condizioni di vita proibitive le generazioni future, ovvero, i nostri figli e nipoti.

Eludere nei ragionamenti il “fattore antropico” è grave perché priva le persone di una chiave di lettura che può rappresentare l’unica via di salvezza.

È necessario spiegare l’origine dello squilibrio in cui si trova il pianeta e questo è possibile solo attraverso la spiegazione di come è strutturata la società, dei conflitti sociali, degli interessi economici e dei rapporti di potere che regolano l’appropriazione irrazionale delle risorse del pianeta.

Altrimenti l’approccio “One Health” diventa solo una elucubrazione vuota ...

La solitudine che stiamo vivendo nel ventunesimo secolo copre uno spettro molto più ampio della sua definizione tradizionale.

Non è solo il sentirsi privi di compagnia o intimità, e nemmeno il sentirsi ignorati, invisibili o trascurati da coloro con i quali si interagiva regolarmente.

Si tratta di sentirsi anche senza sostegno e cura da parte dei nostri concittadini, dei datori di lavoro, della comunità, del governo.

È l’essere distanti non solo da quelli a cui dovremmo sentirci vicini, ma anche da noi stessi.

Non è solo la mancanza di sostegno in un contesto sociale o familiare, ma anche sentirsi politicamente ed economicamente esclusi, include anche quando ci sentiamo tagliati fuori dal nostro lavoro e dal nostro ambiente lavorativo. Le cause dell’odierna crisi di solitudine sono varie e numerose.

Rientrano gli smartphone e tutti quei dispositivi digitali che ci isolano dal mondo reale, ma vanno annoverate per certo le discriminazioni strutturali e istituzionali, di natura razziale, etnica, xenofoba, sessista, sul lavoro come nella quotidianità.

Vite reali e vite virtuali... il rito del consumo

Un ulteriore tema, collegato con il diffuso senso di solitudine attuale, è il progressivo isolamento dal mondo reale per rifugiarsi nella realtà virtuale della rete e dei social.

Quest’ultimi in particolare trasformano i cittadini in “bugiardi” sempre più insicuri alla continua ricerca di “mi piace”, follower e prestigio sociale “online”, cittadini incoraggiati a presentare versioni sempre meno autentiche di sé stessi.

Le vite condivise “online” sono un’accurata serie di momenti felici e ideali, feste e celebrazioni, spiagge di sabbia bianca e foto di piatti da acquolina in bocca.

Il problema è, sottolinea Hertz, che queste versioni ritoccate e filtrate di noi stessi sono troppo spesso estremamente lontane dalla nostra vita reale.

L’economia della solitudine ha iniziato a espandersi – e non solo nella sua forma tecnologica – con gli imprenditori che hanno trovato modi sempre più innovativi per soddisfare il perenne bisogno della gente di ciò che il sociologo del primo Novecento Émile Durkheim chiamava “effervescenza collettiva”, ovvero il lieto inebriamento che otteniamo quando facciamo qualcosa con gli altri, di persona (in palestre, club, pub, ritrovi, circoli, sale da ballo, gite, escursioni, etc...)

Tuttavia, queste innumerevoli attività intraprese per colmare un vuoto esistenziale con il loro “inebriamento” di certo non possono bastare per sconfiggere l’isolamento, la solitudine di questo millennio.

Non si può essere contrari a questo genere di attività per definizione, bensì quando vengono utilizzate per sfruttare il senso di solitudine delle persone per mero scopo di lucro.

Le due pandemie del nostro millennio sono, non a caso, i disturbi del comportamento alimentare e quelli dello spettro autistico ...

L'“uomo economico”, teorizzato dalla cultura neoliberale, è diventato oggi una realtà vivente. Immersi come siamo sin dalla nascita in Istituzioni sociali e culturali, la scuola e il mercato, la produzione e il consumo, i media e l'intrattenimento, l'amministrazione pubblica e la politica, le quali tutte operano intensivamente, abbiamo sviluppato in massa una personalità che ci fa agire come uomini la cui esistenza è finalizzata al consumo.

Pensiero critico e nuovo umanesimo ...

Papa Francesco in tutte le sue Encicliche ha posto sempre con forza alcune considerazioni.

“Viviamo tutti sullo stesso pianeta ... siamo nella stessa barca ... ci salviamo solo insieme ... dobbiamo amare il prossimo e includerlo ... dobbiamo amare e rispettare la natura ... la chiesa degli ultimi ...”

Uno dei maggiori tra i problemi che oggi si pongono all'interno di una civiltà globalizzata a livello planetario sta nella pressoché totale scomparsa di soggetti che siano in condizione di distanziarsi da esso; ossia di vederlo, di giudicarlo dall'esterno, al caso prendendosi la libertà di resistervi, attraverso proposte e modelli culturali alternativi.

Manca una cultura critica e una capacità di leggere le contraddizioni del presente.

Servirebbe necessario e imprescindibile costruire un futuro completamente diverso, in cui conciliare il capitalismo con la comunità, assicurandosi di ascoltare molto di più le persone di qualsiasi estrazione e nel contempo venga consentito loro di avere una voce, esercitando la comunità in una forma inclusiva e tollerante.

Più in generale, sarebbe necessario un cambio di mentalità.

Bisogna ritrasformarsi da “consumatori” a “cittadini”, da egoisti ad altruisti, da osservatori indifferenti a partecipanti attivi.

Per fare questo, spiega Noreena Hertz nel suo libro, sarebbe necessario:

- *“Cogliere le opportunità di esercitare la nostra capacità di ascolto, sia nel contesto lavorativo che in quello privato e personale.*
- *Accettare che a volte ciò che è meglio per il collettivo non coincide con ciò che è nel nostro immediato interesse.*
- *Impegnarsi a far sentire la propria voce dove possibile per portare un cambiamento positivo.*
- *Impegnarsi nell'esercitare attivamente l'empatia”.*

Quindi abbiamo un problema di carattere antropologico e psicoanalitico, perché nell'epoca del capitalismo finanziario il sé biologico, che è il fondo della personalità umana, fonte delle sue pulsioni e desideri, appare avere ormai subito pesanti pressioni modellatrici dalla cultura dominante.

Il capitalismo finanziario pianifica i desideri, le aspettative, i consumi. Si adopera affinché le età dell'uomo si riducano, favorendo una “artificiale protrazione dell'infanzia”, a prescindere dalla durata effettiva della vita biologica.

Le cronache dei nostri gironi sono piene di storie di “immaturità”, “edonismo”, violenza gratuita ... incapacità di ascolto e di confronto ... incapacità di costruire relazioni positive.

Da tale circolo vizioso non è facile uscirne poiché se questi rapporti diventano in vario modo l'ordito e la trama del suo tessuto umano, cessa la speranza che l'uomo economico possa trovare in sé la forza e i mezzi per trasformare la realtà di cui è parte.

L'estrazione di valore dal lavoro

Vediamo meglio come il sistema condizioni radicalmente la vita dei lavoratori dentro e fuori dall'azienda.

Il capitalismo finanziario ha sviluppato un processo di estrazione del lavoro umano complesso quanto efficiente: allo scopo di massimizzare la quantità di valore estratto è necessario che un'impresa punti a realizzare numerose condizioni, come pagare meno possibile il tempo di lavoro effettivo, aumentare la produttività del lavoratore, riducendo le pause e gli sprechi di tempo, far sì che le persone lavorino, in modo consapevole o no, senza doverle retribuire, e minimizzare qualunque onere addizionale che gravi sul tempo di lavoro.

Accanto allo sfruttamento del lavoro nei Paesi emergenti e alla compressione dei diritti dei lavoratori e all'erosione dei sistemi di protezione sociale in quelli sviluppati, altre due forme di massimizzazione della estrazione di valore dal lavoro meritano una maggiore attenzione, perché operano in maniera meno visibile e subdola.

Una è l'occupazione flessibile. Grazie alle riforme del mercato del lavoro introdotte dai governi, il capitalismo finanziario ha potuto trarre profitto dalla moltiplicazione di tali forme di occupazione, imperniate sui contratti di breve durata.

Il sistema economico stesso, a causa della sua intrinseca fragilità, disincentiva le imprese ad assumere stabilmente, oppure, se inevitabile, ad assumere con contratti di breve durata o con contratti che prevedono il licenziamento senza dover sopportare particolari oneri a carico dell'impresa.

Un secondo modo per estrarre valore dal lavoro umano consiste nell'intensificazione dei ritmi di questo e nella riduzione delle pause durante l'orario: un esempio emblematico, tra i tanti che potrebbero essere menzionati anche all'interno di aziende pubbliche, è quello dei moderni call center: i contatti con i clienti attuali e potenziali sono misurati in secondi, e gli operatori sono retribuiti in base alla durata dei contatti stessi.

Connessi, sempre connessi, troppo connessi

Un'ulteriore riflessione merita, a tal proposito, il fondamentale apporto delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione al capitalismo finanziario: gli strumenti mediatici hanno diffuso nell'immaginario collettivo di massa l'idea che il massimo dell'efficienza lavorativa e produttiva consista nell'essere sempre connessi, sempre disponibili, sempre rintracciabili in qualunque momento della giornata, senza alcun buco vuoto nello spazio e nel tempo, a scapito della qualità generale della vita.

L'operazione diretta a far introiettare questa mentalità comincia da subito, fin dai primi anni di scuola. L'essere perennemente interconnesso, dovunque ci si trovi, per parlare al telefono, chattare, scambiare sms, twittare, bloccare, gestire mail inbox e outbox, significa in realtà lavorare senza sosta per qualcun altro.

L'interconnessione ubiquitaria viene presentata di solito come una scelta felicemente innovativa, un modo reso finalmente possibile dalle nuove tecnologie delle telecomunicazioni e dell'informatica di mixare, per così dire, lavoro, tempo libero, ufficio e famiglia.

Ma si tratta di una immagine fittizia abilmente costruita dai media e dalle direzioni di marketing della società delle telecomunicazioni.

In realtà, siamo dinanzi a un prolungamento a oltranza nel tempo e nello spazio dell'estrazione di valore dagli esseri umani.

Aver diffuso la finzione in luogo della realtà è un successo della macchina della comunicazione del capitalismo finanziario, senza che nulla cambi nella realtà delle condizioni di vita reale.

Si vantava lo sviluppo della società della conoscenza e delle professioni, oggi invece si constata la richiesta di lavoratori e operai generici da parte delle imprese; l'occupazione flessibile doveva contribuire a elevare la produttività del lavoro, ma le imprese l'hanno utilizzata soprattutto per ritrattare i diritti dei lavoratori e per compiere lavorazioni a basso lavoro aggiunto.

Considerazioni conclusive

L'uomo ha una sua interezza e una sua esigenza di relazionarsi. Se questa sua naturale propensione viene *"deviata"* verso rapporti virtuali e non reali perde egli stesso il senso della realtà.

Non si può non tener conto dell'ultima Enciclica di Papa Francesco per un mondo che sembra aver perso il cuore.

È la quarta enciclica del pontificato di Jorge Mario Bergoglio e il Papa la pubblica in uno dei momenti più drammatici per il genere umano. Guerre corrosive, squilibri sociali ed economici, consumismo sfrenato, nuove tecnologie che rischiano di snaturare l'essenza stessa dell'uomo, segnano l'epoca moderna e il Pontefice chiede allora, attraverso il documento dal titolo *"Dilexit nos" (Ci ha amati)* [3], di cambiare sguardo, prospettiva, obiettivi e afferma l'urgenza della fraternità e dall'amicizia sociale in un mondo frammentato.

Viviamo un momento molto difficile come Paese in un ambito di crisi internazionale diffusa.

Abbiamo due guerre alle porte di casa, una crisi di interi settori economico produttivi una volta fondamentali per l'asset industriale del nostro Paese, vedi la scomparsa della FIAT e le scelte di Stellantis.

Stiamo vivendo un ridisegno globale del profilo economico produttivo del Paese, senza vedere una “visione” adeguata del suo possibile sviluppo ... siamo ancora molto inadeguati nelle proposte che circolano. Eppure da queste scelte, ancorché subite, dipenderà il nostro futuro.

Abbiamo una popolazione che invecchia progressivamente, spesso anziani soli in città e nei paesi delle aree interne, i primi più soli dei secondi per assurdo, dobbiamo ripensare i servizi sanitari, sociosanitari e sociali e tener conto dell’evoluzione delle pratiche cliniche e assistenziali.

Abbiamo un PNRR da implementare, definiamo “Case”, “Ospedali” e “Infermieri” di “Comunità”, ma le comunità spesso sono disperse ...

Eppure dall’esperienza inglese c’è molto da imparare ... gli operatori per la inclusione sociale che si occupano di prevenzione e socializzazione delle persone stanno vivendo una gigantesca esperienza di recupero di appropriatezza, di inclusione sociale, di empatia, di generazione di “comunità” proattiva ...

E si risparmiano tanti soldi in riduzione di farmaci, di ricoveri impropri, in termini di mantenimento dei pazienti a livelli medio bassi di ingravescenza di patologie croniche, di riduzione di suicidi e tanti altri indicatori utili ...

Ne vogliamo parlare? In fondo, da laici, non possiamo non convenire ancora con Papa Francesco [3] ... *“ha spostato l’intero discorso sociale dal piano della morale al piano della fede. Non ha cambiato tanto la dottrina sociale, ma ora è posta come questione di fede: dunque interpella la mia fede, mi obbliga a prendere posizione, mi impegna di persona concretamente”*.

Riferimenti

[1] Noreena Hertz, *“Il secolo della solitudine”* (2021)., Il Saggiatore;

[2] Zygmunt Bauman *“Modernità liquida”* (2011), Laterza Editore, e *“Il disagio della post modernità”* (2018), Feltrinelli;

[3] Papa Francesco, Enciclica *“Dilexit nos”* (2024)

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125639

quotidianosanità.it

L’Italia, la salute e le diseguaglianze in un mondo globalizzato

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DISSE, Università “Sapienza”, Roma

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.

14 FEB -

Gentile Direttore,

la globalizzazione ha favorito la polarizzazione delle ricchezze e interrotto gli “ascensori sociali” con il disinvestimento sui modelli di welfare. I ceti medi e i ceti lavorativi stanno pauperizzandosi e i piccoli patrimoni accumulati in vite di lavoro vengono utilizzati sempre più per garantire la sopravvivenza dei familiari, figli e nipoti.

Il più importante ammortizzatore sociale oggi in Italia sono i patrimoni dei ceti medi e produttivi finché non si esauriranno anche loro.

Il Rapporto Oxfam 2025 rileva come nel 2024 la ricchezza dei miliardari è cresciuta, in termini reali, di 2.000 miliardi di dollari, pari a circa 5,7 miliardi di dollari al giorno, a un ritmo tre volte superiore rispetto all’anno precedente.

Per contro il numero di persone che vivono in povertà, con meno di 6,85 dollari al giorno, è rimasto pressoché invariato rispetto al 1990 e, alle tendenze attuali, sarebbe necessario più di un secolo per portare l'intera popolazione del pianeta sopra questa soglia.

In Italia il 5% più ricco delle famiglie, titolare del 47,7% della ricchezza nazionale, possiede quasi il 20% in più della ricchezza complessivamente detenuta dal 90% più povero.

La crescita della disuguaglianza rende l'Italia un Paese dalle fortune invertite con strutture di opportunità fortemente differenziate per i suoi cittadini.

Le crescenti disuguaglianze sono la conseguenza non voluta, ma neanche efficacemente contrastata, di un sistema economico poco dinamico ed incapace di generare benessere per tutti.

Un sistema che premia i più abbienti e spreme sempre di più il resto della società.

Questo sistema cerca di legittimarsi tramite una narrazione che cerca di attribuire una veste morale alle disuguaglianze, enfatizzando, ma di fatto snaturando, il concetto di merito ed assurgendo la meritocrazia a principio ordinatore di una società giusta, di ispirazione calvinista.

Chi è povero non ha merito.

Tale approccio è il risultato di scelte politiche che hanno prodotto profondi mutamenti nella distribuzione di risorse, dotazioni, opportunità e potere tra i cittadini. Come è noto le disuguaglianze non sono né casuali né ineluttabili.

I dati sulla ricchezza estrema nel mondo

Secondo la Rivista Forbes nei 12 mesi intercorsi tra fine di novembre del 2023 e fine di novembre del 2024 la ricchezza complessiva dei miliardari è cresciuta, in termini reali, di 2.000 miliardi di dollari e il numero dei miliardari è aumentato di 204 unità, al ritmo di quasi 4 nuovi miliardari a settimana.

Nel periodo considerato i miliardari hanno visto crescere i propri patrimoni al ritmo di 2 milioni di dollari al giorno. L'incremento dei patrimoni dei 10 miliardari più ricchi al mondo è stato ancora più marcato: ovvero circa 100 milioni di dollari al giorno. Anche se uno di loro vedesse evaporare il 99% della propria ricchezza, rimarrebbe comunque un miliardario.

Però oltre 1/3 (il 36%) della ricchezza dei miliardari è ereditata. Nel 2023, per la prima volta, la quota di ricchezza dei nuovi miliardari derivante da eredità ha superato quella attribuibile all'attività imprenditoriale. Ovvero i loro patrimoni vivono di vita propria in una dimensione finanziaria autonoma e avulsa impieghi "produttivi".

Nel 2023, il club delle economie avanzate ha registrato un afflusso netto di redditi da capitale dal Sud del Mondo per quasi 1.000 miliardi di dollari. Un'"estrazione" di cui ha beneficiato l'1% più ricco nel Nord globale per oltre 30 milioni di dollari all'ora.

La crescita della povertà e della povertà assoluta

La Banca Mondiale nei suoi ultimi report rileva che il ritmo con cui si sta contraendo la povertà estrema si è fortemente ridotto negli ultimi anni. Nei Paesi a basso reddito l'incidenza della povertà è superiore a quella registrata prima della pandemia da Covid-19.

Nel suo ultimo rapporto sulla povertà la Banca osserva che senza una crescita più robusta ed inclusiva ci vorranno decenni per eradicare la povertà estrema – condizione in cui versa chi non dispone di risorse economiche giornaliere superiori a 2.15 dollari - e più di un secolo per portare sopra la soglia di povertà di 6.85 dollari al giorno (parametrata sui Paesi a medio-alto reddito) l'intera popolazione del pianeta.

Se 150 milioni di persone sono riuscite ad affrancarsi dalla povertà estrema tra il 2013 e il 2019, si stima che solo 69 milioni di persone potranno farlo tra il 2024 e il 2030, portando il numero dei poveri globali dagli attuali quasi 700 milioni ai 622 milioni di persone (il 7,3% della popolazione mondiale).

Sebbene la percentuale di popolazione mondiale che vive in povertà sia diminuita nell'ultimo trentennio, il numero assoluto di individui che vivono sotto la soglia di povertà di 6,85 dollari al giorno monitorata dalla Banca Mondiale è oggi lo stesso del 1990, poco più di 3,5 miliardi di persone.

Quasi un individuo su due (il 44% dell'umanità) vive oggi con meno di 6,85 dollari al giorno. Se le proiezioni verranno confermate, non raggiungeremo l'obiettivo di eliminare la povertà estrema entro il 2030, come stabilito nell'Agenda 2030 per lo Sviluppo Sostenibile, sottoscritta nel 2015 dai 193 governi dei Paesi membri delle Nazioni Unite.

Figura-1--Distribuzione-della-ricchezza-globale¶



Fig. 1.1. La "simmetria" perversa. Fonti di dati: Banca Mondiale e UBS

La platea dei poveri su scala globale è estremamente diversificata

Due terzi della popolazione globale in povertà estrema vivono nell'Africa subsahariana, proporzione che raggiunge il 75% se si includono altri Paesi vulnerabili e coinvolti nei conflitti. Queste popolazioni sono quelle che alimentano i flussi migratori "ambientali".

L'incidenza della povertà estrema colpisce più il genere femminile: una donna su dieci nel mondo vive in condizioni di estrema povertà, una proporzione più alta rispetto al genere maschile (con un gap di 24,3 milioni in termini assoluti). Ovviamente la povertà non è solo relativa alla dimensione monetaria, ma riguarda l'accesso alla sanità, all'istruzione e all'acqua pulita; per tante persone povertà significa anche fame.

Attualmente 733 milioni di persone soffrono la fame nel mondo, 152 milioni in più rispetto al 2019. Per ridurre la povertà estrema è necessario rafforzare e rendere più inclusiva la crescita del reddito, una politica che trova molte resistenze da parte dei ceti più benestanti.

Secondo la Banca Mondiale elevate disuguaglianze rappresentano un serio ostacolo per l'uscita dalla povertà di ampie fasce della popolazione mentre una crescita economica moderata, accompagnata da una riduzione delle disuguaglianze economiche, permetterebbe di ottenere risultati migliori nella riduzione della povertà estrema rispetto al mero perseguimento della crescita economica.

Per difendere i successi della globalizzazione, si enfatizza la fuoriuscita dallo stato di indigenza di centinaia di milioni di persone.

La drastica riduzione della povertà estrema cui si fa riferimento nel dibattito pubblico riguarda la dinamica del numero di persone in grado di spendere per consumi almeno 2,15 dollari al giorno pro-capite in parità di potere d'acquisto. Chi non riesce a raggiungere tale soglia con i propri consumi è considerato estremamente povero. Di cosa parliamo?

Con una soglia di povertà più elevata (2.50 dollari al giorno) e senza considerare la Cina il miglioramento nella povertà estrema è marginale nel ventennio 1990-2010. Incrementando ulteriormente la soglia (e portandola a 5.50 USD al giorno, come scelto dalla Banca Mondiale a partire dagli anni più recenti) ed escludendo l'intera regione dell'Asia Orientale e del Pacifico, il numero dei poveri globale è cresciuto di 660 milioni tra il 1990 e il 2015.

Ricchezza "estratta", non creata

L'idea che i super-ricchi siano ricchi principalmente grazie al loro impegno personale, all'elevata propensione al rischio e a un marcato spirito imprenditoriale è una credenza tanto persistente quanto distorta: una parte consistente delle fortune dei miliardari deriva da eredità, clientelismo e potere monopolistico delle imprese che dirigono o controllano.

Il 36% della ricchezza dei miliardari è ereditata: un livello record destinato ad aumentare ulteriormente. La trasmissione intergenerazionale di grandi fortune sta creando una nuova aristocrazia planetaria, sostenendo e perpetuando un sistema globale estremamente ingiusto.

Nel 2023, per la prima volta dalla pubblicazione del Global Wealth Report da UBS, la quota di ricchezza dei nuovi miliardari derivante da eredità ha superato quella attribuibile all'attività imprenditoriale. Tutti i miliardari del mondo sotto i 30 anni hanno ereditato i propri patrimoni, una prima ondata di quello che è stato soprannominato "il grande trasferimento di ricchezza", per cui si prevede che nei prossimi due o tre decenni più di 1.000 miliardari lasceranno oltre 5.200 miliardi di dollari ai propri eredi.

Questo trasferimento sarà in gran parte non tassato: secondo un'analisi di Oxfam, 2/3 dei Paesi non assoggettano a tassazione i lasciti ai discendenti diretti e metà dei miliardari del mondo vivono in Paesi i cui sistemi fiscali non prevedono alcuna imposta di successione. L'America Latina è la regione con il più alto stock di ricchezza ereditata, ma solo nove Paesi nella regione tassano le successioni, le donazioni e i patrimoni.

Altrettanto importanti sono i legami familiari e di amicizia tra le élite che rafforzano ulteriormente il grado della loro influenza. Un tentativo di quantificare l'ammontare di ricchezza dei miliardari ascrivibile a relazioni di tipo clientelare (approssimate dall'operare in settori economici meno concorrenziali) è stato fatto dall'Economist che ha rilevato come tra il 1998 e il 2023 la ricchezza dei "crony-capitalists" sia passata da 315 miliardi di dollari (circa 1% del PIL planetario) a 3.000 miliardi di dollari (quasi il 3%).

La crescita della ricchezza dei miliardari è strettamente connessa con l'immenso potere di mercato esercitato dalle imprese che controllano o dirigono.

Un potere monopolistico che garantisce rendite immeritate e contribuisce alla crescita delle disuguaglianze economiche. I ricavi combinati delle cinque più grandi aziende al mondo sono superiori al reddito aggregato dei due miliardi di persone più povere del pianeta (un quarto della popolazione mondiale).

Le aziende monopolistiche limitano le opportunità di ingresso sui mercati per i competitor e soffocano l'innovazione. Il maggior potere di mercato di cui dispongono tende a trasferirsi sul mercato del lavoro: se l'occupazione si concentra in poche imprese si fa meno intensa la concorrenza tra loro per i lavoratori che, specularmente, hanno meno alternative e opportunità, e vedono – soprattutto i meno qualificati - il proprio potere contrattuale e i salari ridursi.

I monopoli determinano a livello economico una "redistribuzione alla rovescia": dai lavoratori ai detentori del capitale e rafforzano un sistema economico che avvantaggia una élite di pochi a scapito di molti, in particolare nel Sud del mondo.

La giustificazione delle disuguaglianze

In più di un'occasione in passato le società hanno cercato di giustificare moralmente le disuguaglianze. Oggi si ricorre a due narrazioni tra loro collegate che riguardano il concetto di "valore" e quello di "merito".

Da parte del mondo imprenditoriale – dalla finanza al settore farmaceutico fino alle piccole startup – si afferma con enfasi: "siamo attori produttivi dell'economia, la nostra attività genera ricchezza, assumiamo grandi rischi e meritiamo pertanto remunerazioni più elevate".

Questo messaggio sulla "creazione di valore" e sulla remunerazione dei "creatori" presenta forti discrezionalità ed ambiguità.

Il concetto di valore, definito attraverso il prezzo non permette, ad esempio, di distinguere tra attività produttive in cui il valore si crea (generando profitti) e quelle in cui è semplicemente estratto (generando rendita). Se non si è in grado di distinguere tra i due tipi di attività, diventa pressoché impossibile capire chi crea valore e chi no.

La "creazione di valore" è uno sforzo collettivo cui partecipano diversi stakeholder (azionisti, manager, lavoratori, financo lo Stato con i suoi investimenti). Il concetto di "valore" è legato alla direzione che si vuole imprimere all'economia e agli obiettivi ritenuti importanti ("di maggior valore") per la collettività, cui orientare l'attività economica, partecipando anche con risorse pubbliche.

Creiamo valore quando le scelte economiche valorizzano l'innovazione e il capitale umano, operano per la preservazione dell'ambiente, si avvalgono di pratiche inclusive, contrastando la povertà, l'esclusione sociale e i divari economici.

Livelli e trend della disuguaglianza di ricchezza nazionale in Italia

Le ultime stime disponibili, relative a metà del 2024, fotografano ampi squilibri nella distribuzione della ricchezza delle famiglie italiane. Il seguente quadro emerge dal lavoro analitico condotto dai ricercatori di Banca d'Italia sui conti distributivi della ricchezza netta delle famiglie nel nostro Paese:

- Il 10% più ricco delle famiglie detiene quasi 3/5 della ricchezza nazionale (59,7%);
 - Il 20% delle famiglie appartenenti all'ottavo e al nono decile (dal 70° al 90° percentile della distribuzione) è titolare di poco più di 1/5 (22,5%) della ricchezza nazionale;
 - La metà più povera delle famiglie italiane detiene appena il 7,4% della ricchezza nazionale.
- Confrontando le consistenze patrimoniali dei diversi gruppi di famiglie italiane a metà del 2024 abbiamo:
- Il 10% più ricco delle famiglie italiane possiede oltre 8 volte la ricchezza della metà più povera dei nuclei familiari del nostro Paese (il rapporto era pari a 6,3 appena 14 anni fa, alla fine del 2010, il primo anno disponibile nella serie storica di Banca d'Italia);
 - Il 5% più ricco delle famiglie italiane, titolare del 47,7% della ricchezza nazionale, possiede quasi il 20% in più dello stock complessivo di ricchezza detenuta dal 90% più povero delle famiglie italiane.

Figura 2 – Distribuzione della ricchezza in Italia

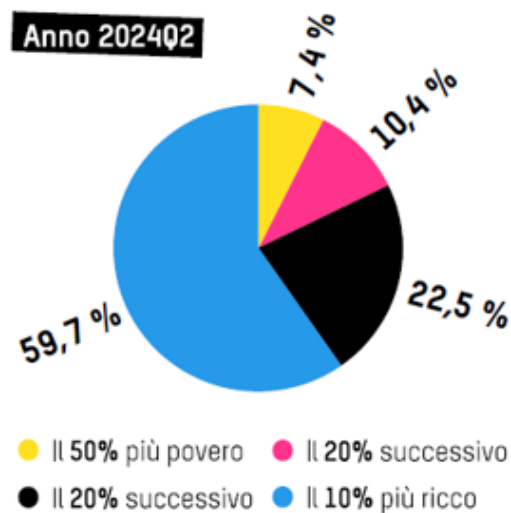


Fig. 2.1. Fonte: Banca d'Italia, statistiche dei conti distributivi sulla ricchezza delle famiglie italiane, rielaborazione Oxfam

Tra la fine del 2010 e la metà del 2024 si registra una dinamica divergente tra la quota di ricchezza netta detenuta dal 10% più ricco delle famiglie italiane e quella detenuta dalla metà più povera dei nuclei familiari del nostro Paese. La quota del top-10% passa in 14 anni dal 52,5% al 59,7% (con un picco del 59,9% al termine del 2023), mentre la quota del bottom-50% si contrae di quasi un punto percentuale, passando dall'8,3% di fine 2010 al 7,4% di metà 2024 (Figura2).

Grafico 1 – Polarizzazione della ricchezza in Italia per anno 2010-2024

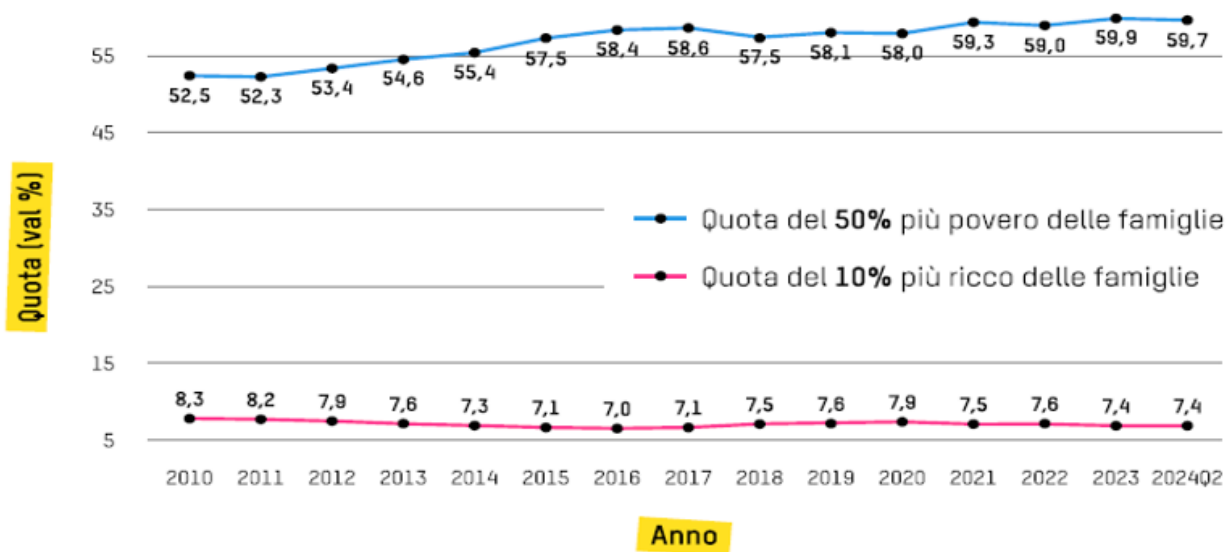


Fig. 2.1. Fonte: Banca d'Italia, statistiche dei conti distributivi sulla ricchezza delle famiglie italiane, rielaborazione Oxfam

Diseguaglianze economiche e diseguaglianze di salute

Il modello di sviluppo occidentale si era basato nel secondo dopoguerra su Costituzioni liberal democratiche, su meccanismi di redistribuzione del reddito tali da garantire il permanere di una fascia robusta di ceti medi organizzati (partiti, sindacati, associazioni), di ceti lavorativi dell'industria, dell'agricoltura e dei servizi anch'essi organizzati (partiti, sindacati, associazioni), con meccanismi di promozione sociale (ascensori sociali) che funzionavano e un welfare importante, abbastanza equo e universalista, con scuola, previdenza, sanità e servizi sociali sufficientemente operativi.

Eravamo, quindi in un contesto di società strutturate con meccanismi di partecipazione attiva dei cittadini e forme di comunità che ancora avevano dei livelli di inclusione interessanti. Oggi non è più così, i meccanismi di partecipazione e identitari si sono via via disgregati. Sia nei piccoli borghi, che nelle città.

In questo scenario, sempre più complesso e difficile, di società "liquide" le persone non sono più "cittadini", ma solitudini alla ricerca disperata di affermarsi in qualche modo in una competizione sociale sempre più aspra con però anche tante scorciatoie e furbizie.

Molti segnali mostrano che si sta affermando un sentimento sociale per cui essere poveri o indigenti è un disvalore, così che aspirare a "equità", "universalismo" e "agibilità dei diritti e delle cure" perde di significato e d'interesse. L'attenzione dei media e dei policy makers si sta spostando su parametri quali il "merito" che si misura con il reddito percepito o i patrimoni di cui si può usufruire. La ricchezza diventa un indicatore del "merito".

Nel 2023 secondo ISTAT, il 7,6% della popolazione italiana ha rinunciato a curarsi. Un dato che era pari al 6,3% nel 2019, prima della pandemia. Sono persone, spesso anziane e residenti in aree interne del Paese, ma anche nelle periferie urbane. Sempre nel 2023 sono in condizione di povertà assoluta poco più di 2,2 milioni di famiglie (8,4% sul totale delle famiglie residenti, valore stabile rispetto al 2022) e quasi 5,7 milioni di individui (9,7% sul totale degli individui residenti, come nell'anno precedente).

La distribuzione territoriale della povertà è concentrata nelle Regioni del Mezzogiorno, nelle Isole e nelle zone di deindustrializzazione del centro-nord, vere sacche di degrado economico e sociale.

Queste dinamiche aumentano le fragilità economiche e sociali, la povertà diffusa che sono spesso proxy di cronicità e poli cronicità, con una crescita anche di solitudini a loro volta proxy di disturbi mentali e psichici. I tagli ai Fondi per i Servizi Sociali continuano per cui spesso i Comuni e le loro forme associative (Unioni,

Comunità Montane, etc.) sono costrette a delegare i servizi sociali alle ASL, che quando riescono a far fronte lo fanno con un approccio “sanitario” e non certo “sociale”.

Il rischio che stiamo correndo è quello di trovarci con un SSN/SSR ridimensionato per quantità e qualità di prestazioni e con quella che viene definita con l’ossimoro “l’universalismo selettivo”, lasciando spazio alla sanità privata per le fasce alte per reddito della popolazione.

Già oggi i dati della mobilità sanitaria testimoniano dell’esodo dalle Regioni meridionali verso le strutture sanitarie del Centro Nord di tutti i pazienti e loro famiglie che si possono permettere cure o in regime pubblico, pagando viaggi e soggiorni, e o in regime privato, pagando tutto.

Secondo i dati pubblicati da Fondazione Gimbe, la mobilità attiva, ovvero l’attrazione di pazienti da altre Regioni, si concentra per oltre la metà in Lombardia (22,8%), Emilia-Romagna (17,1%) e Veneto (10,7%), seguite da Lazio (8,6%), Piemonte (6,1%) e Toscana (6,0%).

Sul fronte opposto, a generare i maggiori debiti per cure ricevute dai propri residenti in altre Regioni, sono Lazio (11,8%), Campania (9,6%) e Lombardia (8,9%), che da sole rappresentano quasi un terzo della mobilità passiva, con un esborso superiore ai 400 milioni di euro ciascuna. Seguono Puglia, Calabria e Sicilia, che nel 2022 hanno visto il proprio saldo negativo aggravarsi ulteriormente, superando i 300 milioni di euro rispetto al 2021.

Che fare adesso

Equità e sostenibilità sono due facce della stessa medaglia, come ricorda sempre Enrico Desideri, quindi non sono separabili. Chi ricerca sostenibilità introducendo, o tollerando, che ci siano differenze commette un errore. È un errore anche solo affermare che i cittadini più affluenti possono non aver accesso ad alcune prestazioni del SSN perché possono provvedere da soli e così il sistema si può concentrare sui più deboli.

Due sono le ragioni da opporre a questo ragionamento: la prima, fino a quando ci sarà una fiscalità progressiva in funzione del reddito anche questa sarebbe un ingiustificabile disuguaglianza.

La seconda, che tutti sappiamo che il SSN si impoverirebbe di competenze e tecnologie minandone la capacità d’innovazione necessaria.

Non c’è quindi altra via se non ridare valore ai due cardini del welfare: equità e universalismo. Per farlo non basteranno gli strumenti pensati, ma non applicati, in passato, perché sono ormai superati.

Ci vuole invece l’adeguata capacità di utilizzare gli strumenti e gli approcci che i progressi scientifici e tecnologici ci mettono a disposizione con un ago della bussola che decisamente guardi alla visione “one health” e chiare idee su ciò che genera valore e su come misurarne l’impatto.

Qua e là si colgono segnali incoraggianti, sia a livello delle istituzioni, delle professioni e delle comunità. Se riusciamo a fare sistema, a rinunciare a visioni partigiane, a rendite di posizione ed egoismi, se guardiamo con attenzione alle persone e alla società, senza stantii pregiudizi forse ce la faremo a rinnovare le cose migliori del SSN e a correggere quelle che non ci soddisfano.

Il dubbio sulla riuscita non è sulle competenze, ne abbiamo molte e anche di quelle giuste, ma è la volontà, la determinazione e la tenacia per affrontare situazioni che non consentono più cambiamenti marginali ma innovazioni dirompenti.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=127723

quotidianosanita.it

E allora parliamo di sostenibilità della sanità pubblica

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASIQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.

Laura Franceschetti, Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.

Andrea Vannucci, Socio ASIQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Perché [Cavicchi](#) ha ragione. Se non si affronta il tema della "sostenibilità" del SSN, che non va confuso con quello della riproduzione nel tempo del SSN così come, senza porre mano alle contraddizioni e ai limiti esistenti al suo interno, non si va da nessuna parte

18 MAG -

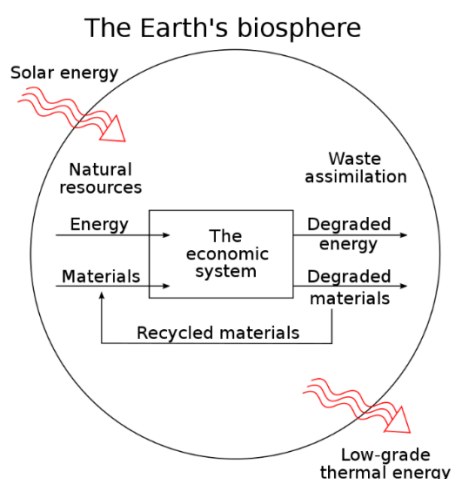
Premessa

Cogliamo spunto dall'articolo di Ivan Cavicchi "[Perché oggi nessuno parla più di sostenibilità](#)", su questa testata pubblicato il 17 maggio scorso. Concordiamo con la sua attenzione al tema della "sostenibilità" del SSN, che non va confuso con quello della riproduzione nel tempo del SSN così come è, senza porre mano alle contraddizioni e ai limiti esistenti al suo interno.

Di solito il principio guida della "sostenibilità" è lo "sviluppo sostenibile", che riguarda l'ambito ambientale, quello economico e quello sociale. I settori culturali, tecnologici e politici sono, invece, considerati come sotto-settori dello sviluppo sostenibile [\[1\]](#)[\[2\]](#)[\[3\]](#).

Per sviluppo sostenibile si intende lo sviluppo volto a soddisfare i bisogni della generazione presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di far fronte ai propri bisogni.

Il primo riferimento storico al concetto di sostenibilità "intergenerazionale" è contenuto nella costituzione pastorale "Gaudium et spes" pubblicata a conclusione del Concilio Vaticano II nel 1965.



Successivamente il termine "sviluppo sostenibile" è stato introdotto per la prima volta dal "Rapporto Brundtland" della Commissione Mondiale per l'Ambiente e lo Sviluppo del 1987.

Infine l'economia ecologica è un approccio alla teoria economica incentrato su un forte legame tra equilibrio dell'ecosistema e benessere delle persone, benessere che è "proxy" anche di "salute possibile".

Talvolta è stata indicata come "economia verde" e si trova in forte contrasto con altre correnti di pensiero dell'economia.

Gli "economisti verdi" spesso hanno posizioni più radicali rispetto a quanto teorizzato dall'economia dell'ambiente, che generalmente ha posizioni più convenzionali su temi come la crescita economica e l'ottimizzazione dei processi.

La sanità come "ecosistema"

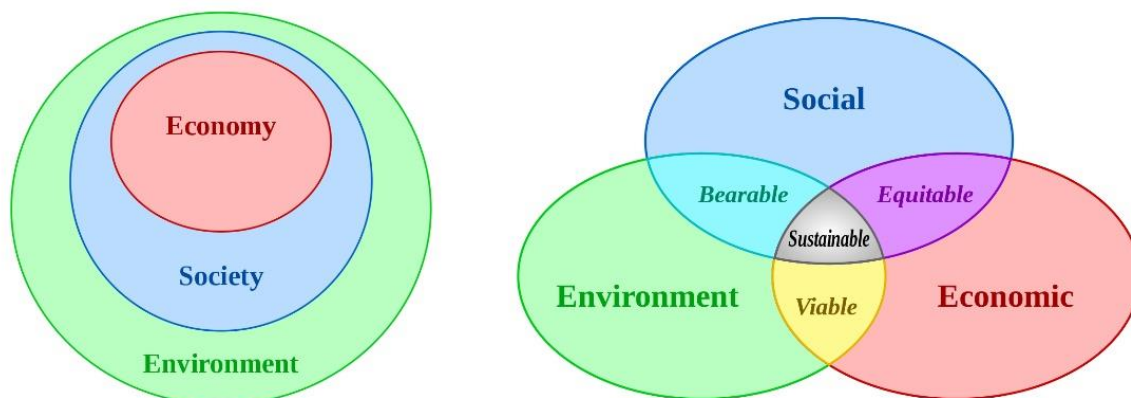
"Ecosistemi" e "sistemi ambientali sani" sono necessari per la sopravvivenza della specie umana e degli organismi viventi.

Il percorso verso il raggiungimento della sostenibilità rappresenta anche una sfida sociale che coinvolge legislazioni e diritti, sia internazionali che nazionali, i sistemi urbani e i trasporti, gli stili di vita locali e individuali e il consumo.

Per vivere in modo più sostenibile si può ricorrere ad alcune strategie, come la riorganizzazione delle condizioni di vita, delle modalità lavorative, dell'utilizzo delle scienze per lo sviluppo di nuove tecnologie, oppure la progettazione di sistemi flessibili e reversibili, oltre che l'adattamento degli stili di vita individuali e collettivi per garantire la conservazione delle risorse naturali, che non sono infinite.

Si è soliti rappresentare tali obiettivi usando tre ellissi nidificate per indicare che i tre pilastri della sostenibilità non si escludono a vicenda ma, a loro volta, si rafforzano.

Di fatto, i tre pilastri sono interconnessi, tanto che, in una prospettiva a lungo termine, nessuno dei tre può sussistere senza gli altri.



Quanto sopra richiede conseguentemente di affrontare il tema della sostenibilità del SSN tenendo conto sia della sua riproduzione nel tempo (sopravvivenza) che della sua riforma/ottimizzazione interna.

Dopo la pandemia da SARS-COV-2 e la sindemia che ne è derivata, nulla sarà come prima ... anche nel SSN.

L'approccio "One Health" in Italia e sue (im)possibili implementazioni

Con l'inclusione formale del "Programma Ambientale" delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHAI nel 2022, e con il successivo lancio del "Global One Health Joint Plan of Action" (2022-26), si è creata un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio "One Health".

Un primo passo importante è stata la pubblicazione di una definizione di "One Health" approvata e condivisa tra le quattro organizzazioni internazionali con la definizione dei suoi principi di base, come segue:

"One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita, energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile" [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021]

Tra le affermazioni di principio è il contesto reale ci sono sempre differenze sostanziali ...

Negli articoli apparsi su "Quotidiano sanità", in data 10 febbraio 2023, intitolato "L'approccio "One Health" e le policy per la sua gestione", affermavamo che "le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto che è necessario un approccio inter e transdisciplinare", e in quello pubblicato in data 21 febbraio 2023, intitolato "One Health" in Italia. Siamo ancora molto lontani" affermavamo che "Le criticità presenti nel nostro Paese non consentono, se non risolte, di sviluppare coerenti politiche di "One Health" se non di facciata. Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario." Rimane un grande problema di "sostenibilità" del SSN e in questo siamo d'accordo con Ivan Cavicchi.

Il PNRR da solo non basta

Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario.

Si tratta di lavorare per l'Integrazione delle competenze istituzionali (Ministeri afferenti) e a cascata di quelle Regionali e Locali.

Dati i limiti di manovrabilità economico finanziaria, se il PIL non risale, i margini di operatività per politiche integrate di "salute" obiettivamente sono ridotti.

"One Health" è stato posto al centro della visione del PNRR. Coerentemente dovremmo tenere conto della realtà e finalizzare tutte le politiche connesse al tema salute in una ottica di loro "integrazione".

Questo potrebbe essere possibile solo con un forte coordinamento istituzionale sia a livello nazionale che regionale.

La diaspora politica delle Giunte Regionali e i diversi modelli di SSR non aiutano in questa prospettiva. Siamo in salita e ci sarà molto da lavorare, sempre che ci sia voglia di misurarsi fino in fondo con i contenuti dell'approccio "One Health" ... e con la "sostenibilità" di SSN/SSR.

Occorre misurarsi con il tema della riflessione critica sul modello di "economia globalizzata" messo in discussione dalle componenti della "tempesta perfetta" in cui oggi ci troviamo, ovvero, cambiamenti climatici e ambientali, pandemie in essere e altre eventuali in incubazione sullo sfondo, guerre e sindemie connesse, crisi energetiche e diseguaglianze economiche e sociali e diseguaglianze di salute, migrazioni climatiche e ambientali e legate alla siccità e alle crisi produttive, che determinano le tendenze negative della fertilità e i "deserti demografici" in cui siamo calati.

Tutto è concatenato e ci dice che il mercato non può essere lasciato al suo libero sviluppo pena crisi successive e sempre più gravi. Bolle speculative sono sempre possibili e sotto osservazione e le loro conseguenze rischiano di essere sempre più dirompenti.

Non è un caso se nelle più qualificate Università dei maggiori Paesi si riscoprono autori del passato e si ragiona su diversi modelli economici e produttivi e statuali e sul rapporto tra economia e stato.

Si torna ad approcci di tipo "neo keynesiano", rivisto e adattato all'attuale contesto ... se basterà, ovviamente.

Il ruolo e le competenze delle professioni sanitarie e recupero di "appropriatezza"

Abbiamo poi il tema delle nuove competenze e dei nuovi skill da garantire agli operatori sanitari, sociosanitari e sociali con uno sguardo al futuro.

Assistiamo dovunque ad un depauperamento delle risorse strutturali definite dalle competenze professionali.

Assistiamo non solo ad una insufficienza numerica dei professionisti, ma anche alla assoluta inadeguatezza della programmazione rispetto alle loro competenze specifiche da sviluppare, in termini di specialità disciplinari.

Vi è un diffuso tema di recupero di "appropriatezza" delle cure.

Il Decreto Lorenzin sulla "appropriatezza" in realtà è stato la risultante di un lavoro di anni di decine di società scientifiche che nell'ambito del progetto "Fare di più non vuol dire fare meglio", capo fila il movimento "Slow Medicine", ha raccolto più di 2.400 procedure assistenziali non basate su evidenze cliniche, ma ancora largamente usate dagli operatori sanitari in un approccio "si è sempre fatto così" ...

C'è un enorme lavoro da fare per recuperare "appropriatezza" che in sanità pubblica diventa subito "equità" e "universalismo" e impatta su accesso ed erogabilità dei LEA e dei LEPS.

Uniformare i modelli organizzativi per garantire accessibilità alle cure ed “equità”

Nel PNRR viene ribadita la centralità del SSN, dettando criteri uniformi per i Sistemi Sanitari Regionali e proponendo un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

Crediamo che questa sia la strada da percorrere per rispondere in modo concreto e integrato tra sanitario e sociale ai bisogni di salute del Paese.

Ed è la strada per affermare anche nel nostro Paese un approccio “One Health”.

Si deve partire dall’analisi dei bisogni di salute delle popolazioni come “starting point” epidemiologico e poi si potranno declinare gli “strumenti” della programmazione sanitaria dal lato della “offerta” di servizi.

Questo per poter affermare una “clinical governance” e un governo economico/finanziario come gestione delle compatibilità per garantire un sistema universalistico, equo, solidale e di qualità e sostenibile.

Infatti “... L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute del singolo paziente”. [“Il PNRR e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate”, 26 novembre 2021 (Quotidiano sanità)].

Inoltre “... Applicando metodologie e strumenti ad hoc è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio “One Health”, centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti. Questo recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure, garantendo equità e universalismo. Il che comporta fare programmazione dal lato di una lettura della domanda di sanità e salute e non più solo dal lato dell’offerta che si vuole autoriprodurre”. [“Dagli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni”, 23 gennaio 2023 (Quotidiano sanità)].

Affermare la “sostenibilità” del SSN e dei SSR

La sostenibilità di solito discende dallo studio dei sistemi, tra le cui caratteristiche assumono rilevanza proprietà quali la capacità di carico, le possibilità di autoregolazione, la resilienza e la resistenza che, nel loro insieme, influiscono sulla stabilità dell’ecosistema.

Un ecosistema, come la sanità, in equilibrio è implicitamente sostenibile. Inoltre, maggiore è la sua stabilità maggiori sono le sue capacità di autoregolazione rispetto a fattori interni, e soprattutto esterni, che tendono ad alterarne lo stato di equilibrio.

I fattori che ancor più disturbano l’equilibrio degli ecosistemi sono le relazioni che gli stessi instaurano con altri tipi di sistemi complessi.

L’interazione tra sistemi complessi aumenta le probabilità di perturbazioni e fa aumentare il rischio di alterazioni irreversibili.

In particolare, la ricerca pone attenzione sulla possibilità che si verifichino le cosiddette “reazioni non lineari”, alterazioni irreversibili dell’equilibrio di un sistema in prossimità di valori soglia della capacità di carico, o se si vuole di recupero, del sistema stesso.

La capacità di risposta e regolazione dei sistemi interessati dalle perturbazioni a sua volta è tanto maggiore quanto più grande è la varietà strutturale e funzionale del sistema. Nelle sanità pubblica siamo già a questo livello di complessità.

Non si può non condividere quanto afferma Ivan Cavicchi nel già citato articolo del 15 maggio, “... questa idea molto riduttiva di sostenibilità nasce nel momento in cui la politica decide di trasformare, per ragioni di spesa il diritto fondamentale alla salute in un diritto potestativo, cioè nel momento in cui i diritti cominciano ad essere percepiti addirittura come ostacolo allo sviluppo per cui la politica del tempo decide la svolta neoliberista cioè di spalancare le porte tanto all’azienda che al privato (legge 502 e legge 229). Cioè paradossalmente il privato diventa una garanzia di sostenibilità”.

I tagli al FSN in questi anni sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il “Jobs Act” è stata finanziata la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a €. 3.200,00 pro-capite nell’ambito del così detto “welfare aziendale” di cui “magna pars” è la “sanità integrativa”.

Il montante consolidato è, guarda caso, di circa 37,0 mld di Euro.

È una semplice coincidenza contabile? Sinceramente non crediamo che sia così.

È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti “*poteri forti*” del nostro Paese. Personalmente crediamo che quanto è “*profit*” non può essere “*equo*” e “*universale*”, se non altro perché chi è “*profit*” deve accumulare e riprodurre nel tempo le sue attività minimizzando i costi e massimizzando i ricavi.

Chi è “*pubblico*” dovrebbe essere messo in grado di perseguire obiettivi di salute e rendicontare con trasparenza le sue performance alle comunità. È tutto un altro approccio ...

Conclusioni

“La sostenibilità, come sostiene Ivan Cavicchi, ... non può essere solo ciò che è compatibile con l’economia, ma deve essere un equilibrio tra i benefici sociali prodotti per mezzo della produzione di salute come ricchezza e i costi necessari per garantire ai cittadini le cure più adeguate. Costi ovviamente che andranno riqualificati anche radicalmente a partire da un nuovo rapporto tra medicina e sanità.

Ormai la riqualificazione dei costi della cura passa per una riqualificazione delle prassi professionali, cioè per il lavoro, che però non potrà avvenire senza che vi sia un coraggioso ripensamento dei modi di far la medicina oggi. La riqualificazione dei costi della cura non può essere delegata all’economicismo delle aziende ma deve essere restituita agli operatori” ... e aggiungerei ai pazienti e alle comunità.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113926

quotidianosanità.it

È sostenibile il welfare in Italia?

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma, Docente LUISS Business School Roma.

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Per vincere la sfida che l’aumento delle cronicità, da un lato, e delle disuguaglianze, dall’altro, ci pone dobbiamo diventare padroni delle idee e delle tecnologie nuove per saperle implementare e così migliorare le cure, affrontare le situazioni di fragilità e marginalità e mitigare le differenze sociali e di salute tra i cittadini.

06 DIC -

Il Rapporto 2024 del Think Tank “*Welfare Italia*” – Partecipato da UNIPOL SAI e Studio Ambrosetti – affianca, per la prima volta, al tradizionale Osservatorio sulle dinamiche tendenziali e congiunturali del welfare l’analisi dei fattori di rischio che indeboliscono l’effettiva fruizione dei servizi da parte dei cittadini: le dinamiche della finanza pubblica, i trend demografici, i divari socio-territoriali e nell’accesso ai servizi.

Per gestire questi fattori di rischio sono state identificate cinque linee di attività possibili: l’integrazione della tecnologia, la gestione della demografia, le politiche infrastrutturali, la valorizzazione del ruolo del privato e le politiche del lavoro e della formazione.

Per rendere l’ecosistema welfare un contesto competitivo e un fattore di crescita per il Paese a supporto di questa analisi è stata realizzata anche la mappatura della sua “*filiere estesa*”.

Quanto ci costa il welfare in Italia?

Il welfare nel nostro Paese, nelle sue componenti macro (sanità, politiche sociali, previdenza, istruzione), nel 2022 costa 642,7 miliardi di Euro ed è ancora la principale voce di spesa pubblica (il 58,9% del totale) anche se con un -4,3% rispetto all'anno precedente arriva al valore più basso a partire dal 2009.

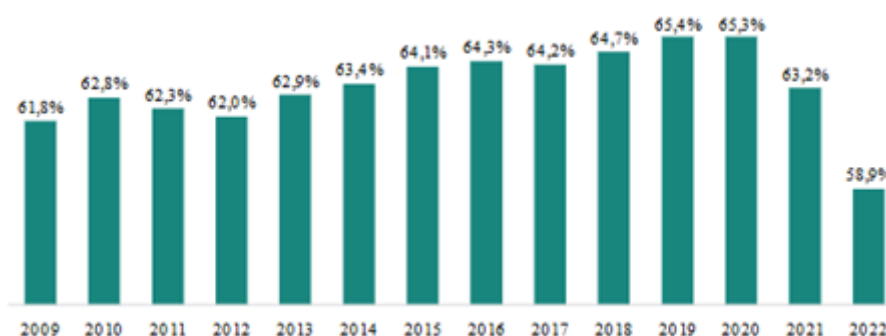


Figura 1. Peso della spesa in welfare sul totale della spesa pubblica in Italia (valori percentuali), 2009-2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Dei 642,7 miliardi di euro del 2022 la componente previdenziale ne assorbiva il 48,9%. Seguivano la spesa sanitaria (21,5%), quella per le politiche sociali (17,3%) e quella per l'istruzione (12,3%).

Rispetto al 2019, anno di riferimento precedente all'insorgenza della pandemia da SARS-COV-2, la previdenza ha subito un calo (-1,9%); questo a fronte di un aumento della spesa in politiche sociali (+1,9%), mentre per sanità e istruzione si registra un andamento invariato rispetto al 2019 pari, rispettivamente, al 21,5% e al 12,3% della spesa totale in welfare.

Se confrontiamo questi dati con quelli UE viene confermato lo sbilanciamento dell'Italia verso la componente previdenziale. Il nostro Paese risulta il primo tra i Big-4 europei per incidenza della spesa in previdenza rispetto al PIL (16,2% rispetto ad una media del 12,3% dell'Eurozona). L'Italia è invece l'ultima per la spesa nell'istruzione (4,1% del PIL rispetto ad una media EU pari al 4,6%) per quella delle politiche sociali (5,7% del PIL contro una media dell'Eurozona pari al 7,3%), e per quella della sanità (6,9% del PIL contro una media UE del 7,9%).

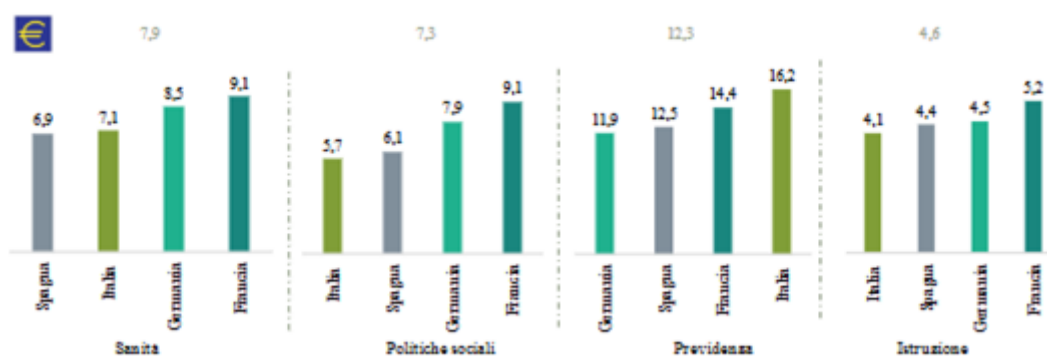


Figura 2. Peso della spesa in welfare in Italia e in confronto ai principali Paesi europei nei quattro pilastri (valori in percentuale del PIL), 2022. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

Nel 2024 prosegue l'incremento di tutta la spesa per il welfare

Sempre per "Welfare, Italia", nel periodo 2019-2024 la spesa in welfare in assoluto, anche a causa delle dinamiche di spesa connesse alla pandemia SARS-COV-2, è aumentata in tutte le sue componenti: politiche sociali +24,8%, previdenza +22,8%, sanità +20,0% e istruzione +14,4%.

Nell'ambito delle politiche sociali, per il 2024 le stime contenute nel Documento di Economia e Finanza (DEF) prevedono un aumento del 4,0% rispetto al 2023. Per la spesa sanitaria prevista per il 2024 è (pari a 138,8 miliardi di Euro) si prevede nel 2024 in aumento del 5,8% a causa della crescita del 9,7% dei redditi da lavoro

dipendente del personale del SSN, dell'incremento di spesa per consumi intermedi del 2,9% (soprattutto prodotti farmaceutici, per i quali si stima una crescita del 7,1%).

È prevista anche la crescita della spesa per l'assistenza medico-generica (+14%), dovuta essenzialmente agli oneri relativi al rinnovo delle convenzioni per i trienni 2019-2021 e 2022-2024, e per un aumento del 5,2% delle prestazioni sociali in natura, corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori market (in particolare, l'assistenza farmaceutica convenzionata in crescita del 4,7%).

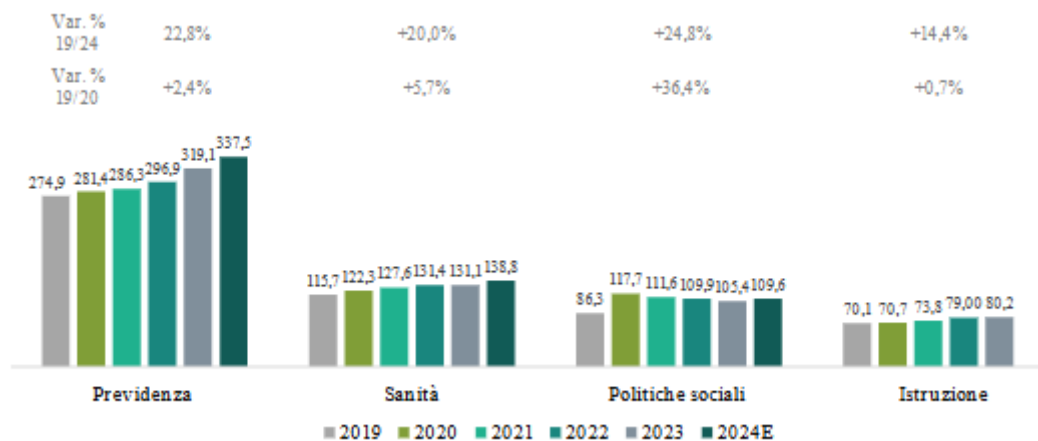


Figura 3. Andamento della spesa pubblica di welfare (miliardi di Euro e variazione percentuale), 2019-2024. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano Strutturale di bilancio a medio termine ed Eurostat, 2024. N.B per la voce istruzione non sono disponibili le previsioni al 2024. Il dato al 2023 rappresenta una previsione calcolata sulla base del tasso di crescita medio annuo composto nel periodo 2011-2022.

Servirebbero 176 miliardi di euro per garantire la sostenibilità del sistema welfare entro il 2030

Il welfare italiano deve rispondere ai crescenti bisogni di protezione all'interno di un sistema economico con pochi margini di spazio fiscale, in quanto condizionato da un quadro di finanza pubblica critico se pur in progressivo miglioramento, come dai dati relativi al 2023 sul rapporto deficit/PIL (pari al - 7,2%, il più alto tra i Paesi dell'UE) e rapporto debito pubblico/PIL (pari al 134,6% del PIL, il 2° valore più alto nell'UE dopo la Grecia), resta uno dei più compromessi a livello europeo.

A complicare ulteriormente il delicato quadro di finanza pubblica italiano vi sono le nuove regole relative alla governance economica europea.

L'ultima riforma cambia il precedente impianto regolatorio europeo, modificando i meccanismi di monitoraggio e le modalità di programmazione della politica di bilancio degli Stati.

Come Italia dovremo apportare una correzione di bilancio, notificataci dalla Commissione Europea, pari a circa 12-14 miliardi di Euro/anno per i prossimi sette anni, e consolidare le previsioni della spesa in welfare contenute nel Piano Strutturale di Bilancio di medio termine 2025-2029 per il periodo 2024-2027.

Seguendo l'analisi proposta da "Welfare-Italia" e stimando il tasso di crescita medio annuo per il periodo 2028-2030, nei prossimi 7 anni occorrerà trovare circa 94,8 miliardi di Euro (pari a circa il 15% dell'attuale spesa in welfare) di risorse aggiuntive per garantire la sostenibilità del sistema.

Se consideriamo gli effetti derivati dalla correzione di bilancio citata in precedenza, il complesso delle risorse è stimabile in circa 176 miliardi di Euro.

Come fare?

Dove reperirli?

Questo è il problema.

	2023	2024	2025	2026	2027	2028e	2029e	2030e	Risorse aggiuntive 2025-2030
Spesa previdenziale	319,2	337,5	345,4	356,0	366,5	376,7	387,3	398,1	60,6
Spesa sanitaria	131,1	137,9	141,9	145,0	147,5	150,8	154,3	157,7	19,8
Spesa per politiche sociali	105,3	109,5	110,2	111,5	112,9	114,0	115,1	116,3	6,8
Spesa per istruzione	79,0	80,2	81,4	82,7	83,9	85,2	86,5	87,8	7,6
Totale spesa di welfare	634,6	665,1	678,9	695,1	710,8	726,8	743,1	759,9	94,8
Correzione di bilancio			12,4	12,8	13,2	13,5	13,9	14,2	80,0
Totale									175,8

Figura 4. Proiezione della spesa di welfare nel periodo 2023-2030 (miliardi di Euro).

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Piano strutturale di bilancio di medio termine 2025-2029 e Istat, 2024. N.B Le stime per il periodo 2028-2030 si basano sul tasso di crescita medio annuo ipotizzato dal Piano nel periodo 2024-2027

Il calo demografico continua nel 2023 con il minimo storico di nascite: - 379 mila unità (-3,6% rispetto al 2022)

Come è noto le dinamiche demografiche sono una variabile rilevante per capire i cambiamenti sociali ed economici in atto nel nostro Paese e per valutare le sfide a cui è chiamato il sistema di welfare nel suo complesso.

La popolazione italiana, in crescita costante dall'inizio del Novecento, dal 2014 ha avviato un percorso di progressiva diminuzione. Il tasso annuo medio di crescita nel periodo 1900-2014 è stato +0,5%, mentre nel periodo 2014-2023 è diventato negativo: -0,4%.

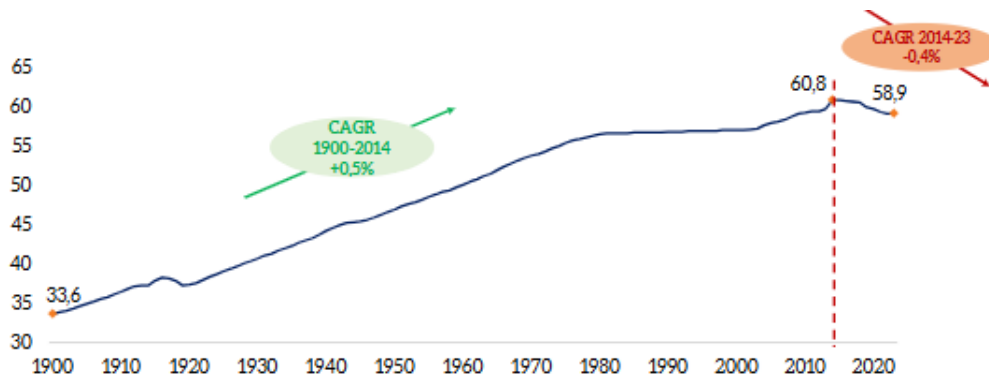


Figura 5. Popolazione residente in Italia (milioni), 1900-2023.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

Il calo demografico del Paese al 31 dicembre 2023, si sostanzia in una diminuzione di -7,4 mila unità rispetto all'anno precedente.

Quindi nel 2023 in Italia la popolazione residente ammonta a 58,9 milioni di unità con un minimo storico di nascite: 379 mila (-3,6% rispetto al 2022) che, combinato con un numero di decessi pari a 660 mila (-8,0% rispetto al 2022), ha contribuito ad un saldo naturale negativo di -281 mila unità.

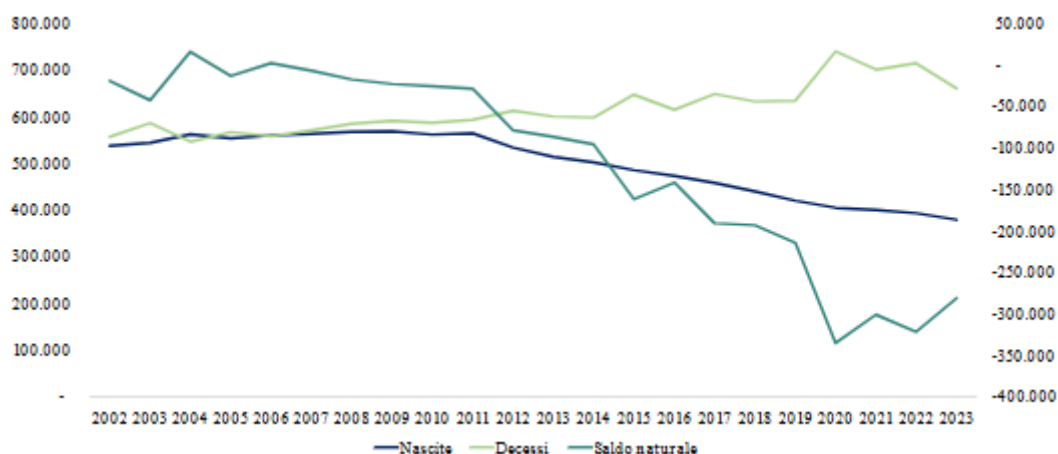


Figura 6. Saldo naturale della popolazione residente in Italia (valori assoluti), 2002-2023.

Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Istat, 2024.

Il tasso di natalità in Italia nel 2023 risulta pari a 6,4 nascite per 1.000 abitanti. Questo indice è in progressiva diminuzione negli ultimi undici anni: tra il 2013 (tasso di natalità pari a 8,5) e il 2023 si è registrata una diminuzione di 2,1 nascite ogni 1.000 abitanti.

Questa tendenza è ancora più evidente se confrontata al contesto europeo. L'Italia registra, con riferimento al tasso di natalità, il dato più basso nell'Unione Europea, con una distanza di 4,7 nascite dal valore massimo (Cipro con 11,1 nascite ogni 1.000 abitanti) e di 1,8 nascite dalla media dell'Unione Europea (8,2 nascite ogni 1.000 abitanti).

In Italia divari sociali e territoriali e una diffusa povertà

Nel nostro Paese, come osservata da numerosi osservatori sociali (CREA Sanità, Equitalia, Fondazione "B. Visentini", etc.) nel 2023 il 22,8% della popolazione – quasi 1 su 4 - risulta a rischio povertà o esclusione sociale.

Comunque un valore in diminuzione di -1,6% rispetto al 2022 (24,4%) e inferiore di -1,8% rispetto al valore registrato nell'anno pre-pandemico del 2019 (24,6%).

Vedi il nostro articolo "Sostenibilità del welfare e resilienza della sanità pubblica" su "Quotidiano sanità"

Come Paese siamo tra i Paesi UE Top-10 per la percentuale di popolazione a rischio povertà ed esclusione sociale con una percentuale di +1,4% rispetto alla media europea del 21,4%.

Sono le Regioni del Sud Italia a registrare le percentuali più alte di persone a rischio povertà ed esclusione sociale in UE.

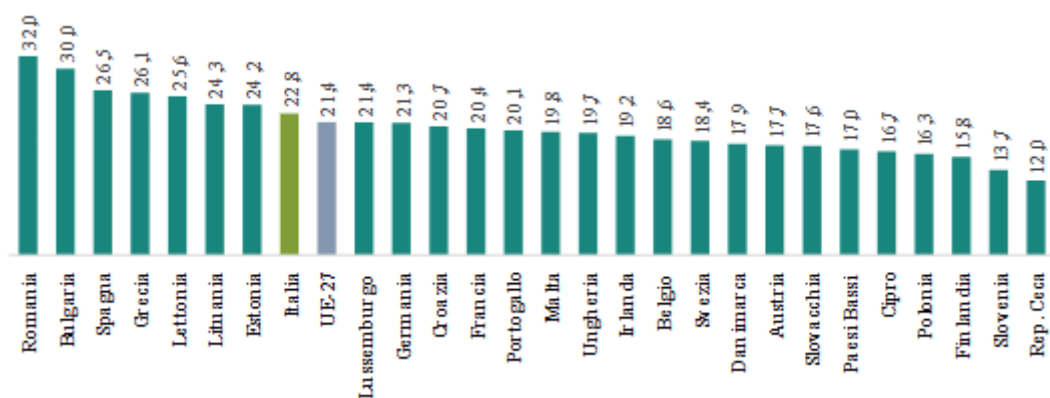


Figura 7. Persone a rischio povertà ed esclusione sociale nei Paesi dell'Unione europea (valori percentuali),

2023. Fonte: elaborazione TEHA Group su dati Eurostat, 2024.

I divari territoriali incidono anche sugli accessi ai servizi di welfare disponibili per i cittadini. Se consideriamo la percentuale di anziani trattati in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) la distanza tra le Regioni *best* e *worst performer* è pari all'84%.

In particolare l'ADI in Calabria è garantita a meno dell'1% degli over-65 anni.

Secondo ISTAT nel 2023 l'incidenza della povertà assoluta in Italia era pari all'8,5% tra le famiglie (in aumento dello 0,2% rispetto al 2022 quando era pari all'8,3%) e al 9,8% tra gli individui (in aumento di +0,1% rispetto al 2022 quando era pari al 9,7%). In termini assoluti, la quantificazione è di circa 2 milioni 235 mila famiglie e 5 milioni 752 mila individui in stato di povertà assoluta, quasi il 10% della popolazione italiana!

In particolare tra il 2014-2023 l'incidenza della povertà assoluta tra le famiglie è aumentata di +2,3%, passando dal 6,2% all'8,5%, mentre tra gli individui ha registrato un aumento di +2,9% (dal 6,9% al 9,8%). L'incidenza della povertà assoluta familiare più basse sono nel Centro Italia (6,8%) e nel Nord (8,0%) e le più alte nel Sud (10,2%) e nelle Isole (10,3%).

I divari sociali sono stati acuiti dalle dinamiche inflattive. Nel 2023 in Italia il tasso di inflazione annuale, misurato tramite l'IPCA, era pari al +5,9%, superiore di +0,5% rispetto alla media dell'Eurozona (+5,4%) ma in diminuzione di -2,8% rispetto all'anno precedente (+8,7%).

Ad aver registrato il maggior incremento i prezzi dei beni alimentari (+10,2%) e dei servizi (+4,5%), mentre in forte decelerazione rispetto al 2022 risulta il prezzo dei beni energetici (+1,1%), i quali, nel corso del 2022, avevano ampiamente sostenuto la corsa dell'inflazione.

Le forti spinte inflattive, seppur in diminuzione rispetto all'anno precedente, hanno determinato una riduzione del potere di acquisto delle famiglie dell'1,8% nel 2022 e dello 0,5% nel 2023.

Divisioni tra nord, centro e sud nella capacità di risposta dei sistemi di welfare regionali

Nel Rapporto *"Welfare Italia 2020"* è stata sottolineata la forte eterogeneità tra i territori del Paese, sia con riferimento al sistema di welfare sia per quanto riguarda gli impatti del COVID-19 e le relative conseguenze redistributive legate a povertà assoluta e disoccupazione.

Nel Welfare Italia Index 2024 l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la P.A. di Trento (79,7 punti), seguita dall'Emilia Romagna (79,5 punti) e dalla P.A. di Bolzano (78,5 punti).

Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (59,5 punti), la Campania (58,6 punti) e la Calabria (56,1 punti).

L'edizione 2024, rispetto ai dati 2023, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane. Il divario tra Regione virtuosa e non è infatti pari a 23,6 punti (+0,7% rispetto all'anno precedente).

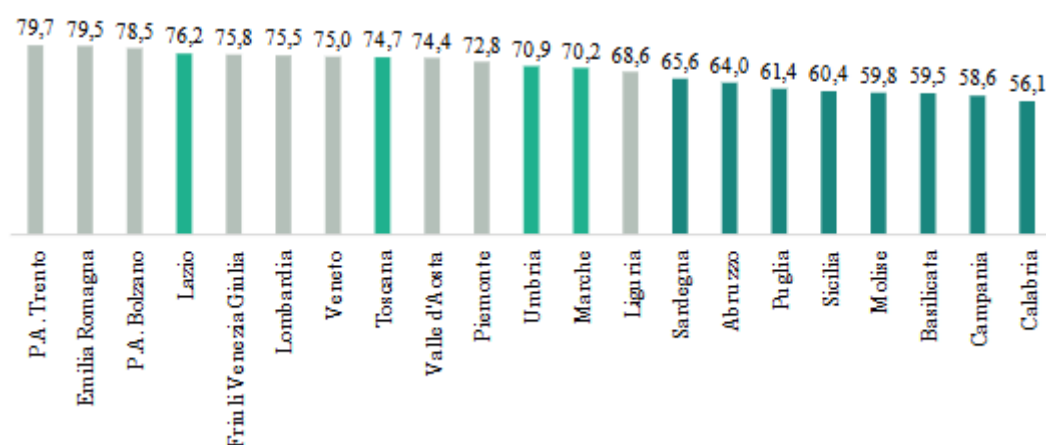


Figura 8. Classifica del Welfare Italia Index 2024 (valore indice su una scala da 0=min a 100=max).

Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024.

La filiera welfare italiana

È costituita dagli organismi significativi nell'erogazione di servizi e prestazioni legate alla sanità, alle politiche sociali, alla previdenza e all'istruzione. Ampliando la prospettiva in ottica di "filiera allargata", questi enti si inseriscono all'interno di un sistema sostenuto da una pluralità di attori:

- Enti che regolano, ovvero Ministeri e amministrazioni centrali e locali;
- Enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da istituti assicurativi e bancari, nonché da casse, associazioni e fondi;
- Strutture che erogano servizi, come strutture ospedaliere, case di comunità, istituti educativi e formativi, e agenzie per il lavoro;
- Professionisti che erogano prestazioni, tra cui i professionisti sanitari, il corpo docenti, gli assistenti sociali, i dipendenti delle pubbliche amministrazioni e delle imprese.

Nella Figura 9 sono rappresentati i numeri chiave dell'«ecosistema-welfare» dell'Italia derivanti dal modello sviluppato dal Think Tank "Welfare, Italia".

Nella parte superiore si collocano gli enti che gestiscono ed erogano risorse, rappresentati da 759 investitori istituzioni con 966 miliardi di Euro di patrimonio gestito e 46 miliardi di Euro di investimenti in economia reale.

Al livello sottostante agiscono quegli enti coinvolti direttamente (primo livello) o indirettamente (secondo livello) nell'erogazione di servizi; si tratta, nel complesso, di 425mila enti pubblici e privati (profit e no profit). L'erogazione di queste prestazioni è assicurata da 4,3 milioni di lavoratori, a cui si sommano gli oltre 4,6 milioni di volontari che operano nel Terzo Settore. L'impatto generato da enti e professionisti è quantificabile in 206 miliardi di Euro in termini di valore della produzione.

Valorizzare le competenze per rendere l'«ecosistema-welfare» un fattore di crescita socio-economica del Paese

Un ruolo chiave all'interno della filiera è svolto dalle professioni di welfare che, tuttavia, già oggi registrano importanti deficit nella forza lavoro presente rispetto a quella necessaria.

Per quanto riguarda la disponibilità di competenze avanzate, necessarie per assicurare innovazione e competitività, nel 2023 solo il 19,2% della popolazione italiana nella fascia 15-64 anni deteneva un titolo di studio terziario, il 2° valore assoluto più basso nella UE e inferiore del 11,7% rispetto alla media.

Occorre tener presente l'impatto dello *skills mismatch* (disallineamento tra le competenze offerte dai lavoratori e quelle richieste dalle imprese): il 45% degli ingressi di lavoratori richiesti dalle imprese sono di difficile reperimento (2,5 milioni di persone) e il costo dello *skill mismatch* per il Paese ammonta a 43,9 miliardi di Euro. Il Paese subisce un danno economico per i giovani formati in Italia che decidono di emigrare all'estero che è pari a 4,2 miliardi di Euro.

Nel 2022 sono stati oltre 30mila i laureati italiani emigrati all'estero (tra il 2013 e il 2022 il valore totale è di quasi 260 mila, superiore alla popolazione del Comune di Verona), che considerando un costo medio per la formazione che può attestarsi intorno a 139 mila Euro, portano a una perdita complessiva per il sistema Paese pari a circa un quinto della manovra finanziaria del 2023.

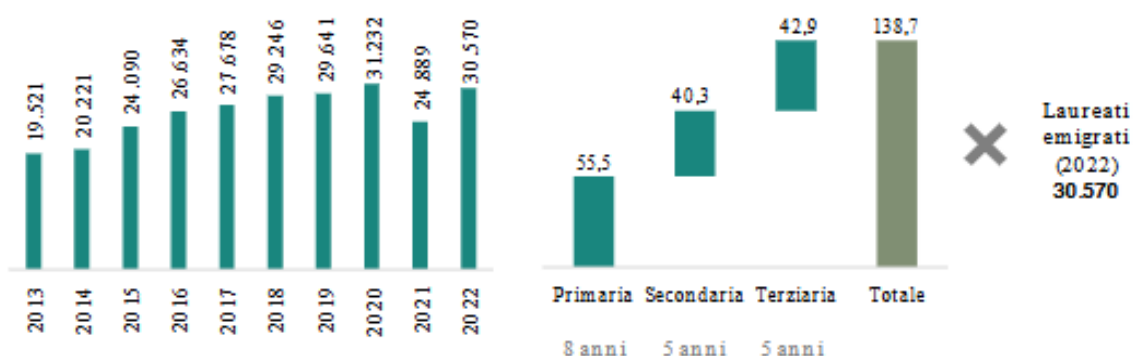


Figura 9. Destra: Costo per la formazione di uno studente per tipo di formazione (migliaia di Euro), 2022.
Sinistra: Laureati italiani emigrati all'estero (numero), 2013-2022
Fonte: elaborazioni. TEHA Group su dati Istat, 2024

Policy attive su long-term care, competenze e digitalizzazione

Alla luce dello scenario di riferimento delineato, il Think Tank “Welfare Italia” ha inteso porre l’attenzione su quali siano le opportunità del sistema di welfare per diventare effettivamente universale senza aumentarne i costi. Il Think Tank propone tre specifici ambiti d’azione su cui si dovrebbe agire:



Figura 10. Gli ambiti d’azione del Think Tank “Welfare, Italia” per l’edizione 2024.
Fonte: elaborazione TEHA Group, 2024

I. Promuovere il contributo della Long-Term Care

Introdurre una normativa nell’ambito della Long-Term Care, che la renda di tipo mutualistico collegata ai Fondi pensione o anche ai fondi di sanità integrativa.

II. Lanciare un piano di sviluppo delle competenze del welfare

Realizzare un Piano strategico di sviluppo delle competenze del welfare, coinvolgendo le istituzioni nazionali ed internazionali oltre che i diversi stakeholder provenienti dal mondo delle imprese e della società civile, che focalizzi il cambiamento indotto dall’evoluzione demografica e tecnologica.

III. Creare un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare come obiettivo di digitalizzazione del Paese

Creazione di un punto di accesso unico digitale per i servizi di welfare – integrato nell’attuale ecosistema di servizi e piattaforme pubbliche digitali (App IO, It Wallet, ecc.) – che consenta ai cittadini di consultare attivamente tutti i servizi di welfare.

Conclusioni

In Italia era da tempo che cittadini e forze politiche sembravano distratte da ciò che stava accadendo al nostro servizio sanitario quando, finalmente, l’interesse pubblico è tornato, così come la percezione che un SSN che funziona come deve è un bene di straordinario valore.

Dal Governo alle forze d’opposizione, dai tecnici agli scienziati, tutti affermano di salvare il SSN e alcuni anche di sapere come fare. È apprezzabile ma ancora non basta a rassicurarci. Le criticità accumulate e la rapidità del cambiamento generale sono difficoltà oggettive che dovrebbero intimorire anche i più audaci.

Nell’arco di tempo che una volta definiva il passaggio di tre generazioni abbiamo assistito alla successione di tre epoche caratterizzate da profonde innovazioni e cambiamenti culturali e sociali. In campo sanitario oggi dobbiamo confrontarci con tre elementi tra loro connessi: variazione demografica, quadro epidemiologico conseguente e innovazione tecnologica, in particolare quella digitale con la rivoluzione dell’IA.

Modalità e luoghi di cura sono destinati a mutare con rapidità perché demografia, epidemiologia, crisi ambientale e rivoluzione digitale stanno ridefinendo finalità ed impegni dei SSN e anche la rilevanza dei luoghi di cura.

Il “point of care” cruciale non è più né l’ospedale né un altro luogo definito ma si sposta insieme all’individuo protagonista della cura fino ad occupare in futuro anche spazi virtuali, ma non per questo meno reali ed efficaci.

La lettura del rapporto “Welfare Italia” è un buon stimolo ad avere quella visione sistemica di cui chi opera nel mondo sanitario ha bisogno per acquisire la giusta consapevolezza che non tutto si determina al suo interno.

Per vincere la sfida che l’aumento delle cronicità, da un lato, e delle diseguaglianze, dall’altro, ci pone dobbiamo diventare padroni delle idee e delle tecnologie nuove per saperle implementare e così migliorare le cure, affrontare le situazioni di fragilità e marginalità e mitigare le differenze sociali e di salute tra i cittadini. In questo nuovo contesto culturale non può mancare l’uso di nuove metriche che vanno oltre i tradizionali indicatori clinici (come mortalità e morbilità e simili) così come di quelli del sistema di Garanzia dei LEA, per includere misure di qualità della vita, soddisfazione dei cittadini e degli operatori, impatto sociale e sostenibilità delle cure.

Queste metriche potranno fornire una visione più completa della qualità dell’assistenza sanitaria e creare conoscenze condivise e quindi spazi consistenti di cooperazione all’interno dei diversi interventi di welfare possibili, rafforzandone il ruolo.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126317

quotidianosanita.it

Sostenibilità del welfare e resilienza della sanità pubblica

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, DiSSE, Università “Sapienza”, Roma;

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.

Siamo d’accordo - come potrebbe essere altrimenti? - sulla necessità di un confronto reale sullo stato dell’arte della sanità pubblica italiana e del settore sanitario e sociosanitario e sociale del nostro Paese. Incoraggiamo l’idea di una ricontestualizzazione l’art 32 della Carta Costituzionale, ma con grandi cautele. I diritti vanno maneggiati con estrema cura. Più difficile è capire gli interlocutori possibili, ma ineludibile è identificarli e coinvolgerli

08 LUG -

Riforme istituzionali e welfare

Il dibattito in corso sulle prospettive del nostro SSN si intreccia con le iniziative legislative dell’attuale Governo su due temi che impattano pesantemente sulle prospettive del sistema pubblico, ovvero, l’assetto istituzionale del Paese e la cosiddetta “Autonomia Differenziata”.

Entrambi i progetti legislativi, già in parte promulgati, vedi la firma del Presidente della Repubblica Mattarella alla Legge sull’Autonomia Differenziata cambiano gli assetti di potere e di governance del Paese e rischiano di cristallizzare le differenze esistenti tra le Regioni e le PPAA. Molte voci si sono levate per denunciare i rischi possibili o quasi certi.

Nulla è valso per avere un dibattito reale e fattivo.

Il Premierato e l’Autonomia Differenziata sono provvedimenti “identitari” per le forze di maggioranza.

Nonostante che molti costituzionalisti avessero raccomandato di procedere con un approfondito confronto e un’attenta verifica degli impatti dei provvedimenti legislativi e dei “bilanciamenti di poteri” che sono presenti nella nostra Carta Costituzionale e che dovrebbero essere mantenuti a garanzia di tutte le parti politiche, si è preferito procedere a voti di maggioranza.

Una stagione difficile

Anni di PIL più o meno "piatto" o con leggere "positività", comunque inferiori di molto alle medie UE e OECD. Anni di bassi salari e caduta degli investimenti. Anni di tagli per rispettare i vincoli di bilancio di Maastricht, la "spending review". I tagli "strutturali" del Governo Monti e successivi.

Anni che hanno visto l'introduzione del "Job Acts" e del "welfare aziendale" con dentro la "sanità integrativa" pagata con la defiscalizzazione dallo Stato, ovvero da noi tutti cittadini, con un effetto cumulato negli anni pari a oltre 37 Miliardi di Euro, uguale ai tagli del Fondo Sanitario Nazionale effettuati da tutti i Governi che si sono succeduti che assommano, guarda caso, a 37 miliardi di euro.

Una coincidenza? Non crediamo, anzi ...

Dalla Riforma del Titolo V all'autonomia differenziata

Già la Riforma del Titolo V della Carta Costituzionale, approvata frettolosamente alla vigilia di una tornata elettorale, ha mostrato notevoli problemi di governance e d'integrazione con il sistema istituzionale più complessivo e non ha affrontato il tema decisivo del "federalismo fiscale".

Si procede adesso verso l'autonomia differenziata senza un serio lavoro su cosa siano i LEPS e quanto valgano per le differenti Regioni.

È come voler costruire una casa cominciando dal tetto.

Per di più siamo in un contesto congiunturale e tendenziale caratterizzato da uno scenario di contingentamento di risorse.

Di fatto una fase di stagflazione, vedi le politiche monetarie attuate dalla Federal Reserve e dalla BCE.

Per garantire i LEPS servirebbero 90 miliardi di Euro e nel mentre per rispondere alla Procedura di Infrazione per il debito pubblico italiano dovremo fare da subito una manovra da 12 miliardi di euro e consolidare le leggi di Stabilità per altri sei/sette anni ...

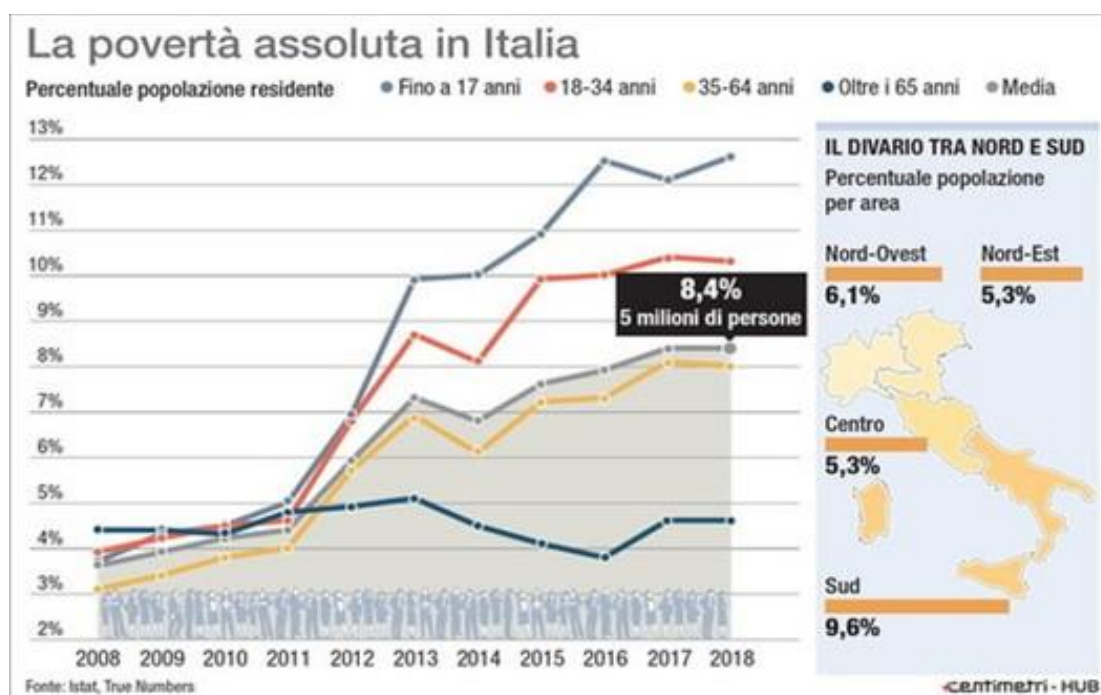
Facciamo fatica a vedere dove trovare tante risorse necessarie ...

Uno scenario macroeconomico e geopolitico che non aiuta

La globalizzazione ha liberato dal sottosviluppo molti Paesi del cosiddetto "terzo e quarto mondo" accentuando però la concentrazione della ricchezza.

Secondo Oxfam l'1% della popolazione mondiale controlla il 99% della ricchezza globale mentre il restante 99% della popolazione poco più dell'1% ...

Assistiamo alla crisi del ruolo degli USA e della sua leadership interna, vedi le prossime elezioni presidenziali di novembre e il loro esito incerto nei risultati, ma certo nelle conseguenze possibili ...



Si sono pauperizzati i ceti medi nei Paesi OECD e si sono ulteriormente impoveriti i ceti sociali più marginali per le dinamiche della società globale e siamo dentro a una società “liquida” in cui non sono scomparsi i conflitti sociali ed economici, ma anzi si sono esasperati e siamo soli, piccole “monadi” alla ricerca di un sé senza riuscire ad essere un “noi” come avveniva nello scorso secolo.

In questo scenario macroeconomico prosperano conflitti armati che possono minare la pace mondiale. Come afferma Papa Francesco siamo nella terza guerra mondiale a “pezzetti”, con il rischio evidente di una loro saldatura in uno scenario negativo e tragico. Per di più non si vedono leader e leadership adeguati a governare questo nuovo e difficile contesto di multipolarità.

Inverno demografico e denatalità

Stiamo vivendo nell’“inverno demografico” con la nostra società che sta invecchiando rapidamente. Non siamo più un Paese di giovani anzi siamo passati dai circa 840.000 diciottenni pro anno ai poco più di 450.000. Non basterà per garantire il ricambio del Paese e per sostenere il nostro sistema di welfare. Secondo Assolombarda ci mancano ben 2.000.000 di lavoratori nelle filiere produttive.

	ENTRATE DI DIFFICILE REPERIMENTO E QUOTA % SUL TOTALE ENTRATE	
	2022	2019
DIRIGENTI	6.160 (55,3%)	4.580 (49,4%)
PROFESSIONI INTELLETTUALI, SCIENTIFICHE E SPECIALIZZATE	160.360 (47,2%)	104.420 (38,2%)
PROFESSIONI TECNICHE	340.200 (48,7%)	238.780 (37,6%)
IMPIEGATI	124.520 (28,9%)	82.120 (19,2%)
PROFESSIONI QUALIFICATE NELLE ATTIVITÀ COMMERCIALI E NEI SERVIZI	537.090 (37,9%)	304.560 (23,0%)
OPERAI SPECIALIZZATI	420.360 (55,4%)	241.660 (37,2%)
CONDUTTORI DI IMPIANTI E OPERAI DI MACCHINARI FISSI E MOBILI	306.760 (43,2%)	161.640 (26,2%)
PROFESSIONI NON QUALIFICATE	202.940 (25,0%)	79.630 (11,6%)
TOTALE	2.098.390 (40,5%)	1.217.390 (24,0%)

Fonte: UNIONCAMERS-ANPAL, SISTEMA INFORMATIVO EXCELSIOR, 201

Ragionevolezza vorrebbe che si organizzassero flussi di immigrazione programmata in base ad accordi con i Paesi di origine.

Lo stato sociale e il welfare sono sostenibili?

Affrontiamo il tema. Abbiamo un PIL che è rimbalsato dopo la pandemia anche per l’effetto indotto dal PNRR. La Commissione Europea ha limato le previsioni di crescita del Pil dell'Italia nel 2024 atteso ora allo 0,7%, rispetto allo 0,9% indicato nelle stime di novembre.

Confermata invece l'attesa di un Pil in crescita dell'1,2% nel 2025. Riviste a ribasso anche le stime sulla crescita attesa nell'Eurozona, con il Pil in rialzo dello 0,8% nel 2024 (dal +1,2% indicato a novembre) e dell'1,2% nel 2025 (dal +1,6%).

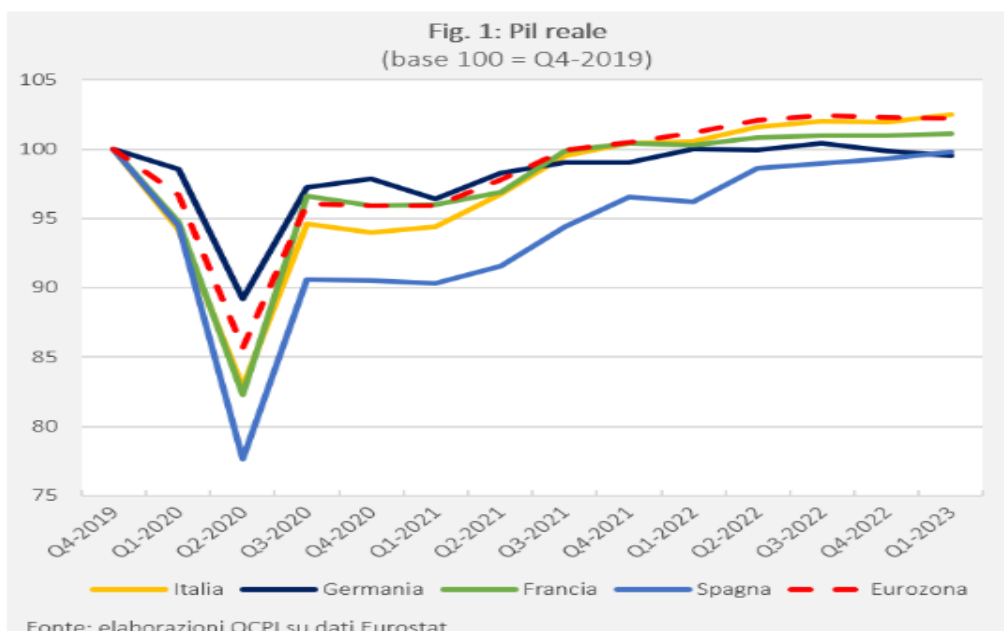
Nell'UE il Pil è atteso in crescita dello 0,9% nel 2024 (da +1,3%) e confermato al +1,7% nel 2025. La crescita dei salari reali e la resilienza del mercato del lavoro dovrebbero sostenere una ripresa dei consumi e tutti i Paesi Ue sono ora attesi in crescita sia nel 2024 e sia nel 2025.

Salvo gli impatti delle crisi geopolitiche da non sottovalutare.

La Commissione Europea nelle previsioni d'inverno stima l'inflazione dell'Eurozona al 2,7% nel 2024 e al 2,2% nel 2025. Per l'Italia è attesa al 2% nel 2024 e al 2,3% nel 2025. Per l'UE è prevista al 3% nel 2024 e al 2,5% nel 2025.

Nelle previsioni di autunno l'attesa sull'inflazione era più alta sia nell'Eurozona (al 3,2%) e sia in Italia (al 2,7%). Ed era prevista al 2,2% nel 2025 nella zona dell'euro e al 2,3% in Italia.

Quindi un contesto di sviluppo contenuto, in Italia, secondo la stima del MEF, avremmo 390 miliardi di Euro di *“economia sommersa”* che non paga le tasse e non supporta welfare e sanità pubblica. In sostanza, se il PIL non cresce e l’evasione fiscale non diminuisce non avremo le risorse utili per sostenere il welfare.



L'Italia è *“una”* o abbiamo *“tante”* Italie diverse?

Tutti gli Osservatori ci propongono la stessa *“foto di famiglia”* del nostro Paese.

Siamo 21 Regioni e PPAA, tutte con modelli economici e sociali difforni.

A livello istituzionale non siamo integrati in quanto la sanità dipende dal Ministero della Salute mentre le politiche sociali dipendono da quello del Lavoro, fino poi a scendere a regioni e comuni.

Ciò crea una dispersione di programmazione e d'intervento che si trasforma in una perdita di efficacia e di tempestività. Peccato che coloro che hanno bisogno sono persone uniche che vanno prese in carico e accompagnate nel loro percorso di vita.

Nelle quattro macro aree geografiche: Nord-ovest, Nord-est, Centro e Mezzogiorno e isole i dati macro sono diversi sia per PIL, agibilità dei LEA, grado di presenza dei LEPS fino alla loro assoluta mancanza.

Lo stesso è pe le diseguglianze sociali, abitative, di agibilità ai servizi sanitari, socio sanitari e sociali.

Abbiamo una delle percentuali più alte di NEET, giovani che non lavorano e non studiano, nella UE e nell'OCDE, e sono concentrati nelle Regioni del mezzogiorno e delle isole. Abbiamo anche il numero più basso di laureati in Europa.

I servizi sociali speso sono *“delegati”* alle ASL dagli Enti Locali senza budget adeguati. Come si può allora pensare che senza LEPS adeguatamente finanziati si possa applicare l'*“Autonomia differenziata”* senza dividere drammaticamente il Paese?

Previsioni di crescita per l'Italia a confronto

PIL reale (per cento a/a)	Data previsione	2023	2024
NADEF 2022/DPB 2023	novembre 2022	0,6	1,9
DEF 2023	marzo 2023	0,9	1,4
NADEF 2023	settembre 2023	0,8	1,0
Commissione europea	settembre 2023	0,9	0,8
OCSE	settembre 2023	0,8	0,8
Ufficio parlamentare di bilancio	agosto 2023	1,0	1,1
FMI (World Economic Outlook)	luglio 2023	1,1	0,9

PNRR e SSN/SSR

Senza il Piano di Resilienza e Rinascita il nostro Paese avrebbe già oggi un PIL negativo e la “sanità pubblica” sarebbe già più avanti nel suo “roll back”.

Siamo schiacciati tra gli effetti finanziari del “bonus facciate” e del “reddito di cittadinanza” e quelli del PNRR. Ma mancano risorse adeguate al personale, per altro in fuga per assenza di tutele e percorsi di crescita professionale.

Sembra che i grossolani errori di programmazione sanitaria relativi al numero dei laureati e/o specializzati in medicina o in scienze infermieristiche sia privo di genitori ufficiali, mentre è la risultante di conflitti di potere tra lobby accademiche e professionali.

Quel che appare evidente è che siamo in presenza di uno “sfruttamento lineare” della “sanità pubblica” fin quando sarà possibile con buona pace di recuperare “appropriatezza”, “efficienza” ed “efficacia”

Molti sono quelli che in maniera opportunistica vogliono usare le convenienze del sistema pubblico preparandosi ad un domani di mercato ...

L’implementazione del PNRR nelle diverse Regioni trova grandi difficoltà operative specialmente in quelle in Piano di Rientro, ma non solo. Non c’è un dibattito di merito.

Ogni Partito, ogni organizzazione professionale e datoriale, financo le società scientifiche continuano a ragionare come se i “buoi NON fossero già usciti dalla stalla”. Non è così purtroppo ...

Prestazioni fatte nel pubblico o nella sanità a pagamento o con polizza sanitaria per 100 tentativi di prenotazione fatti tramite SSN.					
Prestazioni	Nord Ovest	Nord Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Pubblico/Privato convenzionato	70,8%	75,3%	61,9%	63,1%	67,1%
Sanità a pagamento, di cui:	22,6%	20,7%	31,6%	33,2%	27,9%
- Visite specialistiche	32,1%	29,0%	39,2%	42,4%	36,7%
- Accertamenti diagnostici	18,2%	18,3%	30,7%	29,2%	24,8%
- Riabilitazione	37,4%	38,0%	50,4%	45,0%	42,5%
Sanità Intermediata	6,6%	4,0%	6,5%	3,7%	5,0%

Fonte: Indagine Censis 2019

Abbiamo ospedali di comunità e case di comunità date in gestione a finti soggetti No profit ... Reparti ospedalieri affidati alla gestione di soggetti privati, cooperative di medici promosse e gestite da soggetti che hanno chiare finalità di speculare senza neanche possedere adeguate competenze specifiche.

I sindacati ci sono e non ci sono, troppo legati alla gestione della “sanità integrativa” e alle loro Mutue di categoria diventate tutte “generaliste”, troppo concentrati a difendere i loro sistemi di potere nelle aziende sanitarie “pubbliche”, spesso ritardando processi di innovazione e di cambiamento indispensabili.

La sanità pubblica se non usa bene i finanziamenti del PNRR e se non recupera efficienza e appropriatezza tramite politiche di riorganizzazione e nuovi modelli di gestione e di governance non può competere con il “privato”, vuoi “accreditato” con i SR, vuoi “integrato” ...

Art 32 della Carta Costituzionale.

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

Un diritto è un diritto, o può essere agito o non è ...

Abbiamo letto l’articolo di Ivan Cavicchi che propone di aprire un confronto tra tutte le parti politiche e sociali per ripensare e ricontestualizzare l’Articolo 32.

La proposta ha una sua ragionevolezza, ma pone anche dei problemi.

Nell'attuale contesto politico riaprire la definizione dei diritti soggettivi garantiti nella parte non modificabile della Carta Costituzionale può essere un precedente pericoloso.

Il problema comunque si pone. Non possiamo eluderlo, ma dobbiamo essere sinceri ... ci sono tutte le condizioni necessarie per un confronto nel merito?

Ce lo chiediamo non per rinunciare ma per prepararci bene.

Le parti politiche appaiono spesso e troppo concentrate sulla difesa di letture di "bandiera" dei problemi da risolvere. Ossessionate dal consenso immediato e senza il coraggio necessario per affrontare tematiche risolvibili solo con una prospettiva che guarda al medio - lungo termine. Sono più a loro agio con un approccio "short time" e non sono interessate ad azioni di riforma ben più impegnative. Quanto ai Sindacati, già detto prima ...

Condividiamo con Cavicchi che sarebbe utile e fondamentale aprire un confronto reale che partendo dalla situazione attuale – vedi la lettera di Geddes del 27 giugno su "Quotidiano sanità" – consenta una lettura dei rapporti esistenti tra sanità "pubblica" e sanità "privata" in tutte le sue molteplici forme.

Abbiamo provato ad analizzarle più volte in articoli apparsi su "Quotidiano sanità": "Eguaglianza", "Equità" e "diseguaglianze di salute", (23 giugno 2022); "Le mille facce della sanità privata e la sua inarrestabile marcia di conquista" (29 luglio 2022); "Sanità pubblica e sanità integrativa: quale cooperazione e quale integrazione per rispondere ai bisogni dei cittadini?" (25 ottobre 2022); "Sempre sul rapporto sanità pubblica e sanità privata: collaborazione o competizione?" (22 novembre 2022); "Il privato in sanità. La vera posta in gioco" (16 gennaio 2023); "Sanità pubblica, sanità privata e paese reale" (16 marzo 2023); "Per una sanità pubblica resiliente e di qualità. Un'agenda per le riforme" (24 aprile 2023); "La sanità pubblica ha un futuro se cambierà i suoi modelli operativi" (28 aprile 2023); "Parliamo di sostenibilità della sanità pubblica". (18 maggio 2023); "Appropriatezza in sanità pubblica: parliamone" (12 giugno 2023); "Sanità "pubblica" e "privata", "alcune precisazioni necessarie" (8 febbraio 2024), a cui rimandiamo chi avesse voglia di leggerli.

Se non partiamo da una lettura condivisa della realtà non sarà possibile capire come "salvare il salvabile" ... Ricordiamo però che la sanità "pubblica" è gestita prevalentemente dalla politica locale: regioni e comprensori di Enti Locali.

Ci aspetteremmo una visione lungimirante e pragmatica nell'amministrare la gestione di beni e servizi indirizzati a soddisfare le aspettative e i bisogni dei cittadini e non compiacere singolarità o gruppi di riferimento politico.

Ritroviamo invece un'analogia ossessione sui temi identitari e ammiccamenti e favori a lobby di interessi.

Non siamo più ai tempi dei grandi partiti di massa come DC, PSI e PCI, oggi abbiamo un modello trasversale dato dalla sommatoria, a tutti i livelli, di lobby di portatori di interesse che garantiscono o meno consenso, tessere e voti ...

Il problema quindi non è solo "come" metterli intorno a un tavolo di confronto, ma "chi" mettere insieme. Siamo realistici: chi verrà al tavolo, se verrà, lo farà in quanto portatore di interessi particolari a breve/lungo termine o con una sincera propensione a ricercare un equo bilanciamento tra essi ed il bene comune?

Chi gestirà l'operazione farà la differenza. Abbiamo una leadership politica in grado di fare la differenza?

Ci sono abbastanza persone competenti e di buona volontà su cui contare?

Dove andiamo a prenderle?

Possiamo contare su contributi tecnici scientifici competenti, aperti all'innovazione e sul coraggio di cambiare?

L'innovazione che ci serve non è marginale, ma "disruptive" e quindi contempla la possibile perdita di rendite di posizione sedimentate.

Questi aspetti vanno tutti considerati realisticamente.

Non prendete questi dubbi come ragioni a non provare e non fare ma ricordarli subito potrà essere utile proprio per avere una qualche probabilità di successo.

Occorre provarci con tenacia.

Se non altro facciamo venire fuori le differenze e rendiamo espliciti gli interessi in gioco.

Ciò che più infastidisce e non costruisce è l'ipocrisia di chi "parla bene e razzola male"

“One Health”

Abbiamo letto la singolare opinione di Giancarlo Pizza sul fatto che “One health” sarebbe una “moda”. Lo dice nell’articolo *“Salviamo la sanità, la speranza è sempre l’ultima a morire”* scritto sulla scia della proposta di Cavicchi.

Pensiamo che ci venga attribuito esattamente il contrario di quello che abbiamo scritto e questo ci sconcerta un po’. Comunque non è nemmeno il caso di entrare in polemica sulle considerazioni su One Health, data la considerazione generale e l’interesse globale in merito alla necessità vitale, non alla possibile opzione, di tale approccio.

Per di più da applicare subito perché non esistono proposte di soluzioni che non si collochino in tale prospettiva a meno che non si voglia intraprendere cambiamenti condannati ad avere un impatto limitato.

Nei nostri articoli *“L’approccio “One Health” e le policy per la sua gestione”* (10 febbraio 2023), *“One Health” in Italia. Siamo ancora molto lontani* (21 febbraio 2023), *“Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di “One Health”* (11 settembre 2023), *“Cop28, le motivazioni della “salute” e il diritto alla “sanità”* (12 dicembre 2023) e *“One health. Come una strategia globale può essere messa in atto in un sistema sanitario gestito da realtà geodemografiche limitate quali le singole Regioni italiane”* (14 marzo 2024) abbiamo analizzato temi, condizioni e risorse necessarie per politiche integrate sul tema salute. Rimandiamo chi ci legge alle considerazioni e proposte lì contenute.

Pizza ricorda le sperimentazioni di inizio secolo dei *“Piani di salute”* in alcune regioni virtuose, tra cui l’Emilia Romagna, fino alla crisi economico finanziaria del 2008.

Poi *“spending review”* e tagli strutturali hanno ridimensionato il welfare nel nostro Paese.

Sarebbe una giusta idea quella di riprendere tale prospettiva, aggiornandola però al mutato contesto economico, sociale, epidemiologico ed ai mutati e più potenti strumenti oggi disponibili.

In conclusione:

- Siamo d’accordo - come potrebbe essere altrimenti? - sulla necessità di un confronto reale sullo stato dell’arte della sanità pubblica italiana e del settore sanitario e sociosanitario e sociale del nostro Paese;
- Incoraggiamo l’idea di una ricontestualizzazione l’art 32 della Carta Costituzionale, ma con grandi cautele. I diritti vanno maneggiati con estrema cura;
- Più difficile è capire gli interlocutori possibili, ma ineludibile è identificarli e coinvolgerli. Quelli formali sono, o meglio dovrebbero essere, ovvi; quelli informali, molto più numerosi ma meno conosciuti, considerando la nostra inesperienza nel fare politiche che vedano protagonisti cittadini e comunità;
- Per essere realisti occorre partire dalla realtà. Chi ha ruolo e competenze deve esserci. Anche i *“corpi intermedi”* della sanità, soprattutto se saranno superati i limiti che sopra abbiamo ricordato;
- Non sappiamo l’esito ma almeno diventeranno più chiare responsabilità e interessi esistenti e i cittadini presenti e futuri sapranno a chi essere grati o a chi *“chiedere il conto”*.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=123280

Chi paga il welfare?

Antonio Giulio De Belvis, *Presidente Nazionale ASQUAS, Docente Univ. "Gemelli", Roma*

Giorgio Banchieri, *Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma*

Silvia Scelsi, *Pass President ASQUAS e Presidente ANIARTI*

Andrea Vannucci, *Membro CTS ASQUAS, Docente DISM, Università Siena.*

Professionisti e manager della sanità abbandonano una volta per tutte la convinzione che le soluzioni e i rimedi possano essere trovati all'interno del sistema ed imparino a guardare fuori per trovare idee nuove. Governanti, politici, amministratori si liberano dalla presunzione del sapere come si fa e aderiscono ad un confronto aperto e costruttivo tra tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai professionisti sanitari, dai cittadini alle aziende

22 NOV -

Non paghiamo le tasse ...

Secondo ISTAT i redditi prodotti nel 2022, dichiarati nel 2023 ai fini IRPEF, sono stato pari a 970 miliardi, per un gettito IRPEF generato di 189,31 miliardi, in aumento del 6,3% rispetto al 2021, ma inferiore alla crescita del PIL nominale (+7,7%).

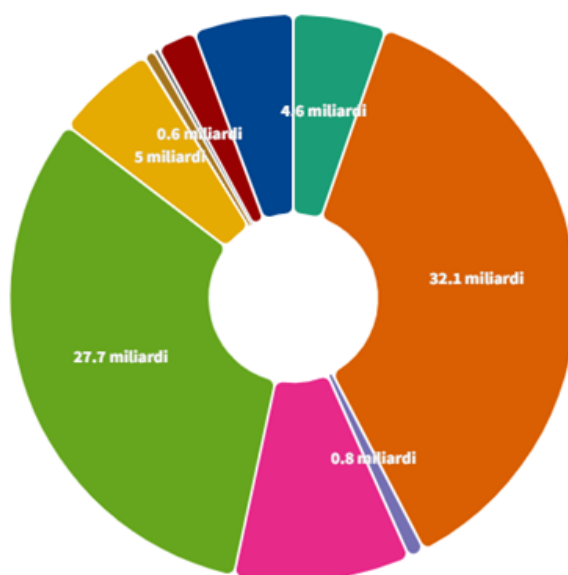
L'indice IPCA, Indice armonizzato dei prezzi al consumo è stato apri a +8,7% contro un aumento del + 34,5% dei prezzi alla produzione.

Nella piramide dei redditi dichiarati salgono i contribuenti con redditi compresi tra i 20 e i 29mila euro (9,5 milioni) e quelli con redditi medio-alti dai 29mila euro in su, mentre diminuiscono i dichiaranti per tutte le fasce di reddito fino a 20mila euro, che calano da 23,133 a 22,356 milioni.

Il 45,16% degli italiani non ha redditi o non li dichiara!

Ne consegue che questi cittadini sono a carico di qualcun altro, rappresentato dal 15,26% dei contribuenti, che dichiarando redditi superiori a 35mila euro pagano il 63,39% dell'IRPEF italiana.

■ IRPEF lavoro dipendente
 ■ IRPEF lavoro autonomo e impresa
 ■ Addizionali locali IRPEF
 ■ IRES
 ■ IVA
 ■ IRAP
 ■ Locazioni
 ■ Canone Rai
 ■ Accise prodotti energetici
 ■ IMU-TASI



Fonte: [Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale contributiva](#)

La composizione dell'evasione fiscale - Come è composta l'evasione fiscale in Italia

Quindi abbiamo una minoranza di “*fedeli contribuenti*”, che paga sanità e welfare per tutti gli altri ed è stata, fin qui, esclusa da ogni forma di agevolazione.

Pure il Report realizzato dal Centro Studi e Ricerche, presentato alla Camera dei Deputati in data 29 ottobre 2024, denuncia questo squilibrio che rappresenta un problema non trascurabile per l'intero sistema fiscale italiano.

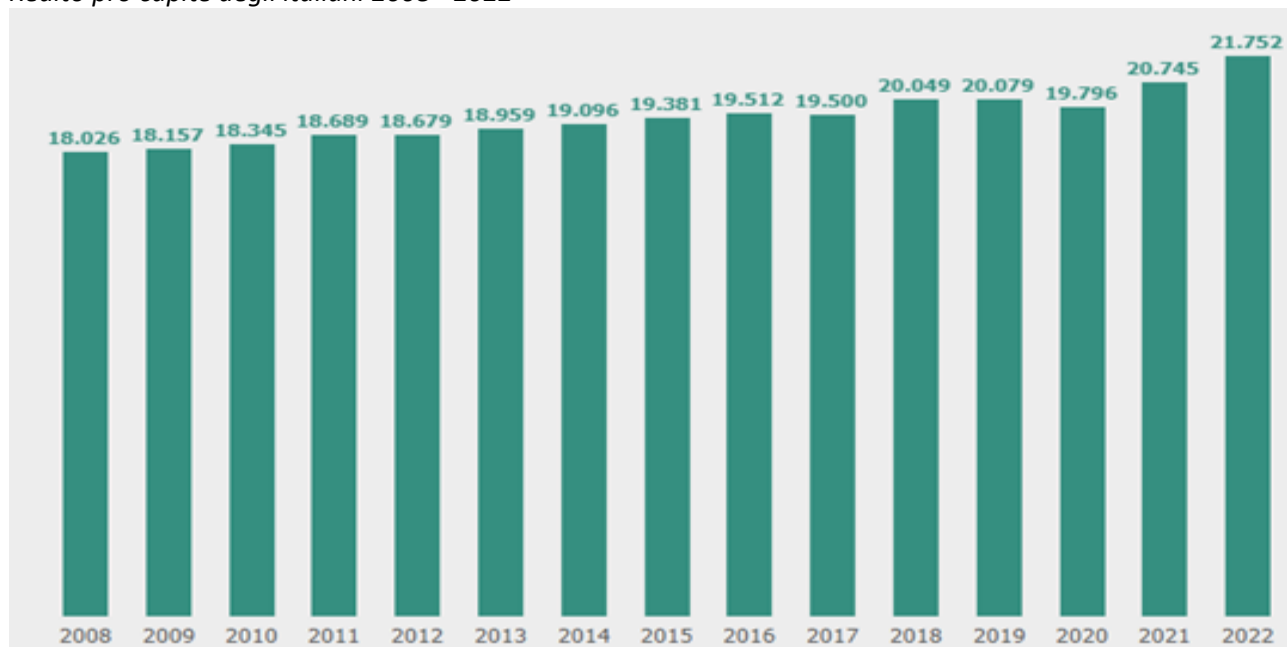
Ne deriva che se il 75,80% dei contribuenti dichiara redditi da zero fino a 29mila euro, corrispondendo solo il 24,43% di tutta l'Irpef come si coprono i costi del welfare e della sanità?

Invece chi guadagna dai 55mila euro in su, poco più del 5% del totale, si fa carico solo di circa il 42% del gettito fiscale e non riceve nulla in cambio.

Reddito pro-capite degli italiani

Il 2022, come riportato su “*Il Sole 24 Ore*”, superata la crisi pandemica, è stato l'anno del ritorno alla normalità anche da un punto di vista delle attività economiche e sociali; al tempo stesso, il 2022 è stato tuttavia segnato dall'invasione russa in Ucraina e dall'inizio di una guerra dalle pesanti ricadute anche economiche, a partire dall'accelerazione dei prezzi dei beni di consumo e dall'escalation dei costi energetici.

Reddito pro capite degli italiani 2008 - 2022



Reddito nazionale e welfare

Con una popolazione di 59.030.133 cittadini residenti sono 42.026.960 quelli che hanno presentato una dichiarazione dei redditi nel 2023.

A versare almeno un euro di Irpef è stata poco più della metà degli italiani.

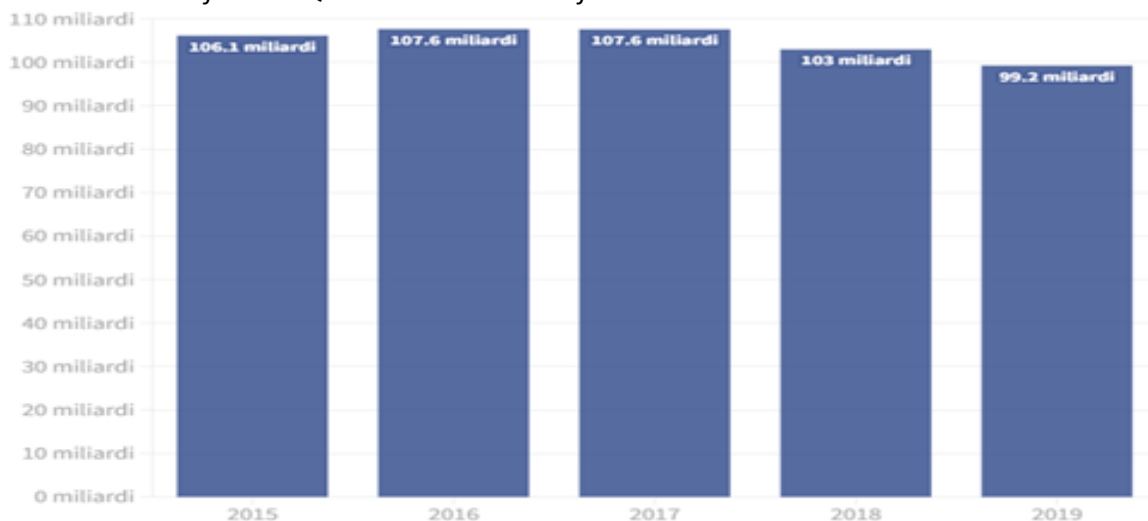
Secondo i dati dell'Osservatorio Itinerari Previdenziali, quasi la totalità delle imposte dirette, 86,33% pari a circa 278 miliardi, va con l'attuale sistema principalmente a beneficio delle prime tre fasce di reddito entro i 20mila euro (circa il 53,19% degli italiani) e in parte a chi dichiara tra il 20 e i 29mila euro (22,61% dei cittadini). Viene da sé che chi paga più imposte, cioè le fasce di reddito più elevate, non beneficia dei servizi che esso stesso ha contribuito a finanziare.

Se si guarda alla sola spesa sanitaria, coloro i quali hanno redditi fino a 15mila euro godono di una differenza tra l'IRPEF versata e il costo della sanità pari a 50 miliardi.

Questo valore sale a 57,8 miliardi se si sommano i redditi da 15 a 20 mila euro.

L'ultima Relazione sull'Economia Non Osservata e sull'Evasione Tributaria e Contributiva realizzata dalla Commissione istituita presso il Ministero dell'Economia, che viene pubblicata in parallelo con il Piano Strutturale di Bilancio (PSB), segnala che l'ultimo dato disponibile relativo al 2021 su quanto sfugge all'Erario è complessivamente pari a 82,4 miliardi di euro!

Il valore dell'evasione fiscale - Quanto vale l'evasione fiscale e contributiva in Italia 2015-2019



Fonte: Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale contributiva

Il reddito e l'inflazione

Secondo il Report ISTAT nel 2023, il 22,8% della popolazione è a rischio di povertà o esclusione sociale: valore in calo rispetto al 2022 (24,4%) a fronte di una riduzione della quota di popolazione a rischio di povertà, che si attesta al 18,9%, contro il 20,1% dell'anno precedente.

Nel 2022, il reddito medio delle famiglie (35.995 euro) aumenta in termini nominali (+6,5%), mentre segna una netta flessione in termini reali (-2,1%) tenuto conto della forte accelerazione dell'inflazione registrata nell'anno).

Il 4,7% della popolazione (circa 2 milioni e 788mila individui) si trova in condizioni di grave deprivazione materiale e sociale, ossia presenta almeno sette segnali di deprivazione dei 13 individuati dal nuovo indicatore Europa 2030.

Rispetto al 2022 si osserva un aumento delle condizioni di grave deprivazione (la quota era del 4,5%) in particolare al Centro e al Sud e nelle Isole.

Nel 2022, il reddito totale delle famiglie più abbienti è 5,3 volte quello delle famiglie più povere (era 5,6 nel 2021). Quindi aumenta la polarizzazione della ricchezza, come denunciato nel Rapporto OXFAM 2024.

REDDITO E CONDIZIONI DI VITA: I NUMERI CHIAVE

Anni 2022 e 2023, media in euro, indicatore per 100 individui, incidenze percentuali

INDICATORE	INDAGINE 2022					INDAGINE 2023				
	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	Italia	Nord-ovest	Nord-est	Centro	Sud e Isole	Italia
Reddito netto medio familiare senza affitti figurativi (*)	37.647	38.340	34.555	27.114	33.798	39.240	41.224	37.259	29.137	35.995
Rischio di povertà o esclusione sociale - Europa 2030	16,1	12,6	19,6	40,6	24,4	13,5	11,0	19,6	39,0	22,8
Rischio di povertà (*)	13,2	10,4	15,9	33,7	20,1	11,1	8,7	16,0	32,9	18,9
Perceptori di assegni per carichi familiari (*) (a)	9,5	13,0	11,4	13,7	12,0	14,1	15,4	15,1	17,6	15,7
Famiglie perctrtrici del Reddito di Cittadinanza (*)	3,9	1,5	4,3	11,2	5,9	3,8	1,6	4,2	12,8	6,3

(*) Il periodo di riferimento è l'anno solare precedente quello di indagine.

(a) Nel 2022 include l'Assegno per il Nucleo Familiare e nel 2023 l'Assegno unico universale e l'Assegno per il Nucleo Familiare.

Quindi abbiamo in sintesi:

- I contribuenti salgono a 42.026.960, oltre mezzo milione in più rispetto ai 41.497.318, a conferma della dinamica occupazionale fino a giugno 2024.
- Registrano un balzo significativo i contribuenti che dichiarano oltre 120mila euro: nel 2022 erano 429.927, in aumento del 15,6% rispetto ai 371.868 del 2021.
- Il totale dei redditi in Italia ammonta a oltre 969 miliardi di euro: l'1% più ricco, detiene quasi 97,7 miliardi di euro, cioè il 10,1% della ricchezza.
- I redditi crescono con velocità differenti a seconda della condizione professionale-occupazionale: i redditi da lavoro dipendente crescono da 21.497 a 22.284 euro (+3,7%), i redditi da pensione passano da 18.989 a 19.747 euro (+4%), i redditi da lavoro autonomo aumentano da 60.600 a 64.741 euro (+6,8%).
- Le entrate da imposte sui redditi delle persone fisiche (IRPEF) salgono a 174,2 miliardi di euro, con un aumento di 3,2 miliardi; a questo gettito si aggiungono 13,9 miliardi di euro da addizionali regionali (+1 miliardo) e 5,8 miliardi di addizionali comunali (+470 milioni).

Autonomia differenziata e “sanità integrativa”

Non è chiaro come tutto questo possa conciliarsi con l'applicazione della recente Legge sull'“Autonomia differenziata” senza per ora affrontare il finanziamento dei LEPS – e neppure una loro accurata definizione – e senza un rapido ed ampio adeguamento dei LEA.

È una domanda che ci dobbiamo porre con preoccupazione.

Assistiamo in tutte le Regioni ad un ricorso alle prestazioni erogate da soggetti privati ed una esternalizzazione dei servizi.

Nel 2021 il rapporto % tra sanità “pubblica” e sanità “privata accreditata” era nell'assistenza ospedaliera 51 a 49, nella assistenza ambulatoriale 40 a 60, e nell'assistenza territoriale 25 a 75. Solo nelle reti di emergenza e urgenza (PS e DEA) la sanità “pubblica” era al 97% contro il 3% dei privati “accreditati”.

Il WHO Europe nel Report dell'*Observatory on health systems and policies* - Policy Brief 56 “Coinvolgere il settore privato nella fornitura di beni e assistenza sanitaria - Lezioni di governance dalla pandemia di COVID-19”, propone una riflessione sul rapporto pubblico e privato affermando che “l'obiettivo principale per sfruttare bene le capacità del settore privato è quello di migliorare la fornitura di beni e servizi sanitari, e di farlo in modo da coinvolgere efficacemente il settore privato in linea con gli obiettivi e le priorità del sistema sanitario. Pertanto, dal punto di vista delle politiche pubbliche, l'allineamento degli obiettivi e la compatibilità dovrebbero essere i fattori chiave per stabilire i potenziali impegni del settore privato. Questo è un requisito minimo e può fungere da fondamento per qualsiasi ulteriore sviluppo che possa essere perseguito dai politici e dagli enti attuatori nell'allineare le strutture istituzionali e normative che promuovono o integrano più attivamente gli impegni del settore privato nei sistemi sanitari a fornitura mista. Le evidenze che derivano dai casi di studio sottolineano inoltre come la coerenza e la prevedibilità degli impegni sono elementi chiave per mantenere la fiducia e costruire relazioni pubblico-private di successo”.

WHO ritiene che sia necessario affrontare esplicitamente l'equa condivisione del rischio per proteggere i pagatori pubblici e rafforzare la responsabilità dei fornitori del settore privato.

Con il “Job Acts” del 2016 (Governo Renzi) uno dei punti di maggior vantaggio dei Fondi Integrativi Sanitari – che oggi associano oltre 14.000.000 di assicurati - è la loro deducibilità fiscale, fissata a €. 3.615,20 al 2013, questo mentre l'investimento medio pro-capite pubblico in Italia per la sanità è di circa €. 2.470,00 contro i circa €. 3.473,00 pro-capite della Francia e i circa €. 4.477,00 pro capite della Germania.

Quindi lo stato italiano consente alla “sanità integrativa” un tetto pro-capite di spesa deducibile fiscalmente, ovvero pagata con le tasse, che è circa 2,5 volte il tetto di spesa pro-capite previsto nel FSN per tutti i cittadini.

Quindi il lavoratore con CCNL in cui è previsto un tetto di deducibilità delle polizze collettive da “sanità integrativa” può accedere al SSN per un contributo pro-capite pari a €. 2.470,00 come tutti i cittadini residenti più fino a circa €. 3.615,20 di tetto delle polizze collettive della sanità “integrativa” = €. 6.085,20!

Ci sarebbero da fare delle considerazioni sui “garantiti” e sui “precari” a proposito di diseguglianze di salute.

Ricordiamoci inoltre che il peso della sanità “accreditata” nella spesa complessiva del Servizio Sanitario Nazionale nel 2018 è stato pari a “€. 392,00 per abitante, pari al 20,3% della spesa complessiva del SSN in aumento rispetto al 2017 (€.362,00, 18,8%)”.

Secondo la ricerca *“Pubblico e privato nella sanità italiana”* condotta dall’Università degli Studi di Milano, il SSN fornisce a *“gestione diretta”* il 63% dei servizi richiesti dai pazienti (€ 69,8 mld), mentre *“acquista”* dal settore privato *“accreditato”* il restante 37% (€ 41,5 mld).

Quindi il SSN e i SSR sono i primi clienti per la sanità privata *“accreditata”* acquistando il 60% delle sue prestazioni, pari a un valore, appunto, di € 41,5 mld.

In media, secondo i dati CENSIS, bisogna aspettare più di 60 giorni per poter accedere alle strutture del SSN, mentre si ricorre spesso a visite specialistiche e ad analisi sia in strutture private *“accreditate”*, che spesso hanno il doppio regime, sia private *“private”* o *“convenzionate”* con Assicurazioni e Mutue – vedi *“sanità integrativa”* - perché non si trova posto nel pubblico, o non lo si trova nei tempi che servono, spendendo circa € 580,00 all’anno pro capite.

Il Piano Strutturale di Bilancio 2025-2029

Le nuove regole impongono un cambio di paradigma nella politica economica europea e nazionale. La programmazione di bilancio viene orientata a medio termine, superando i vincoli e i parametri del precedente Patto di Stabilità e Crescita (PSC) preesistente. Si dà centralità alle proiezioni di lungo termine della spesa che tengano conto delle tendenze demografiche.

Questo è il risultato di una lunga trattativa che ha portato alla definizione della nuova governance economica europea. La soluzione di compromesso raggiunta a ventisette Paesi ha definito un insieme di regole complesse sia a livello comunicativo sia tecnico.

La programmazione della spesa pubblica nei singoli Paesi UE viene integrata con piani di riforme e di investimenti pubblici finalizzati a garantire una maggiore coerenza dell’intero impianto delle politiche economiche nazionali e una sostenibilità della finanza pubblica basata non solo sulla disciplina di bilancio, ma anche sulla crescita sostenibile e le riforme strutturali.

L’Italia è il Paese UE con il maggiore debito pubblico. Il Piano strutturale di bilancio ha fissato il target del debito pubblico per il 2024 al 135,8% del Pil nominale, il che corrisponde a circa 2.973 miliardi di euro. Il PIL però è fermo nel 3° trimestre 2024:



Prospettive di Piano e dinamiche macroeconomiche per l’Italia

Il deficit della PA per l’Italia per il 2024 era stato previsto dalla Commissione UE era pari al 4,4% del PIL.

La stima è stata poi aggiornata al 3,8% del PIL.

Il miglioramento è dovuto sia a un più favorevole andamento delle entrate sia a una dinamica più contenuta della spesa.

Viene confermata la previsione di crescita del PIL per quest’anno (1,0%) alla luce dell’aumento già acquisito sui dati trimestrali nella prima metà del 2024 (pari a 0,6%) e del maggiore numero di giornate lavorative.

La previsione macroeconomica per gli anni 2025-2027 non contiene variazioni di rilievo in confronto al DEF. Nelle proiezioni del Governo, tuttavia, il saldo primario strutturale è migliore già nel 2024 rispetto alla stima della Commissione (-0,5 % del PIL vs -1,1 %) e raggiunge, come detto, il 2,2 % nel 2029, contro il 2,1 % stimato dalla Commissione.

I corrispondenti saldi nominali (indebitamento netto della PA) dello scenario programmatico migliorano dal -3,8 % del PIL di quest'anno al -3,3 % nel 2025, al -2,8 % nel 2026, al -2,6 % nel 2027 e poi fino al -1,8 % nel 2029.

I deficit nominali previsti per gli anni 2024-2026 sono inferiori a quelli dello scenario a legislazione vigente del DEF di aprile.

TAVOLA II.1.1: TRAIETTORIA DI RIFERIMENTO PER LA SPESA NETTA TRASMESSA DALLA COMMISSIONE EUROPEA IL 21 GIUGNO E VARIABILI RILEVANTI DI FINANZA PUBBLICA

	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	Media 2025-2031
Tasso di crescita annuo della spesa netta (var. % a/a)		1,6	1,6	1,5	1,4	1,3	1,3	1,4	1,5
Saldo primario strutturale (%PIL)	-1,1	-0,5	0,1	0,7	1,4	2,1	2,7	3,3	
Variazione annua del saldo primario strutturale (p.p)		0,60	0,60	0,60	0,67	0,66	0,64	0,60	0,62
Saldo primario (%PIL)	-0,5	-0,1	0,1	0,5	1,0	1,5	2,1	2,7	
Variazione annua del saldo primario (p.p)		0,3	0,2	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	
Indebitamento netto (%PIL)	-4,4	-4,3	-4,4	-4,2	-3,9	-3,5	-3,0	-2,6	
Debito/PIL (%)	138,6	142,0	143,2	144,1	144,4	144,4	143,8	142,7	
Variazione annua debito/PIL (p.p)		3,4	1,2	0,8	0,4	-0,1	-0,6	-1,1	

Fonte: Commissione europea ed elaborazioni MEF.

Le scelte del Governo

Il Governo Meloni conferma e intende rendere strutturali gli effetti del cuneo fiscale sui redditi da lavoro dipendente fino a 35 mila euro e l'accorpamento delle aliquote IRPEF su tre scaglioni già in vigore quest'anno. Il Governo si impegna a salvaguardare il livello della spesa sanitaria assicurandone una crescita superiore a quella dell'aggregato di spesa netta.

Per gli anni successivi al 2026, intenderebbero stanziare le risorse necessarie a mantenere gli investimenti pubblici in rapporto al PIL al livello registrato durante il periodo di vigenza del PNRR.

La discesa del rapporto tra debito pubblico e PIL nei prossimi anni, soprattutto nel periodo 2024-2026, sarà frenata dall'impatto dei superbonus edilizi introdotti a partire dal 2020.

Le previsioni del Piano scontano, pertanto, un moderato aumento del rapporto debito/PIL fino al 2026, che negli anni successivi sarà seguito da una discesa in linea con le nuove regole che richiedono una riduzione annuale media di almeno un punto percentuale di PIL.

Primo obiettivo macro assunto nel PSB è la piena attuazione degli impegni assunti con il PNRR e l'individuazione di iniziative aggiuntive che il nostro Paese dovrebbe assumere in continuità con il PNRR a fronte dell'estensione del periodo di aggiustamento di bilancio a sette anni.

Il secondo obiettivo, come indicato nel Piano, sono le riforme e le misure di politica economica che dovrebbero essere adottate in risposta alle Raccomandazioni del Consiglio UE specifiche per ogni singolo Paese, oltre alle iniziative in merito che fanno parte del programma dell'attuale Governo.

Al momento la situazione economica, occupazionale e di finanza pubblica dell'Italia è in declino per la caduta dei livelli produttivi dell'industria, il preoccupante allargamento dei conflitti internazionali e sfide tecnologiche e ambientali di crescente complessità.

Difficile dire se la "traiettoria" futura negoziata con la UE sarà favorevole o meno, così come se i benefici attesi ricadranno in modo equo su tutti i cittadini.

Il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Partendo dagli obiettivi PNRR, il Governo sembra voler perseguire il potenziamento di alcune misure per il Sistema Sanitario Nazionale, tra cui l'efficientamento delle reti di medicina generale, delle reti di prossimità, delle strutture per l'assistenza sanitaria territoriale (Case della Comunità, le Centrali Operative Territoriali e Ospedali della Comunità), l'implementazione della sanità digitale, ed in particolare la telemedicina, con estensione anche ai Dipartimenti di Emergenza e Accettazione di I e II livello.

Così come si prevede di continuare nel processo di ammodernamento delle grandi apparecchiature sanitarie. Anche gli investimenti sulla ricerca e per la formazione e lo sviluppo delle competenze tecniche, professionali digitali e manageriali del personale del sistema sanitario dovrebbero avere un ruolo primario.

Inoltre, per permettere un maggiore efficientamento della sanità italiana, il Governo si impegna ad attuare:

- Il potenziamento degli strumenti di monitoraggio della spesa, attraverso l'implementazione di nuovi indicatori sintetici di efficienza e di adeguatezza dei livelli di servizio;
- Lo sviluppo e riordino degli strumenti per la "sanità integrativa", l'assistenza e la non autosufficienza, come il miglioramento della vigilanza dei fondi sanitari e le misure per l'assistenza a lungo termine, definita su tutta la durata della vita degli iscritti;
- La programmazione delle assunzioni di personale sanitario, favorendo le specializzazioni nelle quali si registrano carenze;
- Il potenziamento dell'assistenza territoriale e edilizia sanitaria (ricorrendo anche a strumenti finanziari e al partenariato pubblico-privato).

Margini di manovra e vincoli strutturali ...

È evidente come i margini di manovra a livello economico e finanziario per l'attuale Governo - e ciò varrebbe per qualsiasi governo ci fosse oggi o nei prossimi anni - sono molto ridotti. Il deficit di finanza pubblica è un macigno che condiziona le scelte al di là delle volontà dei policy maker.

Attualmente per la sanità abbiamo una proposta nel Piano Strutturale di Bilancio di Medio Termine 2025-2029 che prevede comunque un contenimento della spesa reale salvo scelte politiche extra budget dichiarato e previsto che ci sembrano improbabili e comunque di entità finanziaria molto contenuta. Un esempio lo stiamo vedendo adesso con la legge per il contenimento delle liste d'attesa.

Nel PSB è in previsione un aumento della spesa per defiscalizzare le quote associative delle Mutue nell'ambito della così detta "sanità integrativa". Rammentiamoci che un indirizzo di questo tipo, se non avviene in una cornice regolatoria ben congegnata e rigorosamente applicata e con metriche in grado di valutare l'effettiva qualità dei servizi erogati, costituisce un pericolo di spreco ed inappropriata che non deve essere considerato con leggerezza.

Non siamo contrari di principio alla cooperazione tra soggetti pubblici e privati, sarebbe anacronistico, ma senza indirizzi programmatori pertinenti e senza flussi informativi specifici sarebbe impossibile capirne lo sviluppo, se non per stime che potrebbero risultare fallaci.

Per la cornice regolatoria c'è da fare subito un lavoro per correggere la sua attuale inconsistenza. Il rapporto pubblico-privato in sanità va regolato con una disciplina che ci faccia evitare sprechi, differenze e diseguaglianze di accessi ai servizi ed equità e universalismo nelle prestazioni, almeno per quanto riguarda il ruolo della sanità privata "accreditata".

Nuove direzioni per la sostenibilità del SSN

Per un servizio sanitario nazionale in affanno le misure ad oggi ipotizzate e tradotte in atti di governo non basteranno.

Non si discostano da un approccio tradizionale che, sebbene abbia i suoi meriti, sembra aver raggiunto i suoi limiti. Ipotizzano cambiamenti marginali quando invece abbiamo necessità di introdurre innovazioni dirimpenti. Siamo ad una svolta che richiede intelligenza e coraggio.

Abbiamo a disposizione le opportunità che ci vengono offerte dalla rivoluzione digitale, se siamo capaci di comprenderne la portata e di farne un'implementazione "democratica" rivolta al bene comune. Se non ci riusciremo i rischi di diseguaglianze di salute cresceranno.

Quali strade dobbiamo, in sintesi, seguire e come? Ecco un elenco di quelle che consideriamo le più importanti.

- La **valorizzazione delle tecnologie digitali e dell'intelligenza artificiale**, che significa una riorganizzazione del lavoro sanitario, cioè nuove figure professionali: come gli infermieri di famiglia, gli assistenti sociali e gli operatori sanitari specializzati nelle cure domiciliari, per offrire un'assistenza più personalizzata e integrata.
- Le novità richiedono d'investire nella **formazione continua del personale sanitario**, promuovendo l'aggiornamento sulle nuove tecnologie e le migliori pratiche cliniche. Tutti ne parlano, ci sono disponibilità finanziarie nel PNRR, ma poco si sa sulla strategia d'implementazione.
- Esistono rigidità dell'organizzazione del lavoro che non attraggono nuova forza lavoro professionale. È necessario offrire **maggiore flessibilità lavorativa ai professionisti sanitari**, favorendo il lavoro da remoto e la gestione autonoma degli orari, introdurre nei contratti privilegi e benefit personalizzati e legati a precisi obiettivi e performance professionali.
- Possiamo pensare a **nuove forme di finanziamento** del sistema, come il coinvolgimento del mondo delle imprese, le fondazioni bancarie, le comunità locali o i singoli cittadini nel finanziamento di progetti sanitari innovativi attraverso piattaforme di *crowdfunding*.

Andiamo a cercare risorse con l'introduzione di nuove forme di tassazione legate alla salute, come ad esempio una tassa sulle bevande zuccherate o sul tabacco, vincendo finalmente le resistenze delle lobbies e dando conto ai cittadini di come quei soldi li usiamo per finanziare la ricerca e la prevenzione.

Sviluppiamo partnership con le aziende private per lo sviluppo di nuove tecnologie e la realizzazione di progetti di ricerca. Se ne parla ma permangono incertezze e diffidenze che andrebbero superate.

- Rammentiamo però che, pur con tutte le difficoltà si una situazione dove il tessuto sociale si sta sfilacciando, anzi proprio per questo, il **coinvolgimento dei cittadini e delle comunità** avrebbe un grosso impatto ed è la via maestra da percorrere. Non si può sbagliare. La partecipazione attiva dei cittadini significa partecipazione reale nella gestione della propria salute, promuovendo l'autocura, l'aderenza alle terapie e agli screening, ma anche a quella della salute collettiva e quindi alla partecipazione ai programmi di educazione sanitaria per stili di vita sani.

I cittadini vanno coinvolti attivamente nella progettazione dei servizi sanitari non limitandosi a organizzare incontri per raccogliere le loro opinioni e suggerimenti ma come "progettisti" di nuovi servizi o nella riorganizzazione di quelli esistenti.

A queste iniziative andrebbe assegnato un "*budget partecipativo*", cioè una parte del budget sanitario riservato alla realizzazione di progetti proposti dai cittadini che anche come testimonianza di quanto le istituzioni credano alla partecipazione sociale.

Coinvolgimento dei cittadini significa anche stringere partnership innovative nei modi e nei ruoli con le associazioni di volontariato e le organizzazioni no profit per offrire servizi complementari e supportare le persone più fragili, per rafforzare risorse ed azioni che vedono insieme aumento della domanda e dell'efficacia ed efficienza delle risorse, basti pensare allo sviluppo delle cure domiciliari e al potenziamento delle cure palliative.

È vero che c'è molto da fare ma possiamo credere che si può fare. Professionisti e manager della sanità abbandonino una volta per tutte la convinzione che le soluzioni e i rimedi possano essere trovati all'interno del sistema ed imparino a guardare fuori per trovare idee nuove.

Governanti, politici, amministratori si liberino dalla presunzione del sapere come si fa e aderiscano ad un confronto aperto e costruttivo tra tutti gli attori coinvolti, dalle istituzioni ai professionisti sanitari, dai cittadini alle aziende.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125960

In un'Italia che galleggia un SSN forte può diventare un salvagente

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma, Docente LUISS Business School Roma.

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Sempre più difficile essere solidali e inclusivi ... Come ripensare la sanità e il welfare. Il 58° rapporto Censis e il documento del Forum DD "Case della Comunità. Alla ricerca di una nuova nozione di pubblico"

Premessa

Il 58° Rapporto sulla situazione sociale del Paese nel 2024 del CENSIS ha avuto un'ampia eco. Le osservazioni che riguardano la sanità in particolare, ed il sistema di welfare più in generale, convergono su quanto già pubblicato nei rapporti di OASI/SDA "Bocconi", di SVIMEZ, di CREA Sanità, di Osservatorio sulla Salute degli Italiani della Università Cattolica, dell'Osservatorio sul Benessere degli Italiani della Fondazione IRES/ Bruno Visentini e con i dati di ISTAT sui fondamentali del nostro Paese e di Equitalia, solo per citarne alcuni.

I temi che affrontiamo oggi li abbiamo già in parte evidenziati in precedenti articoli su "Quotidiano sanità":

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=124561;

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=122993;

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126317;

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=125960

Come guardano gli italiani al futuro

Indipendentemente da quanto sopra, la metà degli italiani (49,6%) ritiene che il nostro futuro sarà condizionato dai cambiamenti climatici e dai possibili eventi atmosferici catastrofici, il 46,0% dagli sviluppi delle guerre in Ucraina e in Medio Oriente, il 45,7% dai rischi di crisi economiche e finanziarie globali, mentre il 35,7% ritiene le migrazioni il determinante prevalente, il 31,0% la competizione geopolitica ed economica tra Stati Uniti e Cina e solo il 26,1% i cambiamenti indotti dalle innovazioni tecnologiche.

La cifra del nostro Paese sembra essere "la continuità nella medietà", dentro la quale restiamo intrappolati: non cresciamo in termini di produzione e PIL e non andiamo in crisi gravi nelle fasi critiche e recessive.

Nel medio periodo tutti gli indicatori sul nostro Paese si dispongono su una linea di galleggiamento all'interno di un range di oscillazione molto ampio, delimitato dai valori massimi e minimi toccati dai Paesi UE.

A proposito di PIL nel ventennio 1963-1983 il suo valore, espresso in euro attuali, era raddoppiato (+117,1%); nei successivi vent'anni, tra il 1983 e il 2003, si era ridimensionato (+48,4%); ma negli ultimi due decenni, tra il 2003 e il 2023, l'aumento è stato solo del +5,8%, (+0,29% annuo).

Anche il reddito disponibile lordo pro-capite delle famiglie italiane in vent'anni (nel periodo 2003-2023) si è ridotto in termini reali del 7,0% e la ricchezza netta pro-capite delle famiglie è diminuita nell'ultimo decennio del 5,5%. I ceti medi e ceti lavorativi sono stati quelli più colpiti.

Anche in Italia la conseguenza principale della globalizzazione è stata una concentrazione della ricchezza molto accentuata che ha colpito i ceti medi e i ceti lavorativi che si sono "sfarinati" verso il basso della scala sociale e dei redditi.

Le traiettorie del cambiamento della nostra identità

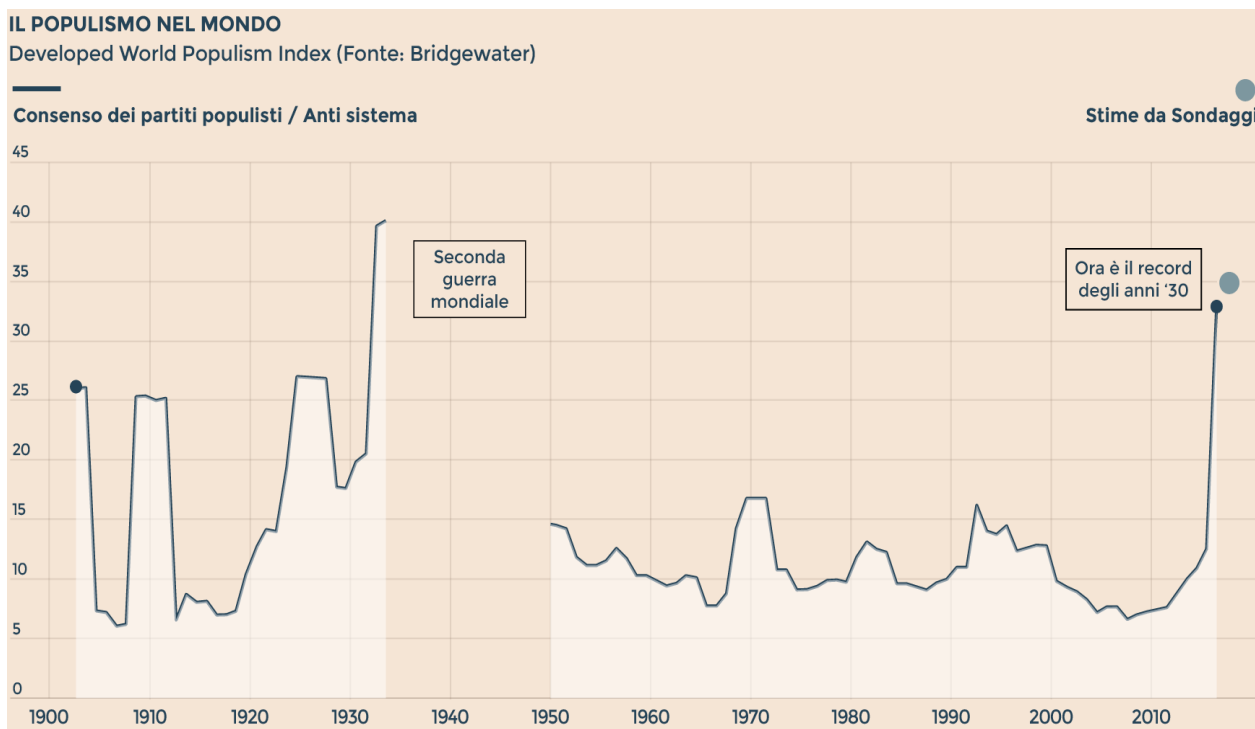
Il Rapporto CENSIS evidenzia sinteticamente come stia cambiando l'identità del nostro Paese.

Assistiamo ad un diffuso ritirarsi dalla vita pubblica: il tasso di astensione alle ultime elezioni europee del 2024 ha raggiunto il 51,7%.

L'indifferenza verso gli strumenti della mobilitazione collettiva è ormai diffusa. Il 55,7% degli italiani oggi considera inutili le manifestazioni di piazza e i cortei di protesta.

Parimenti cresce una sfiducia crescente nei sistemi democratici, tant'è che il 68,5% ritiene che le democrazie liberali occidentali non funzionino più.

Anche l'Unione Europea senza radicali cambiamenti per il 71,4% degli italiani è destinata a entrare in crisi. Il 70,8% degli italiani esprime oggi un più o meno viscerale antioccidentalismo ed è pronto a imputare le colpe dei mali del mondo ai Paesi dell'occidente, accusati di essere stati arroganti per via del presunto universalismo dei propri valori, per cui si è voluto imporre il nostro modello economico e politico agli altri. Sembra un ritorno agli anni trenta, quelli dell'incubazione della grande crisi che portò alla seconda guerra mondiale.



Dal momento che però il desiderio di riconoscimento deve comunque essere appagato si sposta la partita in un altro campo da gioco: quello della rivalità delle identità. È in corso una competizione a oltranza per accrescere il valore sociale delle identità individuali etnico-culturali, religiose, di genere o relative all'orientamento sessuale.

Se tutto ciò provoca scoramento, una sorpresa positiva, per chi come noi crede nei valori dell'accoglienza e dell'integrazione, viene dal constatare che l'Italia si colloca al primo posto tra tutti i Paesi dell'Unione europea per numero di cittadinanze concesse (213.567 nel 2023). Il nostro Paese è primo anche per il totale cumulato nell'ultimo decennio (+112,2% di acquisizioni di cittadinanza italiana tra il 2013 e il 2022).

Siamo diventati ignoranti "funzionali" ...

Nel nostro Paese gli analfabeti sono una esigua minoranza (solo 260.000 e i laureati sono arrivati ad 8,4 milioni, pari al 18,4% della popolazione sopra i 25 anni d'età (erano il 13,3% nel 2011).

Tuttavia la mancanza di solide conoscenze di base rende i cittadini più disorientati e vulnerabili, forse a causa l'uso spropositato del web, dei social e di una informazione manipolata.

Non raggiungono gli stessi traguardi di apprendimento in lingua madre e in matematica rispetto agli altri Paesi UE.

In italiano, il 24,5% degli alunni al termine del ciclo di scuola primaria, il 39,9% al terzo anno della scuola media, il 43,5% all'ultimo anno della scuola superiore stanno sotto la media europea (negli istituti professionali quest'ultimo dato sale vertiginosamente all'80,0%).

In matematica, il 31,8% alle primarie, il 44,0% alle medie inferiori e il 47,5% alle superiori (anche in questo caso il picco più negativo si registra negli istituti professionali: l'81,0%).

Nel limbo dell'ignoranza possono attecchire convinzioni irrazionali, pregiudizi antiscientifici, stereotipi culturali.

Cala il Pil e cresce in modo incerto il lavoro

La media dei primi sei mesi dell'anno si è attestata a 23.878.000 occupati, con un incremento di un milione e mezzo di posti di lavoro in più rispetto all'anno nero della pandemia e una variazione positiva rispetto al 2007 del 4,6%.

La distanza tra il dato italiano e quello della media europea resta ancora significativa (nel 2023 era 8,3 punti percentuali in meno per il tasso di attività, 8,9 punti per il tasso di occupazione).

Se oggi il nostro tasso di attività fosse uguale a quello europeo, si potrebbe disporre di più di 3 milioni di unità di forza lavoro aggiuntive, e se si raggiungesse il livello europeo del tasso di occupazione, sarebbe superata la soglia dei 26 milioni di occupati: 3,3 milioni in più di quelli del 2023.

Attualmente osserviamo una riduzione della produzione in tutti i settori del manifatturiero.

Diverso invece l'andamento dell'agroalimentare (+2,7% tra il 2019 e il 2023 e +1,8% nei primi otto mesi 2024).

Un Exploit invece nel turismo: nel 2023 le presenze in Italia hanno raggiunto i 447 milioni, con un incremento del 18,7% rispetto al 2013.

Se da più parti è stato ripetutamente segnalato che la causa della bassa crescita italiana degli ultimi vent'anni vada ricercata nei modesti risultati ottenuti sul piano della produttività.

Se questa affermazione risulta senz'altro vera per le attività terziarie, al contrario, l'industria mostra un progresso dell'indicatore pari a 10 punti percentuali.

Come cambia il mondo del lavoro e la diffusione dell'innovazione

La produzione industriale è ferma da 21 mesi, ovvero, produciamo al livello in cui eravamo quasi due anni fa. Nell'industria l'indice di occupazione, dopo i picchi toccati nel quarto trimestre del 2023, quando il tasso dei posti vacanti è sceso al 2,4%, il dato si è riportato intorno al 2,0% nel primo semestre di quest'anno.

Anche nel terziario la pressione della domanda di lavoro è stata particolarmente alta nella seconda parte del 2022 e nella prima parte del 2023, con un tasso di posti vacanti del 2,3%, mentre ora si attesta intorno al 2,0%.

Il PIL del settore è quello che contribuisce maggiormente al risultato complessivo del Paese, ovvero, +0,5% come da stime della Banca di Italia.

Il dato sugli occupati nella fascia d'età 15-29 anni raggiunge la soglia dei 3 milioni (+206.000 dal 2019), di cui circa 1,8 milioni maschi e 1,2 milioni femmine.

Il primo semestre del 2024 mostra un ulteriore aumento dello 0,4% dei giovani occupati.

Di riflesso, il tasso di disoccupazione giovanile si è ridotto al 16,7% nel 2023 (5,6 punti in meno rispetto al 2019). Secondo i dati più recenti del 2024 il tasso di disoccupazione giovanile è sceso al 15,4%.

Inoltre si osserva una contrazione anche del numero dei NEET under 30: 1.405.000 nel 2023, il 28,3% in meno rispetto al 2019. Secondo le stime del CENSIS, il costo derivante dal loro mancato inserimento nel lavoro si quantificava nel 2023 in 15,7 miliardi di euro.

Sempre il CENSIS, in una ricerca pubblicata nel settembre del 2024 riporta che attualmente quasi un quarto dei lavoratori italiani utilizza nelle sue diverse forme l'Intelligenza artificiale nelle proprie mansioni lavorative: il 27,7% per la stesura di report, il 24,6% per l'invio di messaggi, il 23,3% per la scrittura di e-mail di lavoro, il 18,5% per creare curriculum e lettere di presentazione.

L'Intelligenza artificiale viene usata dalle generazioni più giovani: il 35,8% nella fascia 18-34 anni per la stesura di report, il 27,8% per scrivere e-mail.

Cosa ci manca a livello occupazionale in generale e in sanità

I dati annuali sui fabbisogni di personale delle imprese private dei settori industriali e dei servizi evidenziano che tra il 2017 e il 2023 la quota di figure ritenute di difficile reperimento è passata dal 21,5% al 45,1% del totale delle assunzioni previste, e soprattutto è aumentato il peso delle figure difficili da reperire per esiguità dei candidati (dal 9,7% del totale delle assunzioni previste del 2017 al 28,4% del 2023).

La scarsità numerica di candidati è il fattore che, a partire dal 2021, predomina come causa di difficoltà di reperimento della forza lavoro, superando la più tradizionale inadeguatezza dei candidati.

Nel 2023 quest'ultimo aspetto è stato riscontrato dalle imprese solo nel 16,7% dei casi. Il ridotto numero di candidati riguarda ben il 70,7% della domanda di lavoro per infermieri e ostetrici, il 66,8% per i farmacisti e il 64,0% delle posizioni aperte per il personale medico. Inoltre, mancano all'appello candidati per il 34,6% delle professioni sanitarie riabilitative e per il 43,6% delle professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali.

Servizi pubblici e differenze tra città e campagne: tante Italie diverse

Si acuisce il problema della rarefazione dei servizi (pubblici e privati) e delle infrastrutture di coesione sociale nelle aree interne.

Se mediamente in Italia le famiglie che sperimentano difficoltà per raggiungere una farmacia sono il 13,8% del totale (3,6 milioni) e per accedere a un Pronto soccorso sono il 50,8% (13,3 milioni), nel caso dei residenti in comuni fino a 2.000 abitanti le difficoltà riguardano rispettivamente il 19,8% e il 68,6% delle famiglie.

Sul versante della sicurezza, sono poco più di 8 milioni le famiglie italiane che considerano difficile raggiungere un commissariato di polizia o una stazione dei carabinieri.

La stessa percentuale (circa il 31%) lamenta difficoltà di accesso ai servizi comunali.

Più di un quinto trova difficile raggiungere un negozio di generi alimentari o un mercato.

Per il 54,9% delle famiglie che vivono nei piccoli comuni anche l'accesso a un supermercato può rivelarsi tutt'altro che semplice.

Le prospettive del welfare

Sempre nel Rapporto CENSIS si evidenzia una riduzione dell'efficacia del welfare pubblico, che incide negativamente sul benessere e sulla qualità della vita delle famiglie, e in definitiva sulla coesione sociale.

Negli ultimi dieci anni, tra il 2013 e il 2023, c'è stato un incremento del 23,0% in termini reali della spesa sanitaria privata pro-capite, che nell'ultimo anno ha superato complessivamente i 44 miliardi di euro e tuttavia sembra che il 62,1% della popolazione almeno una volta abbia dovuto rinviare accertamenti diagnostici o visite specialistiche perché la lista di attesa nel SSN era troppo lunga e il costo da sostenere nelle strutture private troppo alto.

Al 53,8% è capitato, in presenza di problemi di salute, di dover fare ricorso ai propri risparmi per pagare le prestazioni sanitarie necessarie. E il 78,5% dichiara che, in caso di problemi di salute, teme di non poter contare sulla sanità pubblica.

Anche le prospettive del comparto previdenziale pongono una seria ipotesi sul futuro degli italiani: il 75,7% pensa che non avrà una pensione adeguata quando lascerà il lavoro per raggiunti limiti di età (in particolare, è l'89,8% dei giovani ad avere questa certezza).

E la non autosufficienza, che attualmente coinvolge circa 3 milioni di persone, destinate ad aumentare in modo consistente nel futuro, vista la relazione diretta con l'invecchiamento della popolazione, è percepita già oggi come una condizione che grava quasi interamente sulle proprie spalle e il 75,0% degli italiani teme che i propri risparmi non basteranno in caso di non autosufficienza.

Crescita lenta dell'economia e retribuzioni ridotte non permetteranno di generare flussi finanziari sufficienti per coprire i costi di prestazioni pienamente adeguate.

Così, sono sempre di più gli italiani convinti che nel futuro sarà decisivo il ricorso a strumenti di autotutela.

Il welfare sembra destinato a perdere quel carattere di universalismo delle origini, inclusivo e coesivo, perché ormai taglia fuori di fatto porzioni crescenti del ceto medio e anche dei ceti lavorativi, in particolare gli under '40, obbligati a sostenere il costo fiscale del welfare, ma con la prospettiva di dover affrontare le avversità della vita con risorse proprie.

Solitudine e fragilità dei giovani

Viviamo in una società nella quale ormai il 58,1% dei giovani tra i 18 e i 34 anni si sente fragile, il 56,5% dichiara di sentirsi solo e il 69,1% ha bisogno di sentirsi rassicurato.

Sono sentimenti generati dall'incertezza, dalla paura di non farcela, che possono sfociare in frustrazione, stati d'ansia, attacchi di panico, depressione o disturbi alimentari.

Se il 51,8% dei giovani dichiara di soffrire di stati d'ansia o depressione - contro il 40,8% delle persone di età compresa tra i 35 e i 64 anni e il 19,0% degli over 65, se il 32,7% dei 18-34enni afferma di soffrire di attacchi di panico - a fronte del 23,8% degli adulti e del 4,2% degli anziani - e il 18,3% soffre di disturbi del

comportamento, delle domande sul nostro presente e sul nostro futuro dovremmo porcele e non far finta che il problema non ci sia.

È senza dubbio vero che ci sono anche tanti giovani che studiano, lavorano, sono soddisfatti della propria vita e mettono in gioco strategie per assicurarsi un futuro migliore.

Ma quanti di loro stanno lasciando il Paese! Dal 2013 al 2022 sono espatriati dall'Italia circa 352.000 giovani tra i 25 e i 34 anni. Di questi, più di 132.000 (37,7%) erano in possesso della laurea.

Se nel 2013 erano il 30,5% degli emigrati dall'Italia nel 2022 sono diventati il 50,6%.

È possibile che le scelte economiche dei vari governi che si sono succeduti negli ultimi due decenni che hanno cercato risultati in termini di produttività del paese attraverso politiche di bassi salari siano state determinanti per questo fenomeno.

A parte il patrimonio perduto per formarli (stimato circa 4.3 mld) è inestimabile la perdita del "ritorno dell'investimento" che abbiamo fatto sui nostri giovani.

I patrimoni

I dati demografici evidenziano in modo netto la contrazione delle generazioni avvenuta tra il 1984 e il 2024. Nel 1984 le coorti di giovani di età compresa tra i 20 e i 29 anni e tra i 30 e i 39 anni erano, rispettivamente, il 14,6% e il 13,4% della popolazione.

Nel 2004 pesavano rispettivamente il 12,6% e il 16,2% – diminuendo, nel primo caso, del 12,3% e aumentando, nel secondo caso, del 22,7%. Il ventennio successivo si è caratterizzato per un andamento regressivo più spinto, a causa della diminuzione del tasso di fecondità.



Così, rispetto a vent'anni fa, i 20-29enni e i 30-39enni sono diminuiti, rispettivamente -17.5% e - 29.4%, e rappresentano oggi quote molto inferiori della popolazione complessiva: soltanto il 10,2% e all'11,2% del totale.

Una tendenza involutiva destinata a proseguire nei prossimi anni: si prevede che nel 2044 i 20-29enni si saranno contratti ulteriormente del 15,6% rispetto a vent'anni prima e i 30-39enni dello 0,2% (tab. 27). In futuro il valore dei patrimoni familiari è destinato quindi a concentrarsi in gruppi più ristretti della popolazione per effetto della deriva demografica di lungo periodo.

La solitudine

Il 58,8% degli italiani trascorre il tempo libero con i propri amici d'almeno una volta alla settimana. Tra i giovani (15-19 anni) sono naturalmente di più: fino al 90%.

Le occasioni d'incontro in quasi la metà dei casi sono fuori di casa. I luoghi più frequentati sono ristoranti, bar, pub, ma anche i luoghi dove si fa sport, i parchi e anche i centri commerciali. E gli altri?

Chi sembra non avere o non vedere amici e chi, il 13,3% di italiani (fino al 17,8% tra i giovani dai 18 ai 34 anni), ammette di prediligere gli incontri virtuali nei social network.

8,9 milioni d'italiani vivono da soli: il 34,8% sono vedovi, gli altri sono celibi e nubili o separati e divorziati.

Che ruolo può avere il Servizio Sanitario Nazionale?

Il nostro servizio sanitario potrebbe mitigare tante delle criticità che abbiamo passato in rassegna così come potrebbe aggravarle.

Quale delle due alternative accadrà dipenderà da noi, tutti, con i nostri diversi ruoli: cittadini, professionisti della sanità ed attori del sociale, manager pubblici e politici e anche il cosiddetto mondo produttivo, quello delle aziende, prime fra tutte quelle del farmaco e dei dispositivi medici e quelle delle tecnologie digitali.

Sappiamo che abbiamo una sfida da affrontare, quella della sostenibilità, che non significa resistere, ma continuare a generare sempre più valore per tutti.

Le risorse per la sanità sono limitate da un finanziamento sottodimensionato.

Recentemente anche la Corte Costituzionale si è espressa, sottolineando come lo Stato non può mai "rispondere" tagliando risorse destinate alla spesa costituzionalmente necessaria, tra cui quella sanitaria, che già ha sofferto per precedenti "arditi tagli lineari".

Se in tanti siamo d'accordo che andrebbe posta fine agli "arditi tagli" - come tali recentemente indicati in una sentenza della Corte Costituzionale che ha affermato che il diritto alla salute non può essere sacrificato «*fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità*» - in molti ci rendiamo conto anche che sarà molto improbabile che l'allocazione delle non cospicue risorse pubbliche possa far crescere concretamente il Fondo Sanitario Nazionale.

Allora proponiamoci d'inaugurare anche un discorso differente, proviamo a partire da non solo cosa sia necessario ma anche cosa sia possibile fare.

Se dovessimo indicare delle priorità, al primo posto andrebbe messa, senza indecisione alcuna, la concreta e completa implementazione di quanto nel DM 77 disposto e, in particolare, la messa in opera delle Case di Comunità.

Non stiamo qui a ripetere perché dovremmo farlo né a ricordare che la disponibilità finanziaria messa a disposizione dalla Missione 6 del PNRR è insieme un'evidenza della necessità di questo intervento e un'opportunità per riuscire ad attuarlo.

Si tratta però di saperlo fare, cioè non usare i soldi solo per tirare su muri e acquistare strumenti ma per realizzare attività e gestioni che siano coerenti con la denominazione stessa: "di comunità".

Quando il legislatore ha scelto d'impiegarla ha indicato una prospettiva che potrebbe sembrare antica ma che è invece innovativa, appropriata e sfidante.

Nel PNRR le case di comunità sono definite come "punto di riferimento continuativo per la popolazione che ha il fine di garantire la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento".

Detto in altri termini, si tratta di strutture socio-sanitarie polivalenti che forniscono assistenza di tipo primario e attuano attività di prevenzione nonché di promozione della salute.

In un recente documento del *Forum Diseguaglianze Diversità* dal titolo "Case della Comunità. Alla ricerca di una nuova nozione di pubblico" viene ricordato come occorra essere consapevoli che le case di comunità, oltre ad operare nel settore sociosanitario, possono agire anche in altri ambiti ed offrire l'opportunità per

ripensare la funzione pubblica, rivitalizzando il lavoro sociale, l'attenzione alla multidimensionalità dei bisogni e la partecipazione dei diversi soggetti coinvolti.

Una sfida di alto valore che si basa su 4 punti chiave:

1. *L'Integrazione sociosanitaria. Da un lato l'integrazione è richiesta dalle domande stesse di cura che vengono espresse dalle persone, dall'altro è indispensabile per incidere sui determinanti sociali della salute, naturalmente insieme a politiche extra-sanitarie di riduzione delle disuguaglianze economiche. Anche se probabilmente le case di comunità non potranno ospitare tutte le azioni sociali e sanitarie necessarie, tuttavia dovranno strutturarsi come presidi accessibili e "vicini" e contemplare spazi di socialità e socializzazione.*
2. *L'attenzione alle relazioni. Le domande di cura, oltre alla qualità tecnica della prestazione coinvolta, includono essere ascoltati e sostenuti. Le Case di Comunità sono il luogo che potrà favorire l'instaurarsi di una relazione positiva e di fiducia tra persone e istituzioni. Cosa fondamentale oggi, soprattutto nei contesti di più forte disagio e marginalità. Le malattie croniche non sono episodi singoli, ma percorsi di cura che si manifestano per tempi anche lunghi nei quali il coinvolgimento dei malati è essenziale. L'attenzione alla qualità delle relazioni contribuisce anche al raggiungimento di buoni outcome clinici.*
3. *La predisposizione al lavoro multidisciplinare. Per integrare dimensione sanitaria e sociale non basta istituire un punto unico di accesso (PUA) ma saper lavorare in modo multidisciplinare, con squadre multiprofessionali. Occorre coinvolgere tutte le risorse presenti in un ambito comunitario: le associazioni della cittadinanza sociale, le cooperative e le imprese sociali, le organizzazioni di volontariato e le reti informali e formali esistenti nel territorio. Una comunità che partecipa alla fase di progettazione dei servizi permette di acquisire informazioni, altrimenti indisponibili, sui bisogni inespresi e poter farvi fronte. Come è scritto nel documento del Forum DD "la Casa della Comunità è doppiamente della Comunità: serve la comunità e la serve promuovendo il complesso delle risorse della comunità."*
4. *L'approccio universalistico. Nell'ambito della Casa di Comunità possiamo essere davvero in grado di definire "cosa dare a chi" ai fini della salute di quella popolazione. Se gli individui hanno caratteristiche diverse e vivono in condizioni diverse, anche gli interventi saranno diversi. Ci saranno profonde differenze tra differenti comunità sia in termini di bisogni sia di potenziale di risposta. Si parte da una visione universale basata sui diritti ma poi si opera in base ciò che i cittadini di quel territorio contribuiscono a delineare come bisogno e potenzialità di risposta. Il fine ultimo è includere tutti nell'accesso a quanto è necessario per avere salute, con la raccomandazione di evitare la proliferazione di regolamentazioni procedurali omogenee e controlli top down - un'infesta tradizione delle aziende sanitarie - ed usare invece metriche che diano spazio a processi di auto-valutazione fra pari e che assumano come indicatori di esito le esperienze dei cittadini*

E infine...alcune considerazioni generali

Si deve tornare a parlare di crescita. Abbiamo bisogno di una idea di "sistema Paese" in divenire.

In primis abbiamo bisogno di un progetto di sviluppo industriale del Paese che tenga conto dei cambiamenti geopolitici in atto, dei cambiamenti nelle filiere produttive e di servizi connessi.

La via di una società ultrademocratica – "poliarchica", scriveva lo stesso CENSIS negli anni '90 del secolo scorso –, in cui si governa, o almeno si concertano le scelte di governo, con i grandi soggetti collettivi, è stata travolta dalle dinamiche della globalizzazione, dalla concentrazione del potere verso gli esecutivi e dall'insorgere della cosiddetta "società liquida" senza più "corpi intermedi" significativi.

Comunque il corpo sociale anche in una società fragile e disarticolata, segue sempre una sua logica e tende a riportare a regime l'ingovernabile motore della crescita e dello sviluppo.

Ora e dopo un così lungo tempo trascorso nell'attesa, bisogna assumersi il rischio di andare oltre. Dopo anni – ormai più di un quindicennio – in cui la nostra società è rimasta alla finestra, si affacciano all'orizzonte un nuovo scenario mondiale e un nuovo scenario tecnologico.

La nostra società è molto più meticciosa di quanto si dica. Un po' occidentale e un po' mediterranea, levantina e mediorientale, contadina e cibernetica, poliglotta e dialettale, mondana e plebea.

Non siamo più una società in corsa verso uno sviluppo, ma non siamo neanche un popolo di poveri diavoli destinati a rimanere miserabili.

Fare politica è ancora un esercizio “alto”, è l’arte del consenso e dell’interpretazione dei sentimenti e dei bisogni sociali, è un compito complesso di responsabilità e di immaginazione.

In particolare fare politica sanitaria, un esercizio che sembra al momento frammentario e confuso, significa leggere il Paese con lo sguardo rivolto al futuro.

Una “società aperta” porta con sé dei rischi, per le istituzioni collettive e per la vita privata e, con i rischi, comporta anche preoccupazioni relative alla perdita di sicurezza, alle limitazioni alla redistribuzione delle rendite, all’ibridazione culturale.

È un rischio che la nostra società non sembra disponibile ad assumersi, ma che, allo stesso tempo, non può permettersi di non correre, se vuole crescere e non più galleggiare.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126714

quotidianosanità.it

Oligopolio verso salute: un ossimoro?

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DISSE, Università “Sapienza”, Roma;

Andrea Vannucci, Membro CTS ASQUAS, Docente DiSM, Università Siena, Membro CD Accademia di Medicina, Genova.

Il recente pronunciamento del TAR Lazio che, su richiesta delle associazioni dei laboratori e della sanità privata accreditata, sospende l’introduzione del nuovo nomenclatore delle prestazioni sanitarie rafforza una domanda che da tempo ci stiamo ponendo: Il mercato sanitario e le sue filiere produttive sono un mercato aperto? Possono inserirsi nuovi competitori? Che rapporto c’è tra potere di offerta degli oligopoli e salute dei pazienti? La domanda di salute ha agio sul mercato o viene condizionata dall’offerta? Offerta e domanda sono in equilibrio e il mercato promuove o ostacola appropriatezza organizzativa e clinica? Subiamo distorsioni del mercato che penalizzano i pazienti? Queste sono le questioni aperte in presenza di un mercato oligopolistico della sanità ...

Oligopolio

Dal greco antico ὀλίγοι (òlìgoi: «poco», «pochi») e -πώλιον (pólion, da πωλεῖν — polèin, vendere), è una forma di mercato in cui poche imprese hanno una struttura di costo simile e producono beni simili. In questo contesto tali imprese pur non potendo stabilire il prezzo di mercato sono però in grado di influenzarlo sostanzialmente.

Diversamente da altre forme di mercato, quali la concorrenza perfetta (in realtà mai esistita) o il monopolio, non esiste un modello unico di oligopolio. Le imprese che operano all’interno di un mercato oligopolistico aggiustano le loro strategie in merito a produzione e prezzi in funzione delle scelte effettuate dalle imprese concorrenti. Questa caratteristica determina un’ampia variabilità di possibili comportamenti, dei modelli di oligopolio.

L’oligopolio è caratterizzato comunque dalla presenza di poche imprese dominanti e in genere da capacità produttiva in eccesso.

Anche nel mondo della sanità è presente un sistema di oligopoli che operano a monte a valle delle aziende sanitarie e delle agenzie regionali o nazionali che si occupano di HTA o di politiche di acquisti. Parliamo di aziende che producono sia beni sia servizi, spesso multinazionali, da big Pharma a big Tech; che anche quando non controllano il mercato comunque lo influenzano in modo sostanziale. Le loro strategie di produzione e

di marketing sono aggressive e la mole di innovazioni che immettono sul mercato così rapide che i vari sistemi regolatori che dovrebbero ricondurre il tutto nella prospettiva del bene comune sono in costante difficoltà e spesso in ritardo.

Monopolio e Surplus

Paul Baran e Paul Sweezy proposero una lettura critica del capitale monopolistico, pubblicando più di cinquant'anni fa *"Monopoly Capital" (Il capitale monopolistico, Einaudi, 1968)*. Gli autori vollero mostrare il grado d'irrazionalità che il sistema era arrivato ad esprimere sottolineandone il potenziale di crisi. Svilupparono la teoria secondo la quale la stagnazione sarebbe lo stato normale del capitalismo monopolistico nella sua fase di maggiore sviluppo. Oggi, in effetti, i principali economisti liberali e globalisti sono costretti ad affrontare la questione della stagnazione e a discutere del ruolo crescente dei monopoli e degli oligopoli e di modelli alternativi, prospettando anche un ruolo di regolamentazione e di compensazione dello Stato in economia per svolgere una funzione anticiclica rispetto alle periodiche crisi del sistema capitalistico.

Le analisi degli economisti contemplano anche la possibile transizione da un contesto oligopolista da uno monopolista. Ciò accade quando uno degli oligopolisti assume un ruolo predominante e diventa leader di mercato.

Un certo grado di concorrenza permane, non più basata sui prezzi ma sulla promozione delle vendite (con la pubblicità per indurre consumi), sulla capacità di assicurarsi quote della spesa pubblica (nel nostro caso quella destinata alla salute dei cittadini) e di trovare attenzione da parte del mondo finanza (sempre in sanità, la crescita della presenza dei fondi private equity).

Ai determinanti classici del sistema capitalistico sono profitto, interesse e rendita, quelli che per Karl Marx e gli economisti suoi epigoni costituivano il *"plusvalore"* si è aggiunto quello che viene chiamato *"surplus"*.

Se il plusvalore era inteso come il valore aggiunto di cui il capitalista si appropria sfruttando il lavoro altrui, il surplus indica invece l'eccedenza di produzione rispetto a quanto è necessario per mantenere il sistema produttivo. Il surplus può essere reinvestito per far crescere l'economia, oppure consumato o accumulato. Il surplus ha di fatto spostato l'interesse da e preso il posto del *"plusvalore"*.

È in questo contesto che la *"giant corporation"* assume un ruolo dominante. Con la sua capacità di ridurre i costi di produzione, la sua politica di prezzi monopolistici, la sua incidenza nella distribuzione del prodotto, con la quota del profitto che cresce a scapito di quella del lavoro e si generano quote di surplus crescente. Questa è in particolare la legge di un sistema monopolistico dove l'assorbimento del surplus è nella logica delle cose.

Anche nel mondo della sanità ci sono esempi del genere, con aziende che sono diventate leader assoluti in certi segmenti di produzione e perciò in grado di modulare selettivamente non solo l'offerta ma anche la domanda.

Oligopolio e monopolio incrementano entrambi il saggio di plusvalore. Per la sua realizzazione è vitale una domanda crescente d'investimento e consumo da parte dei soggetti più ricchi che sostituisca quella dei ceti medi e dei ceti lavoratori che invece è calante a causa del loro sostanziale impoverimento. Qualcosa di analogo sta accadendo quando i consumi sono finanziati dalla spesa pubblica di stati sempre più frequentemente indebitati. È quello che negli anni recenti sta succedendo in molti Paesi OECD.

È di questi giorni la polemica politica su chi scaricare i costi della sindemia post pandemia da SARS-COV-2 definendo gli obiettivi delle Leggi di Stabilità in tutti i Paesi UE e in USA.

Questo nonostante che, come indicato da Baran e Sweezy, il funzionamento del sistema produce spreco: uno dei tre modi in cui, insieme al consumo ed all'investimento dei capitali, può esser utilizzato il surplus crescente.

Il surplus insieme al profitto, che rimane lo scopo precipuo del modello capitalista, si manifesta, via via più intensamente, nella misura in cui modi nuovi di sua utilizzazione vengano ad alzarne il livello di assorbimento. Surplus che con la globalizzazione ha determinato sviluppo sì, ma anche polarizzazione della ricchezza con pauperizzazione sia dei ceti medi sia dei ceti lavoratori, vedi i dati dell'Osservatorio Oxfam 2023-2024.

È la *"società liquida"* che aiuta l'accumulazione e crea fasce di nuova povertà.

Accade per assurdo anche che la chance dell'export di capitale è più che annullata dall'import di surplus, drenato dalle multinazionali dalle aree del sottosviluppo, nel contesto dei processi correnti di globalizzazione.

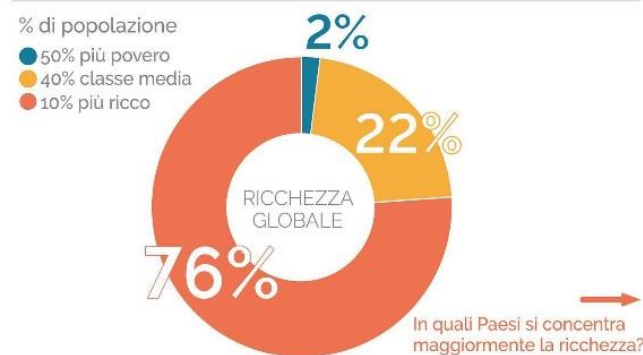
Queste dinamiche possono spiegare sia la stagnazione che la prosperità.

L'esplosione della finanza e la sua autonomia dalle basi produttive

Un importante sviluppo delle tesi di "Monopoly Capital", sono le tesi di Sweezy e poi di Magdoff che, oltre al grande indebitamento, indicano nel fenomeno dell'esplosione della finanza il fattore chiave che accresce la criticità sistemica. È l'insieme di produzione e finanza che diventa il centro di gravità del sistema e la crisi del 2008 è la testimonianza di come il sistema non riesca a d autoregolarsi.

Il 10% della popolazione possiede il 76% della ricchezza globale

Distribuzione della ricchezza globale procapite



Fonte:
World Inequality Report 2022

ISPI

Oligopoli e mondo sanitario

Antonio Bonaldi, Presidente di Slow Medicine, nell'articolo "La domanda e l'offerta di salute cambiano. Ma non sempre riusciamo a stargli dietro", pubblicato su questa testata, sostiene che "La domanda e l'offerta di prestazioni viaggiano su due binari divergenti che portano verso scenari del tutto inconciliabili. Su un binario corrono l'innovazione e le nuove tecniche sempre più avanzate. Sull'altro vi sono però pazienti sempre più vecchi e malati che chiedono di essere curati pur sapendo di non poter guarire e che desiderano essere assistiti nel loro contesto abituale di vita"

Nessun altro settore della pubblica amministrazione è soggetto a così numerosi e frequenti provvedimenti volti a modificarne la configurazione istituzionale quanto quello sanitario. La maggior parte di essi si propongono di ridurre i costi di gestione e migliorare la qualità dei servizi, anche se, ad oggi, nessuno è ancora riuscito a dimostrare che tale scopo sia stato raggiunto con successo.

I cambiamenti proposti si sono concentrati sulla ridefinizione degli ambiti territoriali (aziende sanitarie sempre più estese), sulla riorganizzazione dei servizi sanitari e amministrativi (ospedali con o senza territorio, nuove aggregazioni distrettuali e dipartimentali) e soprattutto nella riassegnazione di incarichi professionali sanitari o amministrativi.

Sul piano organizzativo poco o nulla si è visto rispetto ai due punti a più alto impatto sulla salute: il riordino della rete ospedaliera e la riorganizzazione delle cure primarie con logiche rinnovate e più adeguate alla mutata condizione epidemiologica.

Sappiamo quanto i comportamenti delle persone sono influenzati da interessi economici e commerciali e pensiamo che ciò avvenga anche nelle attività che hanno a che vedere con la salute. Non possiamo negare in Sanità che ci troviamo in una condizione di mercato sostenuto da campagne di marketing focalizzate ad aumentare i consumi e trovare sempre nuovi clienti.

Non possiamo scandalizzarci se per il mercato prevale la legge del profitto e le persone sono interessanti in quanto potenziali clienti.

A questa ineffabile legge soggiace gran parte della ricerca biomedica, dell'innovazione tecnologica così come la prescrizione di farmaci, le indagini diagnostiche e le altre procedure sanitarie.

Non vogliamo però disconoscere che parliamo di realtà produttive in grado di generare anche benefici reali per i pazienti e per tutta la comunità.

La relazione possibile, pragmatica e adeguata è quella di operare dentro una cornice regolatoria che guardi al pubblico interesse e sappia valutare il valore generato da ogni singolo prodotto o servizio in termini di beneficio per i singoli individui e per la comunità e di costo da sostenere.

Una condizione, non facile da trovare, ma non per questo da non ricercare con determinazione, per la quale sono richieste competenza, onestà, lungimiranza, trasparenza e non conflitto ma... "convergenza" d'interessi.

La "financed-based medicine"

Come ricorda John Ioannidis, epidemiologo e docente di medicina alla *Stanford University School of Medicine*, siamo ormai tutti esposti alla "financed-based medicine", dove l'interesse prevalente di alcuni attori non è quello di salvaguardare la salute, ma di ampliare la propria fetta di mercato.

È noto come l'intero ambito della medicina è pervaso da prestazioni inutili e potenzialmente dannose che consumano ingenti quantità di risorse causando sprechi che riducono la possibilità di assicurare i servizi essenziali tutti i pazienti, con rischi per quelli delle classi sociali più disagiate.

Già anni fa il progetto "fare di più non vuol dire fare meglio", di *Slow Medicine*, sviluppato insieme a numerose società scientifiche, dimostrò che almeno 2.400 procedure cliniche correnti non avevano alcuna prova di evidenza di efficacia.

il Ministero della Salute ne prese atto e promulgò il cosiddetto DM "Adeguatezza", la cui fine è nota: il ritiro dopo forti pressioni di lobby non solo degli oligopolisti di mercato, ma anche dei professionisti della sanità.

Oggi siamo già oltre: nuove conoscenze e nuove tecnologie rendono possibile ciò che in passato sembrava impensabile e ciascuno di noi vorrebbe e potrebbe essere trattato dal miglior specialista, nel modo più minuzioso possibile e nel luogo dotato delle tecnologie più innovative.

Tutti pazienti oggi sono potenziali protagonisti di una nuova medicina: di precisione e di comunità, nell'accezione di un approccio alla persona e ai suoi complessi bisogni sanitari, socio sanitari e sociali, come peraltro l'applicazione del DM 77 e della missione 6 del PNRR prevedono e dovremmo riuscire a realizzare.



EBM Pyramid and EBM Page Generator, © 2006 Trustees of Dartmouth College and Yale University. All Rights Reserved. Produced by Jan Glover, David Izzo, Karen Odatto and Lei Wang.

Per una sanità che cura e non fa solo profitti

Ancora oggi, nonostante le prove dello scarso valore generato, un gran numero di attività negli ospedali sono riconducibili a una medicina nella quale i saperi sono sempre più frammentati e iper specialistici e gli specialisti tendono a lavorare in modo isolato o in team ristretti.

Per loro natura gli specialisti non hanno una visione d'insieme, agiscono nel corso di episodi acuti della malattia e per brevi periodi di tempo. Hanno logiche che guardano più spesso alla prestazione che non al percorso di cura. Non è una critica ma una considerazione sul loro ruolo che deve tenere a mente chi, chiamato ad avere una visione sistemica, è responsabile delle cure ai cittadini su più ampia scala. Questo perché i bisogni sono molto più ampi e complessi.

Crescono le solitudini, le fragilità che spesso diventano proxy di cronicità o poli-cronicità, crescono insicurezze e disagi sociali e le fasce di popolazione sull'orlo della povertà assoluta e non tutto si può medicalizzare anche se per gli oligopolisti della salute questa potrebbe essere una prospettiva molto lucrosa.

Le dinamiche sociali e i cambiamenti culturali non sono fattori indipendenti nell'efficacia di un sistema di cure ed assistenza. Combattere solitudini, fragilità, insicurezze, povertà dispensando farmaci anti depressivi o altro non risolve i problemi delle persone coinvolte, anzi le aggrava, fa perdere lucidità e crea dipendenze ... ed ecco sullo sfondo un altro mercato oligopolistico, quello delle finte sicurezze, delle droghe e della dipendenza totale.

Ci sono però anche buone notizie come prove di policy efficaci contro la solitudine come quelle sviluppate in Gran Bretagna in alcuni siti pilota, ad esempio Frome, una cittadina di 45.000 abitanti nel Somerset, che mostrano che una via alternativa esiste.

La sfida culturale e organizzativa

Oggi serve un grande investimento culturale sui professionisti e gli operatori della sanità e del sociale per renderli abili alle nuove metodiche, ai nuovi strumenti, ai nuovi flussi di dati e alle nuove evidenze cliniche. Questo sarà il *driver* dell'appropriatezza prescrittiva e clinica, anche se ci sarà chi si oppone ... gli oligopolisti non sono sempre innovativi, anzi, spesso devono frenare l'innovazione per massimizzare il ritorno del loro investimento.

Accade per i farmaci e per i dispositivi medici, per le alte e le più semplici tecnologie e può ritardare cambiamenti delle procedure cliniche e organizzative interferendo negativamente sul potenziale di efficienza del sistema.

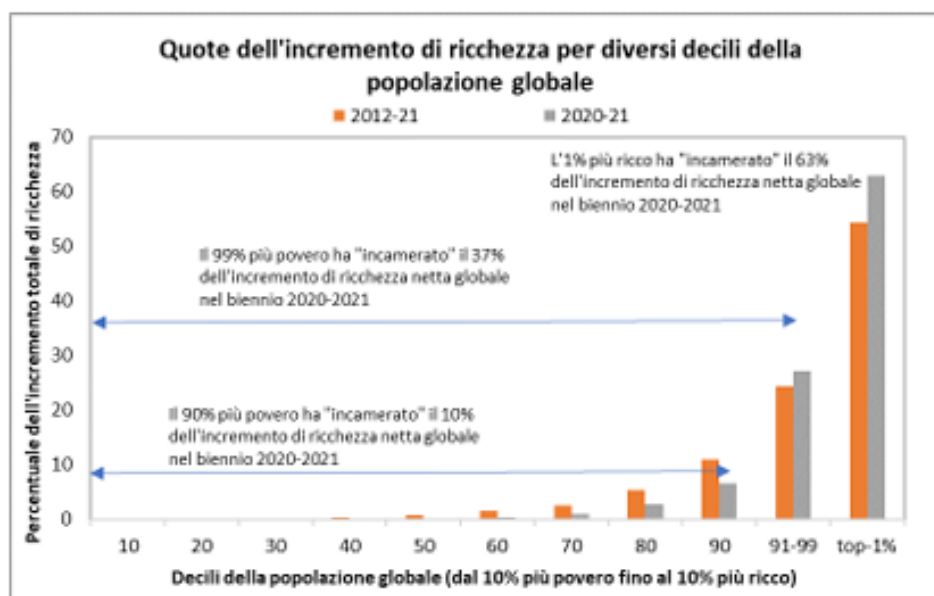


Figura 2. Quote dell'incremento di ricchezza netta per decile della popolazione mondiale nei periodi 2012-2021 e 2020-2021. Fonte: Rielaborazione Oxfam su dati di Credit Suisse^{7b}

Dalla medicina “riduzionista” a quella “sistemica”

Come in natura la specializzazione si accompagna sempre all'integrazione, così alla medicina specialistica di tipo riduzionistico, centrata sul trattamento della malattia, occorre affiancare la medicina basata sull'approccio sistemico, sull'integrazione dei saperi e centrata sulla persona.

Se su una strada corre sempre più veloce la specializzazione e la suddivisione dei saperi e delle tecniche, su un'altra ci sono pazienti sempre più vecchi e malati che chiedono di essere curati, ma che sanno di non poter guarire, che desiderano essere assistiti nel loro abituale contesto di vita, senza dover abbandonare i loro affetti e la propria casa. Persone che aspirano ad una vita e ad una morte dignitosa che vanno aiutate nella ricerca del benessere possibile facendo leva sulle loro residue capacità di adattamento.

Le due strade dovranno prima o poi incontrarsi.

Le cure dei pazienti che hanno cronicità multiple e devono convivere con le loro patologie per il resto della vita richiedono una pluralità di linguaggi, integrazioni delle conoscenze e una presa in cura complessiva per tempi indefiniti, da realizzare nel proprio contesto di vita familiare e di comunità.

Alcune idee e proposte su come organizzare le nuove reti territoriali le abbiamo raccolte nel recente ebook *“Fragilità, cronicità e diseguaglianze di salute”* edito da *“Cultura e salute”*, che si può trovare sul sito www.asiquas.net e su quello dell'editore, ma già nel 2013, come SIQUAS VRQ, affrontammo il tema dei *“Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale”*, (Franco Angeli Editore) e poi nel 2021 con *“La qualità nell'integrazione tra sanità a e sociale”*, Editore COM SRL Roma (2012), referente scientifico il Prof Francesco Di Stanislao e un numeroso gruppo di colleghi. Anche queste pubblicazioni possono essere scaricate dal sito www.asiquas.net.

Oligopoli, progresso tecnico ... e crisi delle democrazie e del welfare

I monopoli e/o gli oligopoli sono oggi i player dei mercati, *“finanziarizzati”* e slegati dalle basi produttive delle singole economie nazionali.

La globalizzazione ha permesso lo sviluppo di Paesi del terzo e quarto mondo portandoli alla ribalta dell'economia mondiale ma allo stesso tempo ha causato una polarizzazione della ricchezza in tutti i Paesi coinvolti nelle filiere produttive globalizzate e integrate.

Nei Paesi occidentali sono entrati in crisi i modelli di sviluppo precedenti generando una pauperizzazione crescente dei così detti ceti medi e delle classi lavoratrici (operai dell'industria, dell'agricoltura e dei servizi) e sono entrati anche in crisi i meccanismi della democrazia partecipata, con livelli un tempo impensabili di astensionismo elettorale. Le società democratiche per come le abbiamo pensate, e per come aspireremmo che fossero, sono insidiate da movimenti populistici, sovranisti e nazionalisti.

In questo scenario globale noi siamo un Paese con sempre più vecchi che da una parte sostengono economicamente, con i risparmi accumulati negli anni, i giovani ancora *“incapienti”* ma dall'altra generano un onere previdenziale sulla cui sostenibilità molti dubitano.

Questa pleora di cittadini anziani richiede una capacità finanziaria consistente per sostenere servizi socio-sanitari e sociali adeguati alla domanda di oggi e a quella in divenire. Nel contempo abbiamo un restringimento della base imponibile nazionale per la denatalità e l'invecchiamento progressivo della popolazione.

E quindi....

Avremmo bisogno oggi – secondo Asso Lombarda – di almeno 2.000.000 di lavoratori qualificati per colmare i vuoti che abbiamo nelle aziende che producono beni e servizi e non abbiamo politiche di immigrazione finalizzate a tali obiettivi, nonché politiche di inclusioni adeguate, salvo eccezioni di Enti Locali sparsi per la penisola.

Con la crisi dell'economia tedesca, e forse di quella francese, con cui condividiamo molte filiere produttive, rischiamo processi recessivi a breve e medio termine. La crescita del contributo al PIL della nostra industria è ferma da 21 mesi. Innovazione e ricerca sono possibili se le imprese hanno orizzonti di mercato a 4/5 anni ... altrimenti lavorano sull'acquisito e interveniamo sulla produttività solo comprimendo il costo del lavoro, cioè i salari.

Se questo è lo scenario il welfare in Italia rischia di subire un ulteriore ridimensionamento in tutte le sue componenti: previdenza, servi sociali, sanità.

La sanità non è più in grado di continuare a offrire servizi e reti obsolete e costose.

Adottare modelli innovativi da scelta diventa obbligo.

La carta costituzionale prevede che la salute collettiva e dei singoli sia assicurata, il Servizio sanitario nazionale è lo strumento fondamentale ma non il solo.

Una visione politica che vuol interpretare la complessità contemporanea deve sapersi muovere nel contesto multistakeholder che la caratterizza per trarne vantaggi per i cittadini e non perdita di garanzie.

Conosciamo tutte le influenze e le spinte che si riversano sulla amministrazione della salute dei cittadini.

A parte quelle illecite, che esistono e dobbiamo reprimere, ci sono quelle esercitate da soggetti che, pur muovendosi per fare (legittimo) profitto, possono essere partner e non fornitori concorrenti.

La via maestra di quest'alleanza è che lo stato e, nel nostro ordinamento, le singole Regioni conoscano ed affermino il bene comune e riconducano tutte le risorse reperibili nel contesto socio economico finanziario alla generazione di valore che si traduca nell'incremento del bene comune.

Questo approccio, per altro, è quello di "salute in tutte le politiche", ovvero, "one health" ...

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=126753

