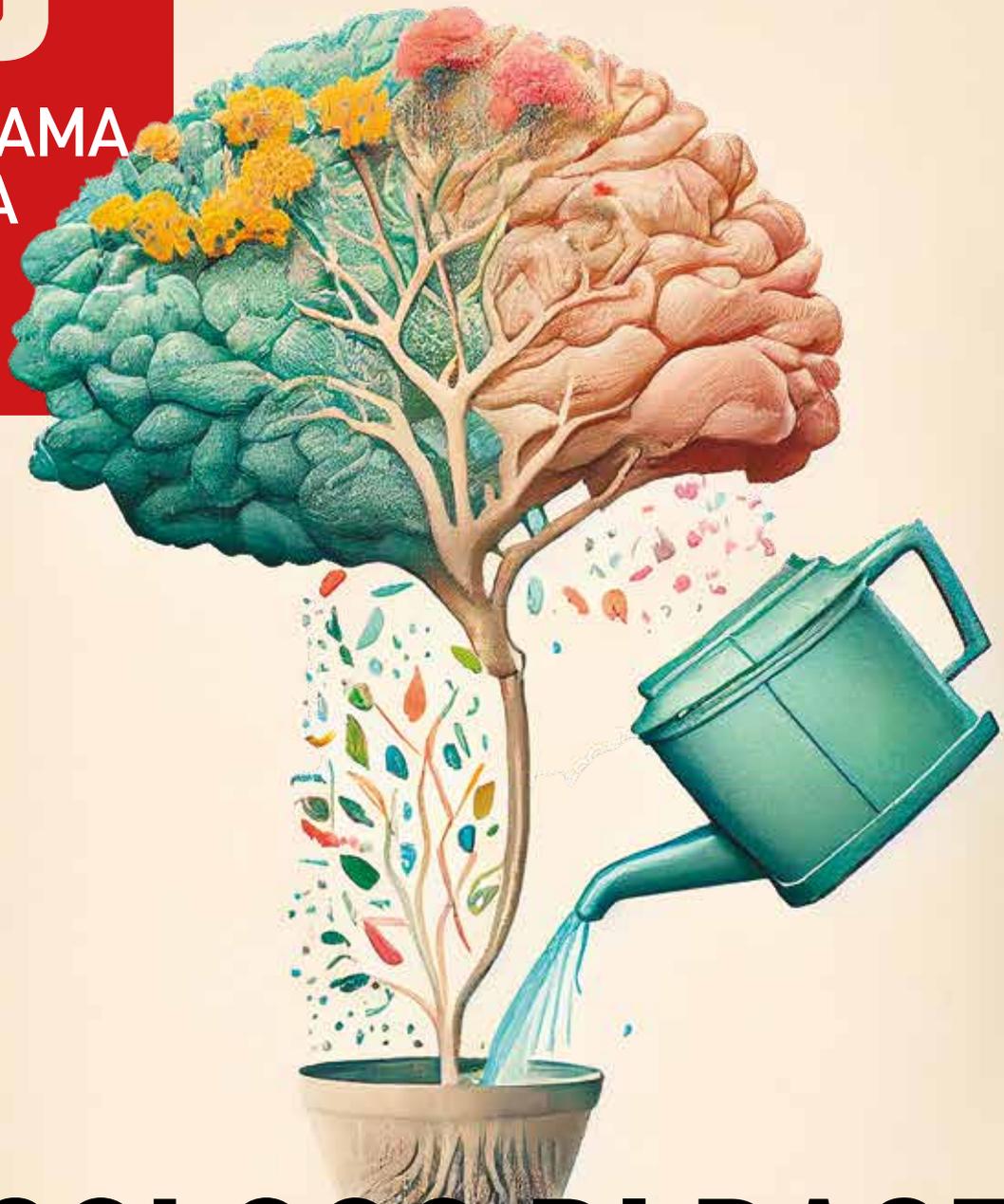


**PS**

**PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ**



# **PSICOLOGO DI BASE**

## **UNA LEGGE PER TUTTI**

# fleexi

## Soluzioni flessibili di sanità digitale

Fleexi.health: la **Digital Health Platform** che permette di costruire e personalizzare soluzioni di prevenzione, cura e welfare aziendale, adattabili ad ogni esigenza.



La mission di Fleexi è trasformare il **Patient Journey**, oggi prevalentemente fisico, in un modello Phigital, personalizzato e flessibile tramite un'esperienza utente coinvolgente e ibrida in grado di superare la frammentazione degli attuali sistemi di cura e prevenzione.

**the digital  
patient journey.  
reimagined.**

Fleexi.health: la **Digital Health Platform**  
che semplifica le soluzioni di cura

[www.fleexi-care.com](http://www.fleexi-care.com)  
[info@fleexi-care.com](mailto:info@fleexi-care.com)



## Post Scriptum

**Opportunità e delusione? Non so se ero fra i tanti o tra i pochi molto soddisfatti di aver ottenuto dall'Europa un consistente finanziamento per un piano di investimenti di quasi 200 miliardi di euro (191,5 mld), di cui una significativa quota a fondo perduto (68,9).** Una disponibilità di fondi precedentemente mai assicurata per gli investimenti.

Ma? C'è un ma... perché collegati a riforme strutturali e infrastrutturali.

Ricordo che la Missione 5, dedicata a inclusione e servizi sociali, è finanziata con 19,86 mld e la Missione 6, salute, è finanziata con 15,6 miliardi. Cosa è successo fin qui?

La cronaca ci informa che il Ministro Fitto, delegato ai rapporti europei, ha fatto la spola con Bruxelles per giustificare ritardi nell'iter delle riforme concordate e per presentare modifiche al piano degli interventi progettati.

La situazione è piuttosto deludente. I sindaci denunciano una forte sforbiciata ai fondi destinati ai comuni che, ovviamente, sono interessati a tutte le Missioni, dal sociale all'istruzione, alla salvaguardia del territorio e dei mutamenti climatici (c'è bisogno di segnalarne l'urgenza?).

Alla Legge delega n.33 per l'assistenza alla non autosufficienza, il Pnrr assegna 2,7 miliardi per l'Assistenza Domiciliare. E qui cade l'asino! I finanziamenti sono destinati alle strutture e non al personale: per tutti i servizi individuati e necessari, quale e quanto personale dovrebbe essere dedicato? La mole di fondi (mai visti) destinati all'Adi, come potrà essere impegnata senza indicazioni programmatiche circa la valutazione dello stato di salute degli aventi diritto e la successiva pianificazione degli orari e dei servizi nonché degli operatori addetti? Sono stati distratti circa 350 milioni dall'assistenza alle disabilità per finanziare la Legge n.33 che se va bene, entrerà in vigore fra due anni! Altro che aumentato il Fondo sanitario per la parte dedicata al Servizio. Fortunatamente è stato finanziato il contratto!

Il mal vezzo dei governi è di non dare continuità a scelte già avviate dai predecessori e in corso d'attuazione, per piantare una bandierina su altri punti del proprio programma elettorale. È il comportamento contrario a quello di uno statista che ha il coraggio, anche deludendo la propria parte, di guardare all'interesse collettivo.

Il secondo punto di debolezza è di non credere che vale la pena - eccome- di essere europeisti. L'occhio puntato sullo stretto presente sottrae futuro e speranze per il domani. Sogno un governante che mi risvegli per aver avuto il coraggio di marciare verso gli Stati Uniti d'Europa. Sarebbe una grande Nazione quella costituita da una Federazione coesa, solidale, democratica, plurale, che tramanda la ricchezza della cultura su ciascun suo popolo.

	<b>COSE</b> dell'altroMondo		
	<b>La medicina non è uguale per tutti</b>	<b>6</b>	di MARCO TRABUCCHI
	<b>STORIA</b>		
	<b>I miti greci parlano ancora</b>	<b>8</b>	di BERNARDINO FANTINI
	<b>LEADING CHANGE</b>		
	<b>Per il futuro della sanità pubblica</b>	<b>12</b>	di GIOVANNI MIGLIORE
	<b>Conver-sando con</b>		
	<b>"Sinergia virtuosa"</b>	<b>14</b>	di PIORJK PROCACCINI
	<b>BARBARA CITTADINI</b>		

## # COVER STORY

**PSICOLOGO DI BASE**  
Una legge per tutti

<b>Una risposta, presto e bene</b>	<b>20</b>
di DAVID LAZZARI	
<b>Problema culturale</b>	<b>23</b>
di MARIA ANTONIETTA GULINO	
<b>Non c'è salute senza salute mentale</b>	<b>26</b>
di MICHELE LIUZZI	
<b>Rete psicologica</b>	<b>28</b>
di MARIA FRANCESCA FREDA	

## # COVER STORY

<b>Al passo coi tempi</b>	<b>30</b>
di LAURA PAROLIN	
<b>Dal dire al fare</b>	<b>32</b>
di IVAN IACOB	
<b>Gomito a gomito</b>	<b>34</b>
di DOMENICO CRISARÀ, ANTONIO PIO D'INGIANNÀ	
<b>Due nazioni come modello</b>	<b>36</b>
di DANIELA REBECCHI	
<b>Serve lo Stato</b>	<b>38</b>
di LUCIANO CIOCCHETTI	
<b>In ogni distretto</b>	<b>40</b>
di ILENIA MALAVASI	
<b>Parallelismo</b>	<b>42</b>
di ILARIA CAVO	
<b>Campania apripista</b>	<b>44</b>
di ARMANDO COZZUTO	

 **Cronaca di una giornata non annunciata** **46**  
di GIANDOMENICO NOLLO

	<b>INNOVazione</b>		
	<b>Davanti a noi sfide complesse</b>	<b>48</b>	
	<b>Learning</b>		
	<b>Management e leadership non sono sinonimi</b>	<b>52</b>	
	di TIZIANO CARRADORI		

<b>Proposte per la governance che verrà</b>	<b>54</b>		
di PIETRO DERRICO			
<b>Note Aifa prescrizioni e piani terapeutici</b>	<b>58</b>		
di A. M. MARATA, G. BUZZETTI, C. JOMMI, A. PONZIANELLI, A. AVOGARO			
<b>Eterogeneità qualitativa</b>	<b>62</b>		
di ALICE BASIGLINI			
<b>Invisibili</b>	<b>66</b>		
di LUCIA BOCCALETTI, BARBARA D'AMEN, SARA SANTINI			
	<b>FOCUS</b>		
	<b>Siamo un popolo di depressi?</b>	<b>68</b>	
	di CRISTINA CORBETTA		

 **REGIONI**  
**Green Nephrology** **72**  
di PAOLO LUCA LENTINI, ANTONINO PREVITI

 **Aziende&Persone** **74**  
**Enterprise**

 **QUESTO**  
**Segnalazioni, domande e risposte sulle opportunità europee nel settore della sanità** **76**  
a cura di CINZIA BOSCHIERO

**Liber@mente**  
 **Recensioni editoriali** **78**

**Hanno scritto per noi** **80**

**Panorama della Sanità**  
Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988  
**Direttore editoriale** Mariapia Garavaglia  
**Direttore responsabile** Sandro Franco  
**Progetto grafico e impaginazione** Giuliana Caniglia  
**Redazione:** Piorjk Procaccini  
**Hanno collaborato a questo numero:** Velia Cantelmo, Cristina Corbetta, Maria Giulia Mazzoni  
**Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"**  
**Presidente** Mariapia Garavaglia  
**Direttore Generale** Sandro Franco

**Editore KOS | EDITRICE**  
KOS Comunicazione e Servizi Srl  
Via Massimo Bontempelli, 10 - 00144 Roma  
segreteria@koscomunicazione.it  
**Redazione** redazione@panoramasanita.it  
www.panoramasanita.it  
**Ufficio abbonamenti** Istituto Superiore di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"  
+39 3713801754 - segreteria@istitutostudisanitari.it  
Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno dalla data di pubblicazione  
**Gestione della pubblicità**  
KOS Comunicazione e Servizi Srl  
+39 3275627783 - vladimirosbacco@koscomunicazione.it

**Stampa** Pressup Srt Nepi (Viterbo)  
Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679 sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it  
Poste Italiane Spa - Spedizione in Abbonamento Postale D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1 DCB - Roma - ISSN 1827-8140

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





di SANDRO FRANCO

Direttore responsabile Panorama della Sanità

## Post Scriptum *Sandro Franco*

**Nuvole nere si addensano sul Ssn. Mentre non sembrano dipanarsi le controversie relative alle somme stanziare dalla Finanziaria per l'adeguamento del Fondo Sanitario 2024 e anni successivi, una nuova tegola sta per abbattersi sul Governo.** È infatti atteso a breve il

pronunciamento definitivo del Tar del Lazio sul pagamento del payback per la fornitura dei dispositivi medici da parte delle aziende del settore. Si tratta del provvedimento, lungamente discusso, che nel giugno scorso era stato temporaneamente sospeso.

Come è noto il meccanismo imposto dal legislatore prevede la restituzione, da parte delle aziende, dell'importo pari al 50% delle spese eccedenti il tetto di spesa programmato dalle singole Regioni. Peccato però che a fronte di una fornitura avvenuta a seguito dell'aggiudicazione di regolari gare pubbliche, il tetto di spesa cui si riferisce la norma sia risultato inadeguato alle reali esigenze. Sull'inequità di questo sistema, i più non hanno dubbi. È come se, desiderando un'auto nuova, ci recassimo da una concessionaria Maserati per acquistare una fuoriserie con in tasca il budget per una utilitaria. Esaminiamo tutti i modelli, scegliamo gli accessori, sottoscriviamo il contratto e prendiamo l'auto. Al momento di pagare però mettiamo sul tavolo i nostri soldi e chiediamo al concessionario di provvedere al saldo. Si tratta principalmente di una questione di buon senso.

Come è noto il D.L. 78 del 2015, convertito poi in legge, ha imposto alle aziende fornitrici di Dispositivi medici di concorrere al ripianamento dell'eventuale sfioramento dei tetti di spesa regionali relativi agli acquisti per gli anni 2015-2018.

Nel settembre 2022, badate bene alla data, il Ministero della Salute, di concerto con il Mef, ha certificato e quantificato il superamento con un balzello per le aziende di circa 2/2,2 miliardi di euro. Una cifra proibitiva per molte di loro che, in alcuni casi, si troveranno così a dover sborsare ex post somme vicine al 50% del proprio fatturato. Risultato: centinaia di ricorsi al Tar e non pochi dubbi sulla costituzionalità del provvedimento.

Quel che attende ora il Governo Meloni è però una vera patata bollente perché se da un lato vige una normativa che nel corso degli anni è stata concepita, promulgata e ratificata da numerosi Governi (a cui hanno partecipato peraltro tutti i partiti politici ad eccezione del suo) e i cui proventi appaiono oggi irrinunciabili per un Ssn in penuria di risorse, dall'altra parte si pone però concretamente a rischio la sopravvivenza stessa di centinaia di aziende, prevalentemente italiane, con ricadute nefaste sia sul Pil che sull'occupazione di oltre 150.000 addetti. Che fare?

Con l'obiettivo di dare un contributo fattivo all'individuazione di una non facile soluzione, ci offriamo pertanto di ospitare a partire da questo numero, articoli, approfondimenti e opinioni su quello che non può, e non deve, certamente rimanere un tema marginale nel nostro dibattito pubblico.

**2023** Panorama della Sanità, luogo privilegiato di dibattiti e approfondimenti nel quale trovano spazio i temi più caldi del nostro settore con l'obiettivo di contribuire ad una sempre più nuova visione del sistema sanitario.



Bruno ACCARINO ✳️ Tonino ACETI ✳️ Silvia ADAMI ✳️ Nera AGABITI ✳️ Elena ALONZO ✳️ Mattia ALTINI ✳️ Antonio AMOROSO  
 Roberta ANNICCHIARICO ✳️ Marco ANNONI ✳️ Flaviano ANTENUCCI ✳️ Paola ARCARO ✳️ Marco ARMONI ✳️ Giovanni AULINO  
 Eugenio BARALDI ✳️ Alice BASIGLINI ✳️ Daniele BELLAVIA ✳️ Maria Teresa BELLUCCI ✳️ Nicolò BENDINELLI ✳️ Giovanna BERETTA  
 Stefano BERGAMASCO ✳️ Roberto BERNABEI ✳️ Francesco BERTOLOTI ✳️ Paola BINETTI ✳️ Licia BOCCALETTI ✳️ Maria Elena BOSCHI  
 Lorenzo BRACCIALE ✳️ Maddalena BRANCHI ✳️ Marco BRESSI ✳️ Virginio BRIVIO ✳️ Luca BRUNESE ✳️ Giuliano BUZZETTI  
 Michelangelo CAIOLFA ✳️ Elena CAPITANI ✳️ Sebastiano CAPURSO ✳️ Massimo CARLINI ✳️ Carolina CAROSIO ✳️ Tiziano CARRADORI  
 Vincenzo CARRIERI ✳️ Mariolina CASTELLONE ✳️ Sara CASTIGLIONI ✳️ Giuseppe CASTRO ✳️ Francesco Andrea CAUSIO ✳️ Ilaria CAVO  
 Giuliano CAZZOLA ✳️ Americo CICCETTI ✳️ Gianluca CIMINO ✳️ Luciano CIOCCHETTI ✳️ Maurizio CIPOLLA ✳️ Barbara CITTADINI  
 Antonio CLAVENNA ✳️ Presidente CLUSIT ✳️ Furio COLIVICCHI ✳️ Carla COLLICELLI ✳️ Eva COLOMBO Michele CONTEL ✳️ Monica  
 CONTI ✳️ Giovanni CORSELLO ✳️ Armando COZZUTO ✳️ Claudio CRICELLI ✳️ Andrea CRISANTI ✳️ Domenico CRISARÀ ✳️ Daniela  
 CUM ✳️ Luigi CUORVO ✳️ Maria Giovanna D'AMATO ✳️ Barbara D'AMEN ✳️ Antonio D'AVINO ✳️ Antonio D'URSO ✳️ Gianfranco  
 DAMIANI ✳️ Ottavio DAVINI ✳️ Marina DAVOLI ✳️ Mariolino DE CECCO ✳️ Fabio DE IACO ✳️ Mila DE IURE ✳️ Diego DE LEO ✳️ Stefano  
 DE LILLO ✳️ Leonardo DE LUCA ✳️ Luisa DE VITA ✳️ Flavio DEFLORIAN ✳️ Simona DEI ✳️ Mario DEL VECCHIO ✳️ Irene DELL'ANNO  
 Fabia DELL'ANTONIA ✳️ Pietro DERRICO ✳️ Antonio Pio D'INGIANNIA ✳️ Maurizio DI GIOSIA ✳️ Pierino DI SILVERIO ✳️ Leonardo  
 DONDI ✳️ Stefano DORBOLÒ ✳️ Eugenia DUFOUR ✳️ Silvia ERMILI ✳️ Gabriele FAGGIOLI ✳️ Marco FALCONE ✳️ Bernardino FANTINI  
 Valeria FAVA ✳️ Piero FERRANTE ✳️ Fabrizio Massimo FERRARA ✳️ Mara Donatella FIASCHI ✳️ Paolo FIORINI ✳️ Emanuela FOGLIA  
 Fosco FOGLIETTA ✳️ Donatella FONTANOT ✳️ Maria Francesca FREDA ✳️ Tiziana FRITTELLI ✳️ Valeria FRITTELLONI ✳️ Antonio  
 Vittorino GADDI ✳️ Gianluca GALASSO ✳️ Simona GANASSI AGGER ✳️ Livio GARATTINI ✳️ Carla GARLATTI ✳️ Walter GATTI  
 Enrica GIORGETTI ✳️ Gino GOBBER ✳️ Cristiano GORI ✳️ Guendalina GRAFFIGNA ✳️ Valentina GRIMALDI ✳️ Marco GROSSO ✳️ Maria

**Abbiamo conversato con...**



**Antonio DECARO**



**Francesca PASINELLI**



**Alberto ZOLI**



**Saverio CINIERI**



**Antonio GADDI**



**Alessandra LOCATELLI**

Fondamentale il contributo prezioso di tanti autorevoli autori che hanno messo a disposizione, nelle pagine della rivista, il loro tempo e la loro preziosa e approfondita conoscenza.

**GRAZIE A TUTTI per aver condiviso il vostro sapere con noi.**



Antonietta GULINO ❀ Ivan IACOB ❀ Elisabetta IANNELLI ❀ Cinzia IOTTI ❀ Giancarlo ISAIA ❀ Claudio JOMMI ❀ Roberta JOPPI  
 Marcello LA BELLA ❀ David LAZZARI ❀ Alberto LEARDINI ❀ Salvino LEONE ❀ Paolo Luca LENTINI ❀ Sandro LIMAJ ❀ Michele LIUZZI  
 Francesco LONGO ❀ Alessio LUBRANI ❀ Mario LUGLI ❀ Claudio Maria MAFFEI ❀ Lorenzo MAFFIOLI ❀ Antonio MAGI ❀ Benedetto MAGLIOZZI  
 Ilenia MALAVASI ❀ Domenico MANTOAN ❀ Anna Maria MARATA ❀ Virginio MARCHESI ❀ Daniela MAROTTO ❀ Nello MARTINI  
 Marco MASSARON ❀ Angelantonio Rocco MASTRILLO ❀ Emiliano MAZZI ❀ Mauro MAZZONI ❀ Francesco Saverio MENNINI ❀ Andrea  
 MESSORI ❀ Massimo MIDIRI ❀ Giovanni MIGLIORE ❀ Giuseppe Maria MILANESE ❀ Francesca MOCCIA ❀ Fulvio MOIRANO ❀ Giovanni  
 MONCHIERO ❀ Giuliana MONOLO ❀ Alessandro MUGELLI ❀ Annalisa NAPOLI ❀ Tiziana NICOLETTI ❀ Carlo NICORA ❀ Fabrizio NIGLIO  
 Alessandro NOBILI ❀ Giovanni NOLFE ❀ Giandomenico NOLLO ❀ Elisabetta NOTARNICOLA ❀ Guido NOTO ❀ Sabina NUTI ❀ Alberto  
 OLIVETI ❀ Roberto ORTOLEVA ❀ Vincenzo PAGLIA ❀ Leonardo PALOMBI ❀ Antonio PANTI ❀ Barbara PAOLINI ❀ Daniela PEDRINI  
 Laura PAROLIN ❀ Giovanna PERRICONE ❀ Manuela PETINO ❀ Paolo PETRALIA ❀ Carlo PICCINI ❀ Nicola PINELLI ❀ Angela PIRRI  
 Paola PISANTI ❀ Prisco PISCITELLI ❀ Anna PONZIANELLI ❀ Antonino PREVITI ❀ Chiara RABBITO ❀ Giorgio RACAGNI ❀ Laura REALI  
 Daniela REBECCHI ❀ Carlo Alberto REDI ❀ Antonia RICCI ❀ Walter RICCIARDI ❀ Valentina RIVA ❀ Roberto ROMIZI ❀ Luca ROSSETTI  
 Silvia ROSSI ❀ Renzo ROZZINI ❀ Melania SALINA ❀ Maria Grazia SAMPIETRO ❀ Sara SANTINI ❀ Eugenio SANTORO ❀ Annamaria  
 SAPUPPO ❀ Gianni SAVA ❀ Carmelo SCARCELLA ❀ Fabrizio SCHETTINI ❀ Donatella SCIUTO ❀ Silvestro SCOTTI ❀ Giorgio SESTI  
 Antonio SGORBISSA ❀ Roberta SILIQUINI ❀ Danny SIVO ❀ Alessandro SOLIPACA ❀ Lorenzo SOMMELLA ❀ Marco SONCINI ❀ Maria  
 Simonetta SPADA ❀ Federico SPANDONARO ❀ Antonio Lorenzo SPANO ❀ Annamaria STAIANO ❀ Federico TADDEINI ❀ Gianluigi TAVERN  
 Giuseppe TORTORA ❀ Paola TOSCANI ❀ Alberto Eugenio TOZZI ❀ Marco TRABUCCHI ❀ Roberto TURILLAZZI ❀ Ettore TURRA ❀ Elena  
 UGA ❀ Kitty VACCARO ❀ Silvia VALCAROSSA ❀ Francesca VENTURINI ❀ Ciro VERDOLIVA ❀ Giovanni VERONESI ❀ Stefano ZANERO  
 Rinaldo ZANINI ❀ Maurizio ZEGA



Giovanni MIGLIORE

Andrea IACOMINI

Raffaele DONINI

Ugo CAPELLACCI

Anna Lisa MANDORINO

Barbara CITTADINI



# La medicina non è uguale per tutti

**A questa affermazione ci siamo abituati da tempo, anche se si tratta di una vera "bestemmia", parlando di Paesi meno fortunati**

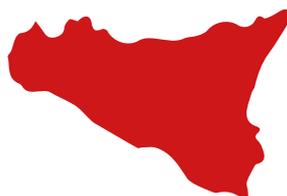
di MARCO TRABUCCHI

**S**ono quei Paesi dove i sistemi sanitari non si sono mai davvero sviluppati, a causa della povertà, dello sfruttamento subito dai colonizzatori, della mancata condivisione delle conoscenze nei vari ambiti che costruiscono un adeguato sistema per la protezione della salute. Un'abitudine che aveva limitato la capacità di pro-

gettare qualche cosa di meglio per i paesi meno fortunati, abbandonati in una spirale che non presentava alcuna speranza per il cambiamento. Infatti, dopo decenni di questa situazione di gravissima ingiustizia non ci siamo ancora realmente impegnati per ridurre la mortalità infantile, la prevalenza di malattie devastanti infettive e non, le inadeguatezze alimentari, la prevenzione attraverso le campagne vaccinali, le problematiche

ambientali, ecc. Lo status quo non desta scandalo, come sarebbe serio, e si lascia alle generose volontà di associazioni laiche e religiose il compito di tamponare in qualche modo le mancanze, senza peraltro che in molti Paesi meno fortunati in questi anni si siano raggiunti livelli decenti di protezione della salute.

In qualche modo si ritiene, più o meno coscientemente, che siano "cose dell'altro mondo", cioè di mondi lontani dei nostri, i quali devono trovare, da soli o quasi, le vie d'uscita dalla loro condizione di diffusa criticità. In questo scenario, la recente pubblicazione dei report sulla valutazione degli esiti delle attività sanitarie da parte Agenas, cioè il Programma Nazionale Esiti, ci ha fatto pensare che anche in Italia vi sono altri mondi,





## I dati del Programma nazionale esiti 2023

**Pne, sviluppato da Agenas** evidenziano come il 2022 sia stato un anno caratterizzato da una

significativa ripresa delle attività, che ha fatto registrare un aumento dei ricoveri rispetto al 2021 (+328 mila). È inoltre proseguito il riavvicinamento dei volumi ai livelli prepandemici soprattutto per l'attività programmata e per quella diurna, sebbene persista una riduzione del 10% rispetto al 2019. Complessivamente, nel triennio 2020-2022 la riduzione dell'attività ospedaliera stimata sui volumi del 2019 è stata pari a 3 milioni e 800 mila ricoveri. Dalla lettura del documento emerge come ci siano differenze territoriali e spesso

anche tra aziende dello stesso territorio.

dei quali non ci stiamo occupando, sebbene dovremmo farcene carico con grande impegno, come un dovere di cittadinanza. Per i Paesi lontani possiamo accampare scuse, seppur ingiuste e colpevoli, ma per il nostro non abbiamo alcuna motivazione, se non quella della pigrizia personale e dell'ignavia della politica. Invece la realtà indica che sono davvero "cose dell'altro mondo" quelle che permettiamo in alcune aree della nostra Italia.

I dati del Programma nazionale esiti sono drammatici; mostrano che la gran parte di ciò che funziona in sanità è collocato nelle regioni del nord (non è questa la sede per riassumerli, per cui invito alla lettura diretta del documento di Agenas, molto documentato e metodologicamente ineccepibile). Perché allora accettiamo questa realtà? Perché accettiamo che all'interno dei nostri confini esista un "altro mondo"? I finanziamenti sono gli stessi, i poteri dello Stato gli stessi, le scuole di formazione per le diver-

se professioni le stesse, uguale l'amore per la propria terra.... basta dare la responsabilità alle varie Regioni per trovare una ragione del grave disfunzionamento?

Una certa responsabilità è legata al fatalismo che induce ad accettare la realtà senza ribellarsi, senza indicare che vi possono essere strade diverse percorribili. Un'altra grave responsabilità è della burocrazia, che non ha fiducia in sé stessa e nella propria capacità di costruire un futuro diverso. Una terza responsabilità è della politica, che assume una difesa formale della propria autonomia, senza essere in grado di riempirla di contenuti; trova così soluzioni temporanee, spesso costose e senza futuro.

Basti pensare all'attuale affidamento ai privati di pezzi del sistema, come recentemente sta avvenendo per le sale operatorie degli ospedali. Nessuno pensa che i costi sono maggiori rispetto alla gestione con il proprio personale, si grida che mancano operatori, salvo poi scoprire che molte sale operatorie lavorano a bassissima intensità, non per la mancanza di personale, ma per la pessima organizzazione complessiva. Così si moltiplicano le condizioni di precarietà: affidando ad altri la gestione dei servizi, il sistema pubblico rinuncia a qualsiasi controllo, sia sul piano delle procedure che dei risultati; inoltre, si colloca in una condizione di inferiorità psicologica, perché ammette di fatto di

non essere in grado autonomamente di fornire un servizio. Ne consegue anche la sfiducia da parte dei cittadini; perché mai dovrei affidarmi ad un sistema che chiede ad altri il supporto per sopravvivere? E così il cittadino emigra in altre regioni o si rivolge direttamente al privato, dove trova la copia originale del servizio e non quella di seconda mano...

I dati pubblicati da Agenas sono per molti aspetti importantissimi purché non si cerchino scuse (già ne abbiamo sentite diverse, anche le più pietose). Occorre l'orgoglio di costruire progetti seri e realizzabili concretamente, in tempi predeterminati, su specifiche aree di intervento. È inutile riproporre a parole soluzioni virtuose a tutto campo, ma l'indicazione, ad esempio, di una singola patologia della quale si vogliono migliorare gli esiti dopo l'intervento del sistema sanitario. È necessario adottare con rigore tante piccole determinazioni, che nel loro insieme provocheranno cambiamenti importanti. Non programmi magniloquenti, ma le tante importanti piccole cose che possono essere realizzate con le forze disponibili, in modo che non siano messe in dubbio dai conservatori che nulla vogliono modificare della realtà. Perché a loro va bene "un povero altro mondo"!

**“ AFFIDANDO AD ALTRI LA GESTIONE DEI SERVIZI, IL SISTEMA PUBBLICO RINUNCIA A QUALSIASI CONTROLLO ”**



Asclepio, il dio della medicina. Marmo, copia romana (II secolo) di un originale greco dei primi del IV secolo aC, restaurato dalla bottega di Bartolomeo Cavaceppi nel XVIII secolo

# I miti greci parlano ancora

Tutte le civiltà, nel cercare di fondare solidamente le loro origini, si basano sulla **narrazione di miti o saghe, che illustrano i caratteri fondamentali del comportamento individuale e collettivo, indicano le caratteristiche della società e danno un senso profondo alla realtà vissuta. Le origini della medicina**

di BERNARDINO FANTINI

**L**a malattia e la morte, eventi inevitabili e fondatori dell'esperienza umana, hanno dato origine da sempre e in tutte le civiltà a pratiche di cura, riti, relazioni, istituzioni e strutture sociali. E un ruolo importante è di conseguenza attribuito nella narrazione dei miti alla medicina e al medico. Se si limita lo sguardo agli antichi miti greci, il cui ruolo è stato particolarmente importante nella cultura greca e romana da Omero alla caduta dell'impero d'Occidente e riflettono ancora oggi una gran parte del vissuto umano, si può notare che questo periodo coincide con l'origine della medicina greca, in particolare con la scrittura della collezione ippocratica, che marca il confine fra l'Antica medicina, come recita il titolo del primo dei trattati ippocratici, e la medicina razionale, per molti aspetti ancora alla base del pensiero medico sino ad oggi. Così un mito "minore", la seconda fatica di Eracle, l'Ercole dei latini, attribuisce all'eroe il compito di uccidere l'idra, il mostro velenoso che viveva nelle paludi che circondavano la città di Lerna, capace di rendere malati e far morire solo con il suo fiato (mal aria), il suo sangue o anche solo il terreno in cui vive. L'idra, rappresentazione mitologica della malaria, ha

molte teste, che ricrescono quando vengono tagliate e sarà vinta da Ercole solo quando queste teste saranno cauterizzate con il fuoco o sotterrate con una bonifica agraria.

**I miti “maggiori” che riguardano le origini della medicina sono in sostanza tre**, intimamente connessi fra loro: Asclepio, Prometeo ed Efesto. Il primo è il più noto, il mito di Asclepio, l'Esculapio dei romani, al quale dalla Grecia all'Italia, passando per l'Asia Minore, furono eretti una moltitudine di santuari, molto celebri e ampiamente frequentati nell'antichità. Costruiti tra il V secolo a.C. e il VII secolo d.C., questi **asclepieion sono stati presentati come l'origine di una forma di “antica medicina”** che apriva la strada alla tradizione ippocratica, tanto che ancora oggi il serpente di Asclepio e la coppa di sua figlia Igea (la divinità dell'igiene) campeggiano nei simboli della medicina e nelle vetrine delle farmacie. Tuttavia, come si rileva dalle ricche collezioni di ex-voto studiate dagli archeologi, **le persone che si recavano in un asclepieion probabilmente non soffrivano di una malattia che necessitava dell'intervento di un chirurgo, come una ferita, una frattura o una lesione muscolare**. Si andava nel tempio per i dolori e le sofferenze non ben

**Per ogni elemento centrale della vita di una popolazione, il lavoro, l'amore nelle sue diverse manifestazioni, le relazioni con la natura, con il tempo e lo spazio, si narrano miti specifici e indicatori di verità profonde**. Il mito o la saga è una storia delle origini di una civiltà, una leggenda che dà senso e una direzione alla storia, con un passaggio, in genere, fra due universi, quello mitico e onnipotente degli dei e degli eroi e quello concreto e limitato degli uomini. Ogni aspetto rilevante della vita di una civiltà trova una sua spiegazione e un senso nelle gesta narrate dai miti, che sono quindi strumenti di comunicazione sociale, creano la comunità e sono carichi di valore culturale ed etico.

Nell'antica Grecia e a Roma, un asclepeion era un tempio di guarigione, sacro al dio Asclepio, il dio greco della medicina. Questi templi di guarigione erano un luogo in cui i pazienti venivano visitati per ricevere una cura o una sorta di guarigione, sia essa spirituale o fisica. Questo tipo di santuari facevano parte di tutte le città greche e quello di Kos era tra i più importanti nel antico mondo greco.



identificate, potremmo dire le “malattie interne”, comprese l'ansia, la malinconia, le malattie psicosomatiche. **La fede spingeva i malati a fare lunghi viaggi, lontano dalle città, per praticare alcuni riti purificatori, come i bagni di mare e le preghiere, e soprattutto per dormire di notte sul pavimento del suolo sacro dove in sogno potevano entrare in contatto con la voce divina che li guariva**. I luoghi in cui erigere i templi dedicati ad Asclepio non erano scelti a caso ma si trovavano su alture con vista sul mare o sulle montagne, vicino a foreste e in ogni caso lontano

“ SI ANDAVA NEL TEMPIO PER I DOLORI E LE SOFFERENZE NON BEN IDENTIFICATE, POTREMMO DIRE LE “MALATTIE INTERNE” ”

dalle città oppure su un'isola separata dalla città, come è il caso del tempio di Esculapio costruito a Roma sull'Isola Tiberina. Si tratta sempre di luoghi favorevoli alla contemplazione e alla meditazione. I luoghi venivano scelti, inoltre, facendo attenzione alla presenza di particolari segni di origine divina, come la presenza di un nido di serpenti, dato che

il serpente, che muta pelle a ogni stagione, è in molte civiltà simbolo di rinascita. **Asclepio era figlio del dio Apollo**, che gli insegnò la medicina per risollevare il triste destino degli umani. Le sue straordinarie capacità di medico gli permisero non solo di curare i malati, ma addirittura di risuscita-





Secondo la leggenda nel 293 a.C scoppiò a Roma una grande epidemia. Fu talmente grave che spinse il Senato alla costruzione, sull'Isola Tiberina, di un tempio dedicato alla divinità della medicina greca Asclepio, che a Roma assunse poi il nome latino di Esculapio.



Il tempio andò distrutto durante l'Alto Medioevo, poiché già nell'anno 1000 sorse sulle sue rovine la basilica di San Bartolomeo all'Isola per volere di Ottone III. Il pozzo medioevale presente vicino all'altare della chiesa sembra essere lo stesso da cui sgorgava l'acqua utilizzata per curare i malati, così come testimoniato da Sesto Pompeo Festo, un grammatico latino, nel II secolo. Su alcune lastre in travertino è ancora visibile il bastone di Esculapio, serpente che in seguito divenne simbolo della farmaceutica. Stampa di Giovanni Piranesi.

re i morti. Per questa grave violazione dell'ordine naturale, Ades, il dio degli inferi e dell'impero dei morti, se ne lamentò con Zeus, che quindi colpì il medico con un fulmine, uccidendolo. Ma Apollo (Febo) si ribellò, a sua volta uccise i Ciclopi, responsabili di aver fabbricato i fulmini di Zeus, e soprattutto consegnò ai seguaci di Asclepio, non più divini ma umani, "tanti antidoti... perché fossero farmaci per gli uomini sofferenti", come si legge in una tragedia di Euripide.

L'ira di Zeus per gli eroi che tentano di rendere meno miserabile la vita degli umani, cambiando quindi il destino che gli dei volevano mantenere per loro, la si ritrova in **un secondo mito fondatore della medicina, quello di Prometeo**, uno dei titani, il cui nome significa in greco "colui che riflette prima" ed è quindi astuto e intelligente. Prometeo si muove a compassione nei confronti degli umani e dona loro il fuoco, rubandolo nella fucina di Efesto, e per questo subisce la punizione di Zeus, che lo fa incatenare a una rupe, solo ai confini del mondo, dove un'aquila gli mangia perennemente il fegato, che si rigenera durante la notte. **Il dono**

**del fuoco, strumento indispensabile per ogni tipo di attività, è noto, ma si sa meno che Prometeo fa agli umani tre doni, descritti da Eschilo nella tragedia Prometeo incatenato:** il primo è la speranza, la capacità di guardare oltre le difficoltà e i mali per progettare un futuro positivo, il secondo è il fuoco, "una fonte di molti mestieri", le capacità di modificare la realtà (le tecniche), fra le quali vi è in primo luogo la medicina, l'arte del guarire, che costituisce il terzo dono. Nella tragedia di Eschilo si legge: "Se tu mi ascolterai nel resto, anche più dovrai meravigliarti, udendo quali arti e quali espedienti io seppi trovare. Il più meraviglioso è che se unocadeva malato, non c'era nessun rimedio, né cibo né unguento e nemmeno bevanda; e per mancanza di farmaci gli uomini se ne morivano consunti; finché non ebbi insegnato loro l'arte di mescolare medicinali salutari, con cui essi ora possono difendersi da tutte le malattie".

Le catene che legavano Prometeo alla roccia erano state forgiate dal dio Efesto, dio artigiano, presentato come l'esecutore dell'ordine impartito dalle divinità di bloccare con ca-

tene indissolubili, costruite "a regola d'arte", il dio capace di trovare una via di fuga anche nelle situazioni più difficili. Efesto, il Vulcano dei romani, era figlio di Zeus ed Era, ma fu gettato dalla madre sulla terra, perché brutto, zoppo e deforme dalla nascita. Nell'Iliade Efesto stesso racconta come continuò a cadere per molti giorni e molte notti per poi finire nell'oceano, dove venne allevato dalle Nereidi, in particolare da Teti ed Eurinome e che gli diedero una grotta come fucina. Efesto si prese la sua vendetta su Era costruendo e donandole un trono d'oro magico che la imprigionò non appena ella vi si sedette, non permettendole più di alzarsi. Gli altri dei pregarono Efesto di tornare sull'Olimpo e liberarla, ma egli si rifiutò più volte di farlo. Allora Dioniso fece in modo di ubriacarlo e lo riportò indietro legato sul dorso di un mulo. Una volta sull'Olimpo Efesto acconsentì a liberare Era, solo se lo avessero riconosciuto come dio e se gli avessero concesso di sposare Afrodite (Venere), la dea della bellezza e dell'amore. Comunque, Afrodite lo tradiva con Ares, il dio della guerra, ed Efesto se ne tornò sulla terra, andando a vivere nel-

## “ LA DISPONIBILITÀ DI UNA TÈCHNE (MEDICINA) DÀ ORIGINE A PROFONDI DILEMMI ETICI E SOCIALI ”

le viscere del monte Etna, dove grazie alla sua intelligenza di natura divina, alla forza delle sue braccia e alla grande perizia di utilizzare il fuoco per fondere i metalli, creò dei capolavori, come le armi di Achille. Efesto ebbe molti figli immortali e mortali, e tra questi creò, senza concepimento, Pandora, la prima donna mortale, alla quale Zeus donò un'anfora con l'ordine di non aprirla mai. Pandora, che aveva ricevuto dal dio Hermes il dono della curiosità, non resistette e la aprì, liberando così tutti i mali che affliggeranno l'umanità, la vecchiaia, la gelosia, la pazzia, il vizio e soprattutto le malattie. Ma non tutto fuoriesce e si disperde, perché sul fondo del vaso restò la speranza, la capacità di progettare il futuro, guardando oltre i mali. Efesto è il dio delle tèchnai, il legame fra divino e terrestre che crea l'arte, trasforma la materia, supera anche le disabilità, per farne punto di partenza della bellezza e della forza. **Si ritrovano in questi miti, come in altri appartenenti alle diverse culture, gli elementi essenziali della relazione fra l'umanità e le malattie, gli strumenti per diminuirne e se possibile eliminarne le conseguenze, la capacità di progettare un futuro favorevole, positivo.** Questi stessi elementi si ritrovano anche

## “ LA MEDICINA NON È SOLO CONOSCENZA, MA ANCHE ETICA ”



Charles Joseph Natoire, Prometheus, acquaforte, 1700 - 1785 Certosa e Museo Nazionale di San Martino, Napoli

nella teologia cristiana, perché la speranza è una delle virtù teologali, insieme alla fede e alla carità, perché la capacità progettuale deve associarsi alla fiducia nella collettività, con le sue istituzioni e autorità, e alla carità, alla solidarietà. **Per far fronte ai cambiamenti che possono provocare nuove malattie restano necessari i tre doni che l'umanità ha ricevuto dal mito di Prometeo,** in primo luogo la speranza, cioè la capacità di progettare il futuro, usando il "fuoco" delle idee, delle capacità tecniche e le risorse

della medicina, nel senso più ampio del termine, come conoscenza scientifica e clinica, attività terapeutiche, istituzioni idonee e soprattutto sulla capacità collettiva di prendersi cura del destino degli altri, fondandosi sulla solidarietà. Ma dai miti greci emerge anche la consapevolezza dei limiti di ogni "tèchne", che è figlia di uno sforzo prometeico, che finisce necessariamente vincolato e legato con catene, perché **non si può sfuggire alla "necessità", alle leggi della natura che determinano la malattia e la morte. E chi si propone di superare questi limiti, per cercare l'immortalità, come Asclepio e Prometeo, ergendosi quindi al livello delle divinità**



Efesto (Vulcano) Marmo di Guillaume Coustou - Museo del Louvre Parigi

stesse, viene condannato a un destino senza possibilità di uscita.

Il dono prometeico delle technai agli uomini, riafferma la loro duplice natura, da una parte l'origine divina delle arti e dei saperi, dall'altro i limiti derivanti all'essere umano dalla sua stessa natura. La tèchne, nel nostro caso la medicina, consente di spostare in avanti il limite della mortalità e della sofferenza, con l'opportunità non solo di sopravvivere ma di vivere a lungo in un benessere relativo, in equilibrio con l'ambiente sociale e naturale. Ma al tempo stesso la disponibilità stessa di una tèchne dà origine a profondi dilemmi etici e sociali. E ci si interroga sui limiti e sulle impossibilità, dando origine a un senso di vertigine, se non di paura, per la capacità della tèchne di intervenire negli aspetti più profondi della vita umana. Per questo la medicina non è solo conoscenza, ma anche etica, perché accanto a un criterio di verità, che distingue fra il vero dal falso, deve sempre far uso di un criterio di valore, che distingue fra il bene e il male. **L'imperativo ipocratico rimane così valido sino ad oggi: fare tutto il possibile con le risorse che la tèchne mette a disposizione del medico, ma solo e sempre per il bene del paziente.**

# Per il futuro della sanità pubblica



**Ormai da 25 anni la nostra federazione accompagna lo sviluppo del sistema delle aziende sanitarie disegnato nel '92 ed è protagonista della sanità pubblica italiana**

di GIOVANNI MIGLIORE

**A**bbiamo contribuito in modo determinante a risultati straordinari, l'aspettativa di vita nel nostro paese è di 5 anni più elevata rispetto agli Stati Uniti d'America e abbiamo superato tutti insieme una emergenza sanitaria, violenta e inaspettata. Al di là delle emergenze, però, la sanità pubblica oggi deve confrontarsi con le necessità di una popolazione che per un quarto è fatta di anziani, di cui la metà è affetta da tre malat-



**Il Palazzo dei Congressi a Roma che ha ospitato lo scorso novembre la Convention "Fiaso25", dal titolo "Cambiamo rotta per il futuro della sanità pubblica" organizzata dalla Federazione in occasione dei 25 anni dalla sua fondazione**

tie croniche e un milione e mezzo di persone non sono autosufficienti.

Nel nostro paese il finanziamento pubblico del Servizio Sanitario Nazionale è da sempre tra i più bassi in

Europa. Francia, Germania e Regno Unito, investono almeno 3 punti percentuali di prodotto interno lordo in più di noi. Sarebbe facile chiedere di più, ma dobbiamo essere realisti e considerare il debito pubblico, più grande di una volta e mezzo la ricchezza che riusciamo a produrre, e la spesa pensionistica destinata a crescere inesorabilmente. **Cambiare rotta significa in primo luogo dire la verità, non essere confessionali, essere laici e ragionare sulla base delle evidenze e dei numeri.** Ma prima di tutto significa abbandonare la logica dei tagli lineari per ridare alle aziende sanitarie la possibilità di decidere.

La richiesta di servizi sanitari è inevitabilmente in crescita e determina una relativa scarsità di risorse, è necessario quindi che le nostre aziende progettino modelli assistenziali basati sulle nuove tecnologie e soprattutto orientati a governare la domanda.

**È necessario cambiare rotta e abbandonare la logica della rincorsa alla prestazione.** È indispensabile fare uno sforzo di programmazione nazionale e riorganizzare l'offerta anticipando il bisogno dei singoli pazienti attraverso un'effettiva presa in carico, che, però, sia agganciata alla realtà di quanto effettivamente si riesce a produr-

re e quindi distribuendo in modo appropriato ed equo le risorse. Bisogna recuperare il principio universalistico del nostro servizio sanitario nazionale, dare a ciascuno quello di cui ha bisogno, quando ne ha effettivamente necessità.

È necessario, quindi, cambiare rotta per recuperare l'appropriatezza e assicurare sostenibilità. Dobbiamo puntare ad una diffusa trasformazione digitale, lo stiamo già facendo, il Pnrr ci aiuterà a raggiungere questo traguardo. Ma non basta. Oggi rischiamo di assistere impotenti alla fuga dei nostri operatori sanitari. Solo nel 2021 in 5mila hanno lasciato il Servizio Sanitario Nazionale. Non possiamo permettercelo e non dobbiamo permetterlo. Ai numeri di personale ridotti all'osso si aggiunge il dato sull'età media dei dipendenti in servizio. Nel 2020 il 56% del personale medico italiano aveva più di 55 anni di età, valore questo più alto tra tutti i paesi dell'Unione europea. Un dato, quello dell'età media, che diventa ancora più problematico in rapporto alle limitazioni che, secondo una recente ricerca Fiaso, rappresentano l'11% del totale degli operatori sanitari.

Dobbiamo cambiare rotta, probabilmente non servono nuove regole, ma è certamente necessario

### **In sei aziende sanitarie su dieci sono state attivate le case di comunità. È quanto**

emerge dall'indagine della Federazione italiana delle aziende sanitarie ospedaliere svolta sull'applicazione dei progetti del Pnrr che ha coinvolto 74 Aziende sanitarie territoriali di tutto il territorio nazionale. Tra le attività svolte sembra ben avviata l'integrazione con l'assistenza specialistica e con i servizi sociali (svolta nel 68% delle strutture). Positiva anche l'attenzione per la prevenzione, nel 61% dei casi. **C'è ancora molto da fare, invece, per lo sviluppo del monitoraggio da remoto a supporto della assistenza a domicilio: solo nel 23% dei casi indagati viene svolta assistenza domiciliare con telemonitoraggio. I risultati presentati alla Convention nazionale della Fiaso.**

eliminarne alcune vecchie e anacronistiche. Il tetto di spesa ai costi del personale, impossibile da sfiorare, è datato 2004: compie adesso 20 anni. Due decenni in cui le aziende si sono confrontate con l'impossibilità di assumere nuovi professionisti. In uno scenario che, al contrario, ha visto crescere i bisogni sanitari con l'invecchiamento progressivo della popolazione. Gli over 65 sono 14 milioni, il 24%. Esattamente 20 anni fa, infatti, i cittadini con età superiore

a 65 anni erano 10 milioni, pari al 18% del totale. Una crescita esponenziale di 4 milioni. Restituiamo quindi alle aziende la capacità di scegliere come impiegare le risorse.

Il personale, così come i farmaci, sono fattori indispensabili alla produzione; cambiamo rotta e **invece di stabilire quanto ogni azienda può investire in capitale umano in termini di tetto, utilizziamo un valore legato alla produzione.** Abbiamo stimato una necessità reale di almeno 30.000 operatori sanitari in più, che sarebbero un volano per lo sviluppo non solo delle nostre aziende, ma anche per l'economia del Paese. Ma alla stessa maniera è necessario consolidare il ruolo di professionisti per i nostri dipendenti. Dobbiamo avere il coraggio di valorizzarli singolarmente lasciando a ciascuno la possibilità di investire sulla propria professione. Tutti, dagli infermieri al management strategico, devono poter guadagnare di più se producono risultati. E allora restituiamo alle aziende una capacità gestionale, diamo la possibilità di contrattare con i singoli professionisti una quota variabile che aumen-

ti in modo significativo la retribuzione. **Perché non mettere a disposizione i nostri ambulatori per rendere possibile un'attività professionale di medici e infermieri fuori dall'orario di servizio con prestazioni acquistate dal Ssn nell'interesse dei cittadini che ci consenta di sfruttare appieno le strutture e le macchine delle nostre aziende? Perché acquistare all'esterno delle aziende prestazioni che possono essere rese dai nostri professionisti, ridando a ciascuno la possibilità di investire sulla propria professione?** Medici e infermieri devono essere considerati professionisti prima che dipendenti. Allo stesso modo restituiamo alle Regioni la possibilità di investire sulle capacità gestionali, modificando il tetto della retribuzione del management aziendale, incredibilmente ancora fissato in lire da trent'anni, vincolandolo in modo significativo al raggiungimento dei risultati. Oggi, come tre anni fa, stringiamo un nuovo patto di solidarietà con i professionisti e con i cittadini, ognuno deve fare la propria parte per superare una nuova emergenza.

**““ ABBANDONARE LA LOGICA DEI TAGLI LINEARI PER RIDARE ALLE AZIENDE SANITARIE LA POSSIBILITÀ DI DECIDERE ””**

Conver  
sando  
con

BARBARA  
CITTADINI

“Condizionamenti ideologici hanno creato una sterile e dannosa contrapposizione tra la componente di diritto pubblico e la componente di diritto privato del Ssn, finendo per limitare l’offerta sanitaria e per danneggiare così la possibilità di cura per tutta la popolazione”. È quanto sostiene Barbara Cittadini, presidente Aiop, determinata a scardinare i pregiudizi e istituire una piena collaborazione. Per il bene di tutti

—  
di PIORJK PROCACCINI

# “SINERGIA VIRTUOSA”

**“R**itengo che il testo del disegno di Legge di Bilancio 2024, attualmente ancora all’esame delle Camere, contenga misure importanti, soprattutto se analizziamo la complessità della fase che il nostro Paese, e non solo, sta attraversando. Non va, infatti, ignorato che il mondo si trova a gestire la guerra in Ucraina, il conflitto israelo-palestinese: in altri termini, il nostro Governo si è trovato ad operare in un contesto internazionale drammatico e frammentato, che ha, ineluttabilmente, avuto dei riflessi rilevanti sul sistema industriale e sulle famiglie italiane. Basti pensare alla crisi inflazionistica legata all’aumento dei costi energetici”. Così Barbara Cittadini, presidente dell’Associazione Italiana Ospedalità Privata fornisce un giudizio complessivo alla Legge di Bilancio che, su quanto attiene alla Sanità, aggiunge “Aiop ha valutato positivamente la scelta del Governo di rideterminare i tetti di spesa del Dl 95 del 2012, con un incremento di 1 punto percentuale per il 2024, di 3 punti percentuali per il 2025 e di 4 punti percentuali a partire dal 2026, e di prevedere la possibilità per le Regioni di coinvolgere le strutture della componente di diritto privato del Ssn, in deroga al Dl 95, e utilizzare, per il 2024, una quota fino allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard. Si tratta di misure significative perché sembrano evidenziare la volontà del legislatore di superare, finalmente, quei condizionamenti ideologici che hanno creato una sterile e dannosa contrapposizione tra la componente

## “ GARANTIRE SU TUTTO IL TERRITORIO NAZIONALE STANDARD QUALITATIVI OMOGENEI ”

di diritto pubblico e la componente di diritto privato del Ssn, finendo per limitare l’offerta sanitaria e per danneggiare così la possibilità di cura per tutta la popolazione”.

### **La domanda delle domande riguarda l’equilibrio tra pubblico e privato. Come promuovere una sinergia virtuosa capace di superare, una volta per tutte, l’anacronistica contrapposizione tra questi due mondi?**

Occorre essere convinti, tutti, della necessità di perseguire l’obiettivo che lei ha citato, ossia promuovere una sinergia virtuosa, creando le condizioni per superare la contrapposizione tra le due componenti del Ssn, come ha dimostrato in modo chiaro l’esperienza della pandemia. Senza una reale convinzione di tutte le parti in causa non assisteremo ad un reale miglioramento dello stato attuale della situazione. Sul piano concreto, la realizzazione di

questa sinergia non può prescindere da un quadro regolatorio che garantisca un trattamento paritetico, tale da consentire ad entrambe le componenti di esprimere al meglio i rispettivi valori. Il fine ultimo è chiaro: garantire su tutto il territorio nazionale standard qualitativi omogenei.

Negli ultimi anni, invece, se analizziamo le misure individuate per contrastare l’aumento esponenziale dei prezzi dell’energia e delle materie prime, la nuova disciplina della concorrenza in sanità, applicata alla sola componente di diritto privato, o, ancora, a come concretamente vengono remunerate le prestazioni, riusciamo a cogliere una evidente asimmetria nell’approccio del legislatore agli erogatori in funzione della diversa natura giuridica.

### **Su quali leve bisognerebbe insistere per aumentare il livello di**



**CHI è**

Nata a Palermo, laureata in Scienze politiche con indirizzo politico-sociale presso l’Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, Barbara Cittadini dal 1994 è stata presidente e legale rappresentante della Casa di cura Candela. Da luglio 2006 presidente regionale di Aiop Sicilia e da giugno 2012 vice presidente nazionale di Aiop. Poi nel 2018 la nomina a presidente. Nomina che viene confermata per il triennio 2021-2024, al termine della 58esima assemblea generale a Roma. Tra gli altri incarichi, Barbara Cittadini è componente del Gruppo tematico Sanità-Scienze della Vita di Confindustria Nazionale e vicepresidente di Confindustria Palermo con delega alla sanità e politiche socio-economiche.



**Nel 2018 Barbara Cittadini è stata insignita del prestigioso riconoscimento di Cavaliere del Lavoro** da parte del presidente della Repubblica Sergio Mattarella, anche in ragione del suo impegno nell'efficiamento del sistema sanitario accreditato in Sicilia, finalizzato a migliorare l'accesso alle cure di qualità a tutti i siciliani.



**A maggio 2023, in occasione della 60ª Assemblea generale dell'AIOP svoltasi a Lecce, è stato approvato il nuovo Statuto dell'Associazione** che prevede la possibilità di includere nell'Associazione tutte le strutture sanitarie che, in vario modo, tutelano il diritto costituzionale alla salute e che rispondono a bisogni sempre più differenziati della popolazione, attraverso le tipologie assistenziali più appropriate ed efficienti: non solo, quindi, gli ospedali per acuti e le post-acuzie ma, anche, le strutture diurne e della socio-residenzialità.

### qualità dell'intero Ssn?

Il "Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani", elaborato da Agenas insieme ad Aiop, ha fotografato lo "stato dell'arte" del Ssn, evidenziando come le strutture di diritto privato, nonostante la compressione dei volumi di attività legata ai tetti imposti dalla normativa nazionale, offrano prestazioni migliori in termini di esiti rispetto a quelle di diritto pubblico. A mio avviso, però, il dato più significativo emerso dal Rapporto risiede nell'estrema variabilità della qualità delle performance all'interno delle due componenti, sia interregionale che intra-regionale. Si tratta di un elemento molto preoccupante perché l'iniquità di accesso alle prestazioni, sul piano concreto, nasconde quei fenomeni drammatici, come la migrazione sanitaria patologica e la rinuncia alle cure, che si pongono in aperta contraddizione con le basi solidaristiche e universalistiche alle quali si ispira il nostro Servizio Sanitario Nazionale. Per migliorare la qualità complessiva dell'assistenza sanitaria su tutto il territorio nazionale è, ormai, assolutamente necessario tornare a ragionare in un'ottica di sistema, integrando le buone pratiche e le eccellenze di entrambe le anime del Ssn e ridimensionando le fonti di inefficienza sulla base dei dati e delle evidenze scientifiche. Torniamo così a quanto accennato prima: si tratta prima di tutto di una

questione culturale e di strategia civile.

**Altro capitolo cruciale riguarda le liste d'attesa che sono ad oggi tra le criticità maggiori del nostro Ssn. Sempre più utenti ricorrono infatti alla spesa out-of-pocket a causa di tempistiche spesso incompatibili con i bisogni di salute. Quale potrebbe essere, secondo lei, una soluzione percorribile?**

La metafora del glass ceiling fotografa in modo chiaro quanto avvenuto negli ultimi anni. L'imposizione alle Regioni di un limite massimo per l'acquisto di prestazioni dal privato accreditato ha comportato una discriminazione a catena: dal ruolo delle strutture sanitarie di diritto privato al depotenziamento della capacità programmatoria delle Regioni, fino alla selezione tra coloro che possono rivolgersi al mercato delle prestazioni sanitarie – al di fuori del Ssn – e coloro che, per ragioni economico-sociali, non possono ricorrere alla spesa out-of-pocket, costringendoli, dunque, ad attese incompatibili con il proprio stato di salute o, in molti casi, a rinunciare alle cure. La conseguenza è stata quella di scaricare sui pazienti gli effetti di una scelta di policy illogica. Le misure contenute nella legge di bilancio 2024, al contrario, sembrano voler riequilibrare questa situazione e rappresentano un passo in avanti apprezzabile per recuperare un clima di maggiore collaborazione tra le due componenti del Ssn e, soprattutto, la tensione a un'equità verso l'alto, a tutto vantaggio degli utenti.

**Il mondo del privato tanto potrebbe fare per garantire servizi e prestazioni anche a coloro che**

“ LA COMPLESSITÀ RIGUARDA L'ERRATA PERCEZIONE DELLA COMPONENTE DI DIRITTO PRIVATO DEL SSN ”

**oggi ne sono di fatto esclusi per ragioni economiche e organizzative, contribuendo così in modo decisivo al perseguimento di quel "Diritto alla salute" garantito dalla Costituzione. Quale setting immaginate per realizzare questa piena integrazione?**

Mi trovo a dover ripetere ed evidenziare i concetti espressi prima. In un momento storico nel quale la spesa out-of-pocket è in progressiva crescita e la componente di diritto pubblico è al massimo della sua capacità produttiva, la componente di diritto privato del Ssn è pronta a assicurare un volume maggiore di prestazioni che, ovviamente, sono gratuite per la popolazione. Dobbiamo, però, essere posti nelle condizioni per farlo.

Il nostro contributo - che, come testimonia il monitoraggio Agenas sugli interventi posti in classe A, si traduce nell'erogazione di prestazioni salva-vita in tempi più brevi della componente di diritto pubblico - se liberato dai vincoli di spesa posti dal Dl 95/12, può essere ancora più determinante in termini di risposta alla crescente domanda di salute dei cittadini.

**Recentemente lei ha definito "innovativo" il progetto portato avanti dal presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, che mette mano sulle liste d'attesa e sull'emergenza-urgenza. Si tratta di un modello esportabile?**

Sì, è un progetto innovativo perché prevede il coinvolgimento, a pieno titolo, delle strutture della componente di diritto privato per recuperare le prestazioni non erogate e, contestualmente, per gestire le emergenze in maniera

## **UN PIANO OPERATIVO PER L'ABBATTIMENTO DELLE LISTE D'ATTESA NEGLI OSPEDALI SICILIANI.**

Nel luglio scorso la giunta regionale Siciliana ha approvato il documento predisposto dall'assessorato della Salute che delinea una strategia di intervento per smaltire nel più breve tempo possibile le prestazioni in sospeso. Le risorse finanziarie messe a disposizione ammontano complessivamente a 48,5 milioni di euro. Previsto il coinvolgimento anche delle strutture specialistiche private convenzionate a supporto del sistema sanitario pubblico. "L'azzeramento delle liste d'attesa è uno dei capisaldi del mio programma di governo, per quanto attiene alla sanità, insieme al tema delle emergenze, sul quale stiamo già intervenendo con incisività per ridurre i disagi nelle aree più periferiche. Superata la fase dello sfoltimento, proseguiamo con un sistema più efficiente per le prenotazioni e le erogazioni, per garantire ai siciliani l'inalienabile diritto alla tutela della salute e soprattutto in tempi ragionevoli. Il Piano, tra l'altro, valorizza la cooperazione tra pubblico e privato per aumentare l'efficienza della rete assistenziale" ha detto il presidente della Regione Renato Schifani.

efficace ed efficiente, migliorando così la risposta qualitativa dei servizi offerti, soprattutto negli ambiti territoriali meno organizzati, decongestionando gli ospedali di diritto pubblico. Quanto deciso dalla Giunta della Regione Siciliana è non solo una scelta importante per la Regione, e da siciliana non posso che esserne orgogliosa, ma costituisce, anche, un modello al quale le altre Regioni possono guardare per rispondere in modo tempestivo ai bisogni di cura della popolazione. Mi permetto di evidenziare, inoltre, il significato importante che ha un'operazione di questo genere che arriva da una regione del Sud Italia che si pone come esempio per l'intero Paese.

**Guardando all'Europa, quale tra i modelli organizzativi esistenti risulta a suo avviso maggiormente efficace?**

È impossibile rispondere a questa domanda senza cadere nel tranello delle mille classifiche che vengono operate a livello internazionale, effettuate su indicatori differenti e su risultati spesso neanche confrontabili tra paese e paese.

Troppo spesso si sente dire che il

sistema italiano sia il migliore al mondo, ma quando si va a vedere come sono costruiti gli indicatori ci si accorge che forse "l'aspettativa di vita alla nascita" sia un esito condizionato più dallo stile di vita e dalle abitudini alimentari che non dall'efficacia della sanità pubblica. Del resto altri indicatori, molto più validi, sono difficilmente applicabili in una valutazione comparativa a causa di diversi bias di misurazione. Ad oggi, inoltre, è anche difficile parlare di modelli, perché la quasi totalità dei sistemi sanitari si sta spostando verso soluzioni ibride, che sposano elementi dei modelli Bismarck e Beveridge assieme. Occorre, infine, vedere il divario tra teoria e pratica, ovvero se e come gli assunti di principio e teorici sono effettivamente trasformati in meccanismi operativi coerenti.

**Avete da poco chiuso il bilancio sociale. Quali i punti di forza che emergono dall'analisi e quali i punti su cui ritiene si debba lavorare di più?**

I punti di forza sono - nel confronto con la componente di diritto pubblico



del Ssn - un miglior rispetto dei tempi massimi di attesa rispetto a prestazioni salva-vita quali quelle di chirurgia cardiovascolare e oncologica, una maggiore qualità delle cure erogate e una migliore efficienza nella gestione delle risorse.

Il punto di debolezza è la variabilità che esiste tra le nostre strutture rispetto a ognuno degli elementi sopra citati: è vero che nel complesso la nostra performance è alta ma è, altresì, vero che ci sono strutture accreditate overstandard e strutture che, invece, riportano risultati non in linea con l'atteso. Desidero, però, evidenziare una distinzione per me importante: parlando delle due componenti del Ssn, occorre declinare ogni confronto per arrivare ad una vantaggiosa complementarità e non ad una contrapposizione svantaggiosa per tutti.

**Lei è alla guida dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata dal 2018. Quale tra gli obiettivi raggiunti le ha dato maggiore soddisfazione?**

Come dicevo in precedenza, la rideterminazione dei tetti di spesa rappresentava la madre di tutte le battaglie e l'essere, finalmente, riusciti, dopo tanti anni, ad argomentare efficacemente con i decisori politici, rispetto ad una norma datata, di dubbia costituzionalità e irragionevole rispetto ai bisogni reali del Paese, ci rende molto soddisfatti.

Se mi guardo indietro, gli obiettivi raggiunti sono tanti e credo che il contributo sempre propositivo di Aiop, grazie, anche, a una comunicazione chiara, trasparente

ed esaustiva, abbia non solo definito il posizionamento dell'Associazione, ma abbia, anche, apportato un valore aggiunto rilevante al dibattito pubblico sui temi del settore.

**Quali le difficoltà maggiori che incontra nel rappresentare gli interessi diffusi delle aziende aderenti alla vostra Associazione?**

Essere alla guida dell'associazione maggiormente rappresentativa della componente di diritto privato del Ssn è per me motivo di grande orgoglio ma è, anche, un'attività che richiede un impegno costante. Guidare un'associazione significa ascoltare e capire le problematiche del settore, studiare soluzioni efficaci ed efficienti e comunicarle nel modo corretto alle Istituzioni. Un mix di preparazione, diplomazia, strategia, tenacia, capacità di persuadere e di adattarsi rapidamente a un contesto politico-economico, talvolta, erratico.



Barbara Cittadini e il Direttore generale Domenico Mantoan alla presentazione del Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani 2023 elaborato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dall'Associazione italiana ospedalità privata. Il documento propone una valutazione comparativa delle strutture ospedaliere, elaborata sulla base del rispettivo livello di aderenza agli standard quantitativi e qualitativi disponibili.

Ma la principale complessità riguarda l'errata percezione della componente di diritto privato del Ssn e la diffusa misconoscenza non solo della nostra realtà, ma di tutto il sistema sanitario.

È per questo motivo che, fin dall'inizio del mio mandato, ho voluto fortemente puntare sulla comunicazione per scardinare, con elementi oggettivi ed evidenze scientifiche, pregiudizi ideologici e fake news.

**Ma ci si scontra, sempre, con i cordoni della borsa. Secondo lei, quanti miliardi servirebbero per riuscire a garantire la sopravvivenza del Ssn? E, domanda forse ancor più pregnante, è solo una questione di risorse?**

Potrei rispondere con un numero da una a due cifre e, probabilmente, non sarebbe, comunque, abbastanza.

Sicuramente, però, dovremmo incrementare il valore del rapporto tra la spesa sanitaria e il Pil per portarlo a livelli simili a quello degli altri Paesi Ocse e G7: un dato indicativo di quanto della nostra ricchezza torniamo ad investire nel bene più prezioso per ciascuno di noi, ossia la salute.

In un contesto di risorse sempre più esigue, tuttavia, la sostenibilità del Ssn dipende, anche e soprattutto, dalla capacità di ridurre gli sprechi e recuperare margini di efficienza: in tal senso le strutture di diritto privato del Ssn - per le loro caratteristiche intrinseche - rappresentano un modello di gestione responsabile dei finanziamenti pubblici.

In altri termini, è necessario mettere in campo strategie manageriali e

di performance aziendali tali da poter tradurre i fattori produttivi in risorse economiche.

**Si continua a registrare un malcontento dei professionisti sanitari: mancata valorizzazione e carenza negli organici. Quale l'aria che si respira nel privato?**

Il problema della carenza di personale sanitario è certamente un fenomeno preoccupante, soprattutto se valutato in prospettiva futura. Ritengo sia necessario porre rimedio a quella che sta diventando una vera e propria emorragia di capitale umano verso l'estero perché si rischia di andar incontro a un sempre maggiore impoverimento di professionalità mediche e sanitarie nel Paese, dalle quali dipende il funzionamento stesso del Ssn. Dobbiamo rendere nuovamente attrattivo il sistema Italia attraverso una strategia, sicuramente complessa, che sia in grado di rispondere simultaneamente a più questioni: da quella formativa a quella retributiva, dall'impegno psico-fisico quotidiano alla sicurezza sul lavoro. Nelle more, abbiamo bisogno di personale per curare i nostri pazienti ed è per questa ragione che noi, come Aiop, in sede di esame del cosiddetto Dl Bollette, ad aprile 2023, grazie ad un costante e proficuo dialogo con le Istituzioni, abbiamo evidenziato talune criticità normative - successivamente recepite in sede emendativa - che avrebbero reso più complessa l'applicazione delle disposizioni in



**È uno strumento di monitoraggio e valutazione dell'efficacia e dell'efficienza del sistema ospedaliero italiano, nelle sue componenti di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale e coniuga i dati oggettivi dei flussi informativi correnti con i dati "soggettivi" ricavati da un'indagine annuale sull'esperienza dei pazienti.**

**Stiamo parlando del Rapporto annuale "Ospedali & Salute" di Aiop/Ermeneia.**

Giunto alla sua ventesima edizione, il Rapporto ha accompagnato gli ultimi 20 anni di vita dei 44 del Servizio Sanitario Nazionale, offrendo un'analisi aggiornata, ragionata e basata su dati oggettivi, garantendo la "terzietà" della valutazione, grazie all'affidamento a un soggetto esterno, autonomo e indipendente, e adottando una doppia prospettiva di analisi che tenga conto sia del punto di vista della domanda (cioè degli utenti e dei loro bisogni di cura) sia del punto di vista dell'offerta (cioè della "macchina" sanitaria e della sua evoluzione nel tempo). Il 20° Rapporto dimostra un importante aumento del fenomeno dei tempi d'attesa e della domanda insoddisfatta sia attraverso alcune analisi sui flussi informativi correnti sia attraverso una survey rivolta agli utenti del Ssn, con o senza esperienze di contagio: conseguenze sono la "reattività" - manifestatasi essenzialmente nel ricorso a singoli professionisti e prestazioni del privato puro e ai servizi intramoenia degli ospedali pubblici - ma anche la "passività" di coloro che sono stati costretti a rinunciare alle cure. La spesa out-of-pocket, da sempre spina nel fianco del nostro Servizio Sanitario Nazionale, non solo non riesce ad essere riassorbita, ma rischia di espandersi ulteriormente, acuendo le iniquità su base socio-economica tra chi può e chi non può farvi ricorso. È sempre più necessario uno sforzo comune, lo sviluppo di più convinte "alleanze di scopo" tra pubblico e privato nel Ssn.

materia di esercizio temporaneo di attività lavorativa in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali sanitarie conseguite all'estero. Il nostro intervento, quindi, consentirà alle strutture di poter ricorrere - quantomeno fino al 2025 - ad uno strumento prezioso per fronteggiare la grave carenza di personale medico e sanitario, garantendo, così, la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari.

**Se dovesse scegliere uno, tra i tanti obiettivi che attendono risposte, quale la renderebbe più orgogliosa raggiungere? E come vede il futuro dell'ospedalità privata in Italia?**

Negli ultimi anni, Aiop è stata presente su molti fronti, prestando sempre attenzione al

posizionamento dell'Associazione e avviando interlocuzioni positive e propositive sul piano istituzionale, che hanno portato a raggiungere molti obiettivi che attendevamo da tempo.

Altri temi attendono, ancora, risposte, certo, ma guardo con fiducia a una componente di diritto privato integrata a pieno titolo nel continuum del percorso assistenziale: dalle cure primarie all'alta specialità, dal territorio all'ospedale.

Desideriamo farci promotori di un'idea moderna di salute, in una cognizione di tutela sempre più ampia e globale, rispetto alla quale la natura giuridica della proprietà non deve essere rilevante per la realizzazione di un Ssn compiutamente universale e solidale, così come l'essere nati in una Regione piuttosto che in un'altra non deve essere un discriminare all'accesso a cure di qualità.

**“ È ORMAI ASSOLUTAMENTE NECESSARIO TORNARE A RAGIONARE IN UN'OTTICA DI SISTEMA ”**

# #COVER STORY

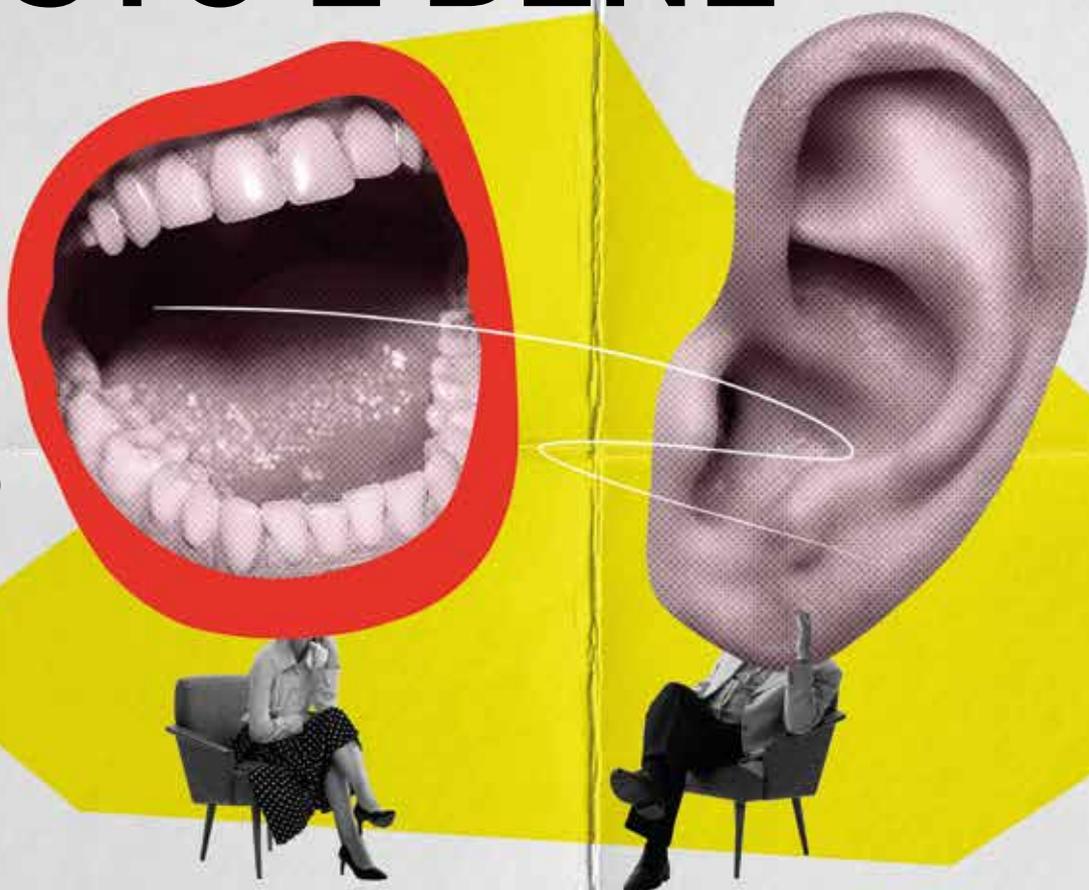
Le problematiche di natura psicologica emerse, o aggravatesi, in questi ultimi anni stanno rendendo manifesta una nuova pandemia: depressione, ansia, stress patologico, problematiche relazionali, disturbi del comportamento alimentare e del sonno. Soprattutto tra i giovanissimi, dato questo allarmante, si registra anche un aumento drammatico dei tentativi di suicidio. Il problema è enorme, parzialmente sottostimato, e mentre in Italia si contano alcuni milioni di persone con patologie mentali in senso stretto, sarebbero invece molte di più quelle affette da disagio psicologico. Si tratta di una stima molto parziale che oltretutto non tiene conto dell'impatto che questo disagio ha sulle "capacità di futuro" dei giovani, sulla loro salute fisica e financo sul reddito individuale.

**I problemi psicologici, assumono quindi sempre più la forma di un problema sociale e sembra che il sistema pubblico non sia ad oggi pronto a rispondere adeguatamente.** Troppo pochi gli psicologi e troppo poca l'informazione per rendere possibile un sostegno tempestivo e definire una indispensabile azione di prevenzione che impedisca al disagio di trasformarsi in vera e propria patologia. Tutto questo concorre all'attribuzione del carattere di urgenza alla questione, infatti anche il Parlamento ha incardinato alcune proposte di legge ad hoc per l'istituzione della figura dello psicologo di base e del servizio di psicologia di assistenza primaria. E questo a testimonianza di quanto il tema sia reale e maturo per una sua definizione. Per sostenere un dibattito costruttivo ci proponiamo quindi di fare ordine sulla questione.

## UNA RISPOSTA, PRESTO E BENE

**Le prospettive di sviluppo della psicologia nel Ssn tra l'aumento della domanda e le scarse risposte. Ad un passo dall'istituzione della figura dello psicologo di base**

di DAVID LAZZARI



**L'**istituzione della figura dello Psicologo di base risponde alla necessità di tener conto dell'andamento epidemiologico e dei bisogni della popolazione. Secondo i dati più recenti dell'Istituto Superiore di Sanità quattro adolescenti su dieci ritengono di avere problemi di carattere psicologico (Hbsc Italia, Iss). Quasi 2 milioni di adolescenti della "Generazione Z" sono a rischio dipendenze comportamentali (Iss 28.03.23), il 20% degli italiani soffre di almeno un disturbo psicologico, in particolare ansia e depressione, un dato di prevalenza che supera quello della media europea (The European House - Ambrosetti 2023), il 18% dei malati cronici e il 14% degli over 65 soffre di depressione (Iss 2023).

Si tratta di situazioni che in termini di appropriatezza clinica ed organizzativa - criterio basilare della sanità pubblica che valuta il tipo di intervento più opportuno in relazione all'efficacia e ai costi - richiedono una rete di prossimità in grado assicurare una tempestiva valutazione e risposta, che assume connotati di tipo preventivo e di promozio-

ne delle risorse individuali. Come ha saggiamente ricordato il Presidente della Repubblica il 10 ottobre scorso "è responsabilità comune promuovere politiche di prevenzione, di presa in carico precoce, inclusione e sostegno".

Attualmente il cittadino non trova una risposta a questi problemi di salute psicologica nel Ssn:

circa 5 milioni di italiani hanno rinunciato a farsi aiutare psicologicamente per mancanza di risorse economiche e i 2/3 di coloro che ricevono aiuto lo hanno nel privato a proprie spese (Istituto Pie-

poli settembre 2023). **Una situazione che spinge i cittadini a portare i loro problemi psicologici alla rete dei medici di famiglia e dei pediatri di libera scelta: il 38.3% dei cittadini dichiara di rivolgersi al Mmg/Pls per queste situazioni (studio Esemed).** È tuttavia chiaro che i medici/pediatri di famiglia non hanno specifiche competenze per fornire da soli una risposta

adeguata a tali situazioni, né si può ricorrere al solo trattamento farmacologico già utilizzato in troppe condizioni che richiederebbero un aiuto di altro tipo o, in taluni casi, un trattamento integrato psicologico e farmacologico.

**Per tutte queste ragioni è evidente la necessità, anche in termini economici**

**costo-benefici, considerato che la maggior parte di queste situazioni non trattate tende ad aggravarsi e a produrre maggiori costi, impattando non solo sulla salute fisica e psichica ma anche sulle diverse situazioni del-**

la vita, di inserire nella rete della medicina di famiglia delle professionalità di tipo psicologico. Scelta peraltro presente nella maggior parte dei Paesi europei, come dimostra il recente Rapporto Agenas e che è fondamentale che l'Italia si appresti a fare nel migliore dei modi, ricordando come ogni euro speso per interventi psicologici comporta tra i 3 ed i 6,5 euro di rispar-

mi a seconda dei problemi (dati London School of Economics 2021).

È importante sottolineare alcuni aspetti:

- la necessità di considerare questa istituenda figura di psicologo alla stregua di uno "psicologo di famiglia" inserito organicamente nella rete dell'assistenza primaria nelle sue diverse articolazioni (Uccp, Case di Comunità, ecc.) con la funzione strategica di garantire un intervento non solo di prossimità ma anche e soprattutto di continuità nonché di reale presa in carico del singolo caso affidatogli nel processo di superamento del disagio psicologico e di ritorno ad uno stato, per quanto possibile, di benessere psicologico al fine di evitare degenerazioni o psichiatriche o biofisiche. Ricordiamo che **l'articolo 8 del dlgs 502/92 come modificato dal cd Decreto Calabria già prevede la figura dello Psicologo nel team del Mmg nel caso dell'ampliamento del numero degli assistiti;**

- in analogia con le funzioni del medico/pediatra di famiglia ed in accordo con gli stessi, **lo psicologo potrà indirizzare il cittadino-u-**



**“ CIRCA 5 MILIONI DI ITALIANI HANNO RINUNCIATO A FARSI AIUTARE PSICOLOGICAMENTE PER MANCANZA DI RISORSE ECONOMICHE ”**

tente ai servizi sanitari competenti e specialistici nel caso se ne ravvisi la necessità, garantendo in ogni caso un lavoro integrato di rete sia orizzontale che verticale;

- come già descritto in quasi tutti i Ddl presentati per l'istituzione della nuova figura, questi psicologi sono **parte integrante della "funzione aziendale di psicologia"** di cui alla legge 176/2020, ai fini del più ampio raccordo con tutte le altre attività psicologiche all'interno dell'azienda sanitaria, raccomandando una tipologia di rapporto contrattuale analogo a quello sussistente con i medici/pediatri di famiglia;
- ricordiamo che, **come prevede il Dm 77/2022** "in un sistema centrato sull'approccio alla persona e ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove già istituita ai sensi dell'art.20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai Lea e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria";
- la necessità di stabilire

## La prevalenza dei disturbi mentali negli altri paesi europei

Prevalenza a 12 mesi dei disturbi mentali negli altri 5 paesi europei partecipanti al progetto ESEMED-WMH (percentuali pesate)

	BELGIO	FRANCIA	GERMANIA	OLANDA	SPAGNA	ITALIA
	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)	% (IC 95%)
<b>OGNI DISTURBO MENTALE</b>	11,5 (9,1- 14)*	14,5 ( 12- 17)*	8,9 (6,8- 11)*	11,8 (9,9- 14)*	8,5 (7,1-9,9)	7,3 (6,0-8,6)
<b>OGNI DISTURBO AFFETTIVO</b>	5,9 (4,3-7,5)*	6,7 (5,3-8,1)*	3,3 (2,7-4,0)	5,5 (4,1-6,9)*	4,4 (3,7-5,1)*	3,5 (2,9-4,0)
<b>OGNI DISTURBO D'ANSIA</b>	7,1 (4,8-9,4)*	9,8 (8,0- 12)*	6,3 (4,6-8,1)	7,6 (5,9-9,4)*	5,5 (4,1-6,9)	5,1 (4,0-6,3)
<b>OGNI DISTURBO DA ALCOOL</b>	1,3 (0,6-2,0)*	0,8 (0,2-1,3)	1,2 (0,4-2,0)*	1,7 (0,8-2,6)*	0,3 (-,0-0,7)*	0,1 (0,0-0,3)
<b>DEPRESSIONE MAGGIORE</b>	5,3 (3,9-6,8)*	6,0 (4,7-7,3)*	3,0 (2,5-3,6)	5,3 (3,9-6,7)*	4,0 (3,4-4,6)*	3,0 (2,6-3,4)
<b>DISTIMIA</b>	1,3 (0,6-2,0)	1,6 (1,0-2,3)*	0,9 (0,5-1,4)	1,8 (0,9-2,6)*	1,4 (0,9-1,9)	1,0 (0,7-1,4)
<b>ANSIA GENERALIZZATA</b>	1,1 (0,4-1,7)	2,0 (1,4-2,7)*	0,5 (0,2-0,7)	1,0 (0,5-1,6)*	1,0 (0,5-1,4)*	0,5 (0,3-0,8)
<b>FOBIA SOCIALE</b>	1,0 (0,4-1,6)	1,7 (1,1-2,4)*	1,3 (0,7-1,8)	1,2 (0,5-2,0)	0,7 (0,3-1,0)	1,0 (0,6-1,5)
<b>FOBIA SPECIFICA</b>	3,4 (1,7-5,2)	4,7 (3,5-5,9)*	4,1 (2,7-5,5)*	2,6 (1,5-3,7)	3,0 (1,7-4,3)	2,7 (1,7-3,6)
<b>DPTS</b>	0,9 (0,4-1,5)	2,2 (1,3-3,0)*	0,7 (0,4-1,0)	2,4 (1,1-3,7)*	0,6 (0,3-0,8)	0,8 (0,2-1,4)
<b>AGORAFOBIA</b>	0,2 (0,0-0,5)	0,6 (0,2-0,9)	0,5 (0,1-0,8)	0,5 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-0,4)	0,4 (0,2-0,6)
<b>DISTURBO DA PANICO</b>	1,7 (0,5-2,9)*	1,2 (0,6-1,8)*	0,7 (0,4-1,0)	1,7 (1,1-2,3)*	0,7 (0,4-0,9)	0,6 (0,4-0,8)
<b>ABUSO DI ALCOOL</b>	0,8 (0,3-1,3)*	0,5 (0,0-1,0)*	0,8 (0,3-1,3)*	1,2 (0,4-1,9)*	0,3 (0,1-0,7)*	0,1 (0,0-0,2)
<b>DIPENDENZA DA ALCOOL</b>	0,5 (0,0-1,0)*	0,3 (0,0-0,5)*	0,4 (0,2-1,0)*	0,5 (0,1-0,9)*	0,0 (0,0-0,0)	0,0 (0,0-0,1)

Secondo lo studio Esmmed circa tre milioni e mezzo di persone adulte hanno sofferto di un disturbo mentale negli ultimi 12 mesi; di questi, quasi due milioni e mezzo hanno presentato un disturbo d'ansia, 1 milione e mezzo un disturbo affettivo e quasi cinquantamila un disturbo da abuso di sostanze alcoliche. Rispetto ai tassi di prevalenza lifetime trovati nel campione italiano, si può stimare che più di otto milioni e mezzo di adulti hanno sofferto di un qualche disturbo mentale nel corso della propria vita. Le donne sono molto più a rischio di soffrire di un disturbo mentale, con l'eccezione dei disturbi correlati all'uso di alcool. Anche l'essere disoccupati, casalinghe o disabili aumenta il rischio di soffrire di disturbi psichici.

un adeguato standard per la istituenda figura al fine di assicurare un **idoneo parametro tra i bisogni rilevati e la risposta** e di definire un raccordo tra la normativa nazionale e quelle regionali, valorizzando anche le esperienze professionali maturate.

- appare congruo, infine, che tra i requisiti per acce-

dere all'incarico di psicologo di famiglia a regime, in analogia a quanto previsto per il Mmg, oltre all'iscrizione all'albo professionale, debba esservi una **specifico formazione post laurea organizzata dal Ssn** con l'eventuale apporto degli Atenei sulla base di un programma definito dal Ministero della Salute

e dalle Regioni, sentito il Cnop, e comunque analogo per tipologia, anche se non necessariamente nella durata, a quella vigente pro-tempore per i Mmg. In base al programma di lavori della Camera entro l'anno deve essere portato in approvazione un testo integrato dei sette ddl presentati, c'è una convergenza di tutte le forze politiche e del Ministro della Salute che fa sperare che i cittadini abbiano questa risposta presto e bene.

“OGNI EURO SPESO PER INTERVENTI PSICOLOGICI  
COMPORTA TRA I 3 ED I 6,5 EURO DI RISPARMI”

# Problema culturale

La nostra società sta lentamente iniziando a comprendere che **la salute mentale deve essere trattata al pari di quella fisica**. Ricadute dirette e indirette di un disagio trascurato

di MARIA ANTONIETTA GULINO

**L**o stato psicologico ci accompagna dal primo all'ultimo giorno di vita, condizionando le nostre abitudini, le relazioni, l'energia impiegata per la scuola e per il lavoro, le passioni, il tempo libero, gli stili di vita. Il benessere interiore influisce sulla condizione di salute fisica, sulla reazione agli stressors evolutivi e sulla percezione del proprio

corpo. Questa premessa è essenziale per capire che ignorare un disagio psicologico non è diverso dal trascurare una malattia che affligge l'organismo. Se nel secondo caso però viene spontaneo per una persona rivolgersi alle cure del medico, può non accadere altrettanto nella prima situazione. Siamo di fronte a un problema culturale.

**Persiste in modo ancora**

**troppo diffuso l'idea che la salute della mente sia qualcosa di rimandabile, che le difficoltà siano solo una nebbia momentanea, che si allontanerà senza intervento alcuno.** Si sceglie così di non rivolgersi ai professionisti e si mantiene, covandolo, uno status quo che aumenta lo stress e può esitare in un disturbo patologico che



## “ NON SI PUÒ RIMANDARE ANCORA, NE VA DELLO SVILUPPO E DEL BENESSERE DELLA NOSTRA COMUNITÀ ”

**Nel nostro Paese, secondo uno studio realizzato dall'Istituto superiore di sanità (Iss) nel 2022 (pubblicato sulla rivista Journal of Affective Disorders), durante il lockdown, l'87 per cento delle persone sopra i 16 anni ha sofferto di stress psicologico.**

Ad aumentare sono state soprattutto l'ansia e la depressione, rispettivamente dell'83 e del 72 per cento. Subito dopo ci sono i disturbi nell'adolescenza (più 62 per cento), le difficoltà relazionali (più 61 per cento), i problemi di coppia e con i figli (più 49 per cento) e i disagi scolastici (più 43 per cento). Sono state particolarmente colpite le donne e le persone disoccupate, ma anche e soprattutto i più giovani. Peraltro il disagio psicologico diffuso ha pesanti ripercussioni sull'intero sistema socio-sanitario e sul benessere e sulla qualità della vita individuale e collettiva.

rischia di divenire cronico. Un esempio: l'ansia. Questo stato psichico, che porta con sé un susseguirsi di preoccupazioni, malesseri e timori, è un elemento comune nella vita di ogni individuo. Tuttavia il persistere di una condizione di ansia marcata e ricorrente finisce per causare sofferenza e malumore continui che influiscono sulle proprie aree di vita. Vengono perse le proprie sicurezze. Dopo tempo, si associa la tensione permanente ai tratti distintivi della propria personalità, determinando così un'instabilità dell'umore. E pure tante conseguenze fisiche: palpitazioni, difficoltà di respiro, tremori, paura di gestire il proprio tempo. Ne deriva una difficoltà nel dormire, a volte si cerca rifugio e sfogo nell'alimentazione. Nei casi più gravi l'angoscia e l'apprensione continue possono condurre all'auto isolamento o a forme di dipendenze. Ricordiamoci allora quanto detto all'inizio: **il benessere dell'animo si riflette su ogni aspetto della nostra quotidianità.** Convivere con un disturbo significa andare a intaccare, molte volte inconsciamente, la sfera della socialità, della qualità e dell'entusiasmo

su lavoro e studio, delle prestazioni sportive. Più in generale, l'interesse verso la vita e il suo corretto equilibrio. Prendiamo di nuovo un caso pratico per meglio analizzare. La depressione, se persistente, può sfociare in una condizione di distimia. Sia il proprio io che il mondo esterno che ci osserva diventano assuefatti a questo disturbo: il pessimismo ricorrente e la facilità di sconforto vengono consi-

derate parte integrante del carattere della persona. Lo stato depressivo permane e se non viene preso in carico precocemente dallo specialista, arreca ulteriore sofferenza e instabilità, una sorta di circolo vizioso che si autoproduce e mantiene. E possa quindi evolversi in uno stadio maggiore, più grave. La persona, senza trattamento alcuno, si ritrova così a dover gestire sintomi che

### La paura prevalente dei giovani toscani è quella del futuro

È ciò che emerge dall'ultimo studio che l'Ordine degli Psicologi della Toscana ha condotto tra i suoi iscritti in collaborazione con il Laboratorio di Psicometria (Dipartimento Neurofarba - Università degli Studi di Firenze) per indagare lo stato di salute psicologica dei toscani nel corso dell'ultimo anno. Dopo la paura del futuro, nella fascia di pazienti compresa tra i 20 e i 30 anni d'età dominano poi il timore dell'abbandono e della solitudine (48%) e quello per le malattie o la morte (45%). La fascia d'età dove viene rilevata una maggiore paura della guerra è invece quella dei bambini. Nel frattempo esplodono l'abuso digitale e i disturbi del sonno, mentre crescono rispetto ad un anno fa i problemi relazionali. Il periodo preso in esame dall'indagine dell'Ordine degli Psicologi toscani è quello che va dal marzo 2022 al marzo 2023, caratterizzato da una serie di fattori esterni che hanno pesato sulle sintomatologie già esistenti, oppure hanno contribuito a innescarne di nuove. Fattori come la lenta fuoriuscita dalla pandemia, lo spettro della crisi energetica e la guerra in Ucraina, i cataclismi climatici hanno alimentato disturbi come l'ansia e la depressione, le fobie sociali e scolari, i disturbi del comportamento alimentare.



spaziano dall'insonnia alla bassa autostima, dalla carenza di energia alla paura di prendere anche decisioni semplici con la compromissione delle proprie naturali risorse di adattamento e risoluzione dei problemi.

**Di recente abbiamo assistito su larga scala a cosa può accadere se un disagio viene trascurato.**

La pandemia Covid ha costretto a lunghi mesi di isolamento, paure, mancanza di fiducia sul futuro, spesso assenza di dialogo e di ascolto. Si sono generati, specie nelle fasce più giovani della popolazione, disturbi di ansia e stress, le abitudini alimentari in molti casi sono state stravolte. L'assenza totale di socialità e un aumento dell'uso degli strumenti digitali ha interrotto il naturale percorso di crescita dei giovani, venendo meno anche il confronto con quei riferimenti essenziali nell'adolescenza, che sono i propri coetanei, gli insegnanti e i genitori. Per tanti ragazzi è mancato un supporto psicologico tempestivo in grado di rispondere ai bisogni emergenti. In Toscana abbiamo assistito a un aumento esponenziale di episodi gravi e urgenti: pazienti che non sono mai stati presi in



Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms), quasi 1 miliardo di persone nel mondo vive con almeno un disturbo mentale (una persona su dieci a livello globale). Si stima, inoltre, che la pandemia Covid-19 abbia incrementato di oltre il 25% i disturbi mentali. Eppure, secondo dati Oese, l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale destinandovi circa il 3,4% della spesa sanitaria complessiva, mentre i principali Paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%.

cura e sono così scivolati nell'emergenza, anche con gesti di autolesionismo. O persino casi di suicidio: la terza causa di morte tra gli adolescenti nella regione, determinando una forte preoccupazione.

**È chiaro, dunque, che la nostra società e le politiche sulla salute devono avviare un percorso diverso per il sostegno psicologico.** Un progetto di ampio respiro su più fronti e sui contesti di vita di ogni persona. A livello istituzionale e politico occorre investire maggiori risorse per aumentare gli organici degli psicologi nel

servizio pubblico che lavorano nell'assistenza e nella cura psicologica, in modo da abbattere i tempi di attesa della presa in carico. Bisogna valutare di estendere in tutto il Paese la legge per lo psicologo di base, introdotta già in alcune regioni, anche in Toscana. In parallelo è importante impostare una sensibilizzazione e una nuova formazione, sia nelle scuole che tra i genitori, finalizzata a far maturare una coscienza più profonda sul valore del benessere psicologico, sull'intervento precoce e la prevenzione, sulla salute

globale. Occorre illuminare la strada del dialogo e del confronto, specialmente in un'epoca come la nostra in cui i social network e il digitale, pur essendo indispensabile, stanno sollevando muri e distanze, rendendo più incerta la maturazione dei nostri giovani, che faticano a distinguere i necessari modelli reali da quelli virtuali spesso irripetibili. Non si può rimandare ancora, ne va dello sviluppo e del benessere della nostra comunità. **Ci vuole coraggio e responsabilità per riprendere in mano il proprio futuro, e lo si può fare solo se non si è abbandonati ad un destino ineluttabile di fragilità, ma sostenuti da interventi mirati e preventivi.**

**“ OCCORRE ILLUMINARE LA STRADA DEL DIALOGO E DEL CONFRONTO ”**

# Non c'è salute senza salute mentale

La definizione della salute non come assenza di malattia ma come stato di benessere psicofisico sottolinea l'importanza del benessere psicologico per uno stato di buona salute generale dell'individuo. Non può esistere benessere fisico senza benessere psicologico

di MICHELE LIUZZI

Il bisogno di benessere psicologico e mentale, funzionale alla salute fisica, è tuttora fortemente sottostimato. Lo sviluppo e la crescita di società e nazioni non possono prescindere da un sostanziale benessere psicologico. L'attenzione e la cura della salute mentale e psicologica devono permeare ogni aspetto della vita sociale e organizzata di una comunità. Nel 2019 quasi un miliardo di persone soffrivano di disturbi mentali, una persona su otto (fonte Oms). Negli ultimi anni il malessere psicologico è diventato particolarmente evidente e manifesto, fino al punto di costituire una vera e propria peculiare psicopatologia che ha generato una

neglected majority, una maggioranza negletta portatrice di una significativa quota di sofferenza psicologica poco riconosciuta, poco diagnosticata e poco trattata. Questo bisogno di interventi psicologici all'interno di un setting di cure primarie è sempre più un fatto ineludibile, soprattutto perché questi pazienti non hanno le caratteristiche per poter essere ingaggiati in contesti specialistici, dato che sfuggono alle diagnosi classiche psicopatologiche (Dsm) e ai consueti interventi psicologici e psichiatrici. La pandemia Covid-19 ha ulteriormente esacerbato in modo esponenziale questo disagio. I periodi di quarantena, le difficoltà nelle relazioni sociali, le restrizioni imposte nei posti di lavoro e fra i giovani e gli studenti, l'assenza di confronto e di dialogo fra professionisti, lavoratori, l'imposizione del lavoro a distanza, sono tutti elementi che hanno profondamente inciso nella vita di tutti i cittadini, con reazioni negative e comportamenti disfunzionali di differente grado.

Questo malessere ha generato una serie di problemi non indifferenti al sistema sanitario nel suo complesso: accessi impropri al pronto soccorso, affollamento e intasamento degli studi dei medici di famiglia, spreco e/o consumo inappropriato di psicofarmaci, uso inappropriato dei servizi sanitari (esami, visite, etc.).

### **Una risposta proattiva: la psicologia di cure primarie**

A fronte di questa situazione di forte malessere psicologico, che impatta fortemente soprattutto le cure primarie e genera malfunzionamenti e spese inappropriato, da qualche tempo si ipotizza la costruzione di un servizio nazionale di psicologia di cure primarie, o di psicologia di assistenza primaria. È ormai consapevolezza generalizzata che la psicologia di cure primarie debba assumere un ruolo centrale nella costruzione e nella salvaguardia del benessere psicofisico della popolazione, in un contesto di sanità di primo livello.

Molte regioni italiane in modo autonomo hanno già legiferato in tal senso, ed è attuale il dibattito parlamentare sulla costituzione di tale servizio, con la presentazione di sette differenti progetti di legge da parte dei diversi partiti in Parlamento, sia appartenenti alla maggioranza che alla opposizione. In tutti i sistemi sanitari internazionali più avanzati è ormai

presente un sistema di interventi di psicologia di cure primarie.

**Si tratta quindi di costituire un servizio nazionale di primo livello di intervento psicologico, su base territoriale e distrettuale, con trattamenti adeguati che possano generare efficienza economica nel servizio sanitario nel suo complesso tramite il cosiddetto medical cost offset, cioè la capacità di generare risparmio economico e organizzativo tramite interventi appropriati, contenendo richieste non adeguate, e svolgendo anche una funzione di**

## “ IL SOSTEGNO PSICOLOGICO COME DIRITTO ALLA SALUTE ”

filtro, instradamento e integrazione nei percorsi di salute generale e mentale del paziente. Deve essere quindi un servizio in grado di erogare interventi psicologici brevi, evidence based, in percorso graduato a seconda della complessità della patologia e dei bisogni clinici del paziente, monitorando costantemente esiti e trattamenti tramite indagini quali/quantitative. I concetti fondamentali che informa-

no un tale servizio sono quindi l'appropriatezza (la capacità di erogare il miglior intervento per il singolo paziente/problema); la gradualità (proporre il miglior intervento al minor costo e invasività); la costo-efficacia (value for money, la capacità di generare benessere e valore in cambio di investimenti economici).

In definitiva, gli obiettivi principali di un servizio nazionale di Pcp sono:

- Fronteggiare la crescita/prevalenza dei disturbi mentali comuni e del malessere psicologico nelle cure primarie
- Sviluppare interventi di prevenzione e promozione della salute, di psicoeducazione sul territorio e nelle comunità, promuovere collaborazione nella gestione di Pdta, sinergia con specialistica ambulatoriale, ospedaliera e organismi del terzo settore (prevenzione primaria)
- Fornire un intervento clinico appropriato, accessibile, tempestivo e di qualità all'interno di un percorso a gradini (prevenzione secondaria)
- Stabilire un forte rapporto continuativo con i Mmg e servizi di salute mentale. Fornire supporto ai professionisti sanitari.

“Le malattie mentali sono patologie dai cui rischi i malati devono essere protetti con cure appropriate. Nonostante i molteplici strumenti di tutela, sono ancora numerosi i Paesi in cui le persone affette da patologie di salute mentale vengono discriminate e private della loro dignità, escluse dalla partecipazione alla vita sociale e politica delle comunità in cui vivono e dal diritto di decidere delle proprie vite e delle cure necessarie. Le disfunzioni mentali sono circondate da un silenzio frutto del pregiudizio e questo non fa altro che alimentare il disagio. Sono rischi che interpellano un numero crescente di adolescenti e giovani, già messi a dura prova dalla crisi della pandemia e dall'affacciarsi in Europa dei conflitti armati degli ultimi anni. È responsabilità comune promuovere politiche di prevenzione, di presa in carico precoce, inclusione e sostegno, fornendo ai ragazzi gli strumenti per crescere in salute e alle loro famiglie il giusto supporto. Godere di una buona salute mentale è condizione per esercitare liberamente i diritti fondamentali della persona”.

È questo il messaggio che il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in occasione della Giornata Mondiale della Salute Mentale il 10 ottobre scorso, ha inviato al Ministro della Salute, Orazio Schillaci.

Per un'offerta pubblica di professionalità psicologica, un'ipotesi di rete pubblica di servizi psicologici attraverso quattro traiettorie funzionali

di MARIA FRANCESCA FREDA



**N**egli ultimi decenni, abbiamo assistito ad un'incredibile accelerazione dello sviluppo tecnologico e culturale che ha radicalmente trasformato i sistemi sociali e la quotidianità di ognuno. Uno sviluppo galoppante delle tecnologie, delle scienze e, tra esse, delle scienze della salute. Uno sviluppo che nel suo incedere ha trasformato gli scenari

della vita sociale, generato opportunità e crescita, ma anche aperto a nuovi problemi. Assumendo una logica, a mio avviso propria della Psicologia della Salute, propongo di considerare alcuni dei problemi contemporanei quali esiti dei processi di sviluppo in corso, processi che hanno trasformato il campo sociale e che richiedono di essere regolati ed accordati. Stiamo assistendo ad uno

sviluppo così repentino e radicale, senza precedenti, che nel suo avanzare non può non avere degli impatti e creare questioni circa la sua stessa gestione e sostenibilità. Pensiamo, a titolo di mero esempio, alla domanda pressante di salute rivolta ai sistemi sanitari connessa alle condizioni di cronicità, la cui stessa crescita è legata allo sviluppo della medicina che ha consentito la croni-

cizzazione di malattie che un tempo prevedevano un esito infausto. Oggi viviamo una condizione di salute crescente, un allungamento significativo dell'attesa di vita alla nascita, grazie ai progressi sempre più vasti della scienza medica. Al contempo, il progressivo invecchiamento della popolazione ha finito per porre nuove sfide ai sistemi sanitari e sociali, richiedendo ad ogni singolo cittadino di implicarsi in prima persona (un processo noto con il termine di "engagement") nel prendersi cura della sua salute lungo tutto l'arco di vita.

In questo contesto di globale accelerazione e sviluppo, negli ultimissimi anni si sono anche succeduti eventi catastrofici. Penso ovviamente alla pandemia, ma anche ai drammatici scenari di guerra. A fronte di un miglioramento della salute organica generale, dunque, si delinea un periodo di allarme legato all'insorgenza sempre più elevata di problematiche di salute mentale, soprattutto a seguito delle ripercussioni che la pandemia da Covid-19 ha prodotto in termini di salute pubblica: disturbi quali stati d'ansia, manifestazioni depressive, alterazioni del sonno, disturbi del comportamento alimentare e dipendenze comportamentali sono in netto aumento rispetto al

passato, soprattutto tra i più giovani.

La complessità del contesto attuale sta comportando che la domanda crescente di professionalità psicologica fatichi a trovare una risposta articolata e competente nella rete pubblica di servizi sanitari e socio-sanitari. **La psicologia, infatti, si trova attualmente a dover rispondere ad un duplice mandato sociale, ovvero quello di offrire una risposta competente alla situazione di allarme e, al contempo, sostenere i cittadini a costruire un capitale di salute tanto organica quanto psicologica.**

La professione psicologica dispone oggi di un sistema di linee-guida e buone prassi, così come di un ampio ventaglio di metodi e di interventi basati sull'evidenza, che le permettono di offrire risposte articolate e differenziate in ragione dei mandati sociali che ho evidenziato e della varietà dei bisogni di salute ad essi connessi. Proverò ad articolare un'ipotesi di rete pubblica di servizi psicologici tracciando quattro traiettorie funzionali che, per motivi di spazio, potrò solo accennare.

**La prima traiettoria** è quella della risposta sanitaria specialistica alle problematiche di salute mentale. Si tratta, in sostanza, dell'erogazione di interventi di competenza psicologica che, in ragione della recente riformulazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea), comprendono principalmente attività di diagnosi, sostegno, consulenza, psicoeducazione, riabilitazione e psicoterapia. Attualmente, la limitata presenza di professionalità psicologica entro i servizi

**In Italia ci sono solo 5mila psicologi nel Servizio Sanitario Nazionale, e secondo un report di Cittadinanzattiva, nel pubblico la media nazionale è di appena 3,3 psicologi ogni 100mila abitanti, con una forbice che va da 16 in Valle d'Aosta a 1,3 in Piemonte.**

specialistici riduce fortemente la realizzazione di progetti integrati di *recovery*. **La seconda traiettoria** è, invece, quella della territorializzazione della professionalità psicologica nel sistema sanitario con l'obiettivo di migliorare la

capacità di riconoscimento precoce del disagio psicologico, intervenire in situazioni di crisi e intercettare i bisogni psicologici all'interno della domanda di salute organica rivolta al medico di medicina generale. Una **terza traiettoria** riguarda l'inserimento della professionalità psicologica all'interno di una varietà di setting rilevanti per la tutela e promozione della salute e del benessere. Penso, ad esempio, agli ospedali, alle Rsa, agli ambulatori medici per l'assistenza primaria, ma anche agli istituti scolastici e alle università. È chiaro che, in ragione del setting in cui verrebbe a dipanarsi l'azione dello psicologo, le funzioni psicologiche andranno declinate in maniera specifica e con esse gli obiettivi degli interventi. Infine, una **quarta traiettoria** è connessa alla prevenzione, ovvero alla tutela e alla promozione dei processi e delle traiettorie di salute della collettività, con l'obiettivo di costruire momenti di responsabilità sociale in ragione di una visione della salute come bene comune sostenibile. In quest'ottica, penso ad esempio al ruolo

dei processi motivazionali nella decisione dei cittadini di partecipare agli screening per la prevenzione dei tumori.

La complessità di percorrere queste differenti traiettorie di risposta psicologica trova la sua possibilità di realizzazione nella costruzione di una "rete psicologica". Intendo con ciò sostenere la necessità di strutturare modelli di interventi di rete che siano in grado di coniugare una logica cosiddetta *stepped care*, cioè l'implementazione di programmi di intervento di diversa intensità e graduati sulla base dell'entità del bisogno di salute, con una logica di collaborative care, fondata invece sulla co-progettazione e sull'integrazione tra contesti sanitari e non sanitari (ad esempio le scuole, le università, ma anche le comunità in senso lato) e che sia in grado di connettere il singolo cittadino al sistema consentendogli di muoversi in maniera flessibile tra i diversi nodi della rete. **La realizzazione di una rete psicologica, soprattutto se collocata territorialmente, contribuirebbe alla necessaria riduzione del divario tra offerta pubblica di cure psicologiche e domanda, promuovendo un fondamentale obiettivo di equità di salute.** La salute è, difatti, un bene individuale ma anche collettivo.

**“ STRUTTURARE MODELLI DI INTERVENTI DI RETE IN GRADO DI CONIUGARE UNA LOGICA STEPPED CARE CON UNA DI COLLABORATIVE CARE ”**

# #COVER STORY

Il panorama attuale della salute mentale in Italia è al centro di profonde riflessioni e confronti. Il quadro emerge in maniera chiara: il disagio psicologico, in particolare tra i più giovani, è in crescita esponenziale. La pandemia da Covid-19 ha certamente avuto un ruolo nell'accentuare problematiche preesistenti, ma non può e non deve essere la sola spiegazione. In un certo senso, stiamo affrontando una tempesta perfetta in cui diverse dinamiche sociali, culturali e personali si incontrano.

Da una parte abbiamo le difficoltà delle cittadine e dei cittadini a chiedere aiuto, per problemi legati al costo, allo stigma ancora forte legato alla cura della salute mentale.

Dall'altra, ci troviamo di fronte ad un sistema che fatica grandemente a soddisfare le richieste che arrivano. Pensiamo ad esempio che, dati del Ministero, sette persone su dieci chiedono aiuto per problemi di natura psicologica non sono abbastanza gravi da essere prese in carico dall'ospedale che, comprensibilmente, ha uno

spazio limitato, riservato ai casi più gravi.

Ci troviamo quindi ad avere un bisogno crescente da una parte, che io credo abbia anche a che fare con una maggiore consapevolezza delle persone della possibilità di prendersi cura della propria salute, e dall'altra un sistema che non è attrezzato per occuparsi di tutte quelle situazioni che non sono "gravi abbastanza".

In questo scenario, l'introduzione di figure come quella dello psicologo delle cure primarie può rappresentare non solo una solu-

zione per rispondere ad un bisogno concreto, ma anche per implementare strategie e azioni di prevenzione che sono fondamentali per evitare la cronicizzazione, così come l'utilizzo indiscriminato degli psicofarmaci come prima soluzione per situazioni sub-cliniche. Ad esempio, in Lombardia, stiamo lavorando, con una proposta bipartisan in Regione, per l'approvazione della legge sullo psicologo delle cure primarie che spero veda a breve la sua approvazione e implementazione. Ancora, pensando alle fasce più giovani, stiamo lavorando per l'inserimento degli psicologi nelle scuole, un altro spazio fondamentale per la prevenzione e l'intervento. Ma anche per diminuire lo stigma nei confronti del diritto alla salute psicologica.

Di fronte a questa realtà, emerge allora una domanda cruciale: come può e deve evolvere la formazione degli psicologi e delle psicologhe per rispondere in maniera adeguata a queste sfide emergenti?

Da presidente dell'Ordine degli Psicologi della Lombardia, ma anche come accademica, ritengo che sia essenziale affrontare e riflettere su questa questione, poiché è evidente che, per continuare a garantire un supporto efficace e aggiornato ai cittadini, la nostra formazione deve evolversi in linea con i tempi e

## Al passo coi tempi

**La formazione degli psicologi e delle psicologhe deve evolversi per rispondere in maniera adeguata alle numerose e difficili sfide emergenti.**

**Alcune considerazioni...**

di LAURA PAROLIN

con le richieste della nostra società. In questo senso, provo a proporre qualche spunto di riflessione.

In primis, ci tengo a sottolineare che gli attuali laureati in psicologia sono pronti ed hanno molte competenze utili alla professione che cambia. **Il tema che resta aperto è il tipo di formazione post-universitaria che si crede di implementare e quali enti debbano farsi carico di erogare questa formazione affinché ne sia garantito un livello minimo di qualità.**

Inoltre, credo davvero che una delle criticità che ci troviamo davanti abbia a che fare con l'eccessiva frammentazione e non uniformità nelle proposte di legge regionali sulla figura dello psicologo delle cure primarie. Infatti, **ogni proposta propone competenze specifiche differenti:** credo che sarebbe un grande vantaggio invece prevedere una figura a livello nazionale, così da portare avanti un progetto unitario, con criteri minimi e buone prassi condivise. In questo modo i temi della formazione, i criteri minimi per la buona professione e per l'inserimento nel mercato del lavoro, diventano molto più facili da individuare.

Infine, il mio auspicio è che qualunque strada prenda la formazione ci sia un monitoraggio costante della sua qualità e dei criteri minimi per la sua efficacia. Per quanto riguarda i temi che, dal mio osservatorio, vedo come centrali, vi riporto qualche considerazione. Un primo punto riguarda sicuramente **la formazione specifica sui temi centrali legati alle forme del disagio contemporanee. Le competenze dei futuri professionisti della salute mentale devono includere la capacità di valutare le problematiche più frequenti nella popolazione di cui si occupano.** Ad esempio, negli adolescenti e nei giovani adulti la dipendenza da social media, l'ansia da prestazione, la pressione dei coetanei, e le crisi identitarie legate all'orientamento sessuale o all'identità di genere. È fondamentale guardare infatti ai sintomi che si presentano, e la ricerca ci dice che sono principalmente quelli ansiosi e depressivi, all'interno del contesto psicosociale: che sia la scuola, le famiglie, il lavoro e così via.

**Un altro aspetto riguarda l'utilizzo delle nuove tecnologie.** Le chiamiamo

### Si chiama "Luna Nuova", un pronto intervento sperimentale per l'accoglienza delle donne vittime di violenza, con o senza figli.

Nel 2019, il 31% delle donne italiane ha subito violenza da partner o ex partner, ma molte non denunciano per paura o mancanza di fiducia nel sistema giudiziario. Dal 2023 fino ad ottobre, 96 donne sono state uccise, con 77 in casa. La disponibilità di un rifugio sicuro può influenzare la decisione delle vittime di interrompere il ciclo di violenza. Il progetto sperimentale, finanziato da Regione Lombardia, vede come capofila l'Asst Grande Ospedale Metropolitano Niguarda e che garantirà un pronto intervento 24 ore su 24 per 365 l'anno. Il protocollo sperimentale si basa sulla collaborazione di Ats Città Metropolitana di Milano. Coinvolge anche la rete dei servizi territoriali del sistema sanitario regionale, dei medici di medicina generale e dei pediatri. C'è anche il supporto del Comune di Milano e dell'Ordine degli Avvocati di Milano, per il sostegno e l'orientamento legale gratuito. Collaborano inoltre, per la condivisione di protocolli comuni, gli ordini professionali lombardi degli assistenti sociali e degli psicologi. Il progetto coinvolge anche l'ordine dei farmacisti delle province di Milano Lodi Monza e Brianza per le iniziative di sensibilizzazione.

ancora nuove, ma di fatto ci sono davvero da tanto, solo che la pandemia ci ha permesso di comprendere che in alcune situazioni possono davvero accorciare delle distanze tra la domanda e la risposta. Da qui quindi, la telepsicologia, l'utilizzo di app e piattaforme digitali per la terapia e la valutazione: gli psicologi dovrebbero essere adeguatamente formati su questi strumenti, sia dal punto di vista tecnico che etico/deontologico.

**Un terzo aspetto che mi sembra importante riguarda le competenze interculturali.** È davvero

fondamentale che le generazioni di psicologi futuri, in una società sempre più globalizzata, siano preparate all'incontro con dinamiche interculturali differenti, per poter offrire un supporto efficace a persone di diverse origini e culture.

**Un ultimo punto, ma per me non meno importante, è quello della formazione al lavoro in contesti multidisciplinari.** Sempre più gli psicologi sono chiamati a lavorare in team multidisciplinari, in contesti clinici ma anche in luoghi non tradizionalmente associati alla psicologia, come aziende, scuole o enti pubblici. È davvero allora centrale che la formazione fornisca strumenti per mettersi in dialogo con professionisti di campi differenti.

“ LA FORMAZIONE FORNISCA STRUMENTI PER IL DIALOGO CON PROFESSIONISTI DI CAMPI DIFFERENTI ”

# DAL DIRE AL FARE

**Possibili soluzioni per rispondere alle esigenze contrattuali della nuova figura di prossimità e ai bisogni psicologici del cittadino**

di IVAN IACOB

L'istituzione dello Psicologo di base rappresenta un'opportunità per i cittadini, i quali possono accedervi facilmente e in modo precoce. Le leggi regionali approvate ricalcano le esperienze maturate in diversi Paesi del nord Europa e riconoscono la necessità di rendere sempre più accessibili agli utenti le prestazioni psicologiche. Pur partendo da una comune presa di coscienza, le soluzioni adottate sono significativamente diverse. La pandemia ha fatto emergere problematiche psicologiche che sembrano collegate all'e-

mergenza, mentre oggi ci accorgiamo che i problemi sono maggiori, affatto collegati alla pandemia e l'organizzazione del Sistema Sanitario Nazionale non riesce a dare risposte adeguate alle problematiche di salute e benessere psi-

cologico presenti in larghe fasce di popolazione. La rigidità organizzativa delle strutture del Ssn non consente un'immediata presa in carico, con conseguente rischio di patologizzazione delle problematiche psicologiche.

Le leggi regionali approvate assumono come modello di riferimento la tipologia di assistenza garantita dai medici di medicina generale. Tuttavia, esaminando le leggi regionali approvate, si notano alcune criticità che crediamo possano e debbano essere risolte dalla legge nazionale. Le criticità più evidenti fanno riferimento agli standard di personale, alla forma-

zione e alla tipologia del rapporto di lavoro. Considerata la mission dell'Aupi, sindacato della categoria degli Psicologi, ci soffermeremo sugli aspetti relativi al trattamento economico. **La variabilità del trattamento economico non è solo frutto delle risorse messe a disposizione dalle Regioni, ma anche dalla tipologia di inquadramento che viene proposto:** convenzione della specialistica ambulatoriale oppure incarichi libero professionali. L'Aupi, anche in considerazione delle funzioni attribuite alla figura dello Psicologo delle cure primarie, ritiene che debba essere implementato un percorso formativo specifico, da sviluppare parallelamente a quello dei medici di medicina generale. Le funzioni specifiche dello Psicologo delle cure primarie sono da





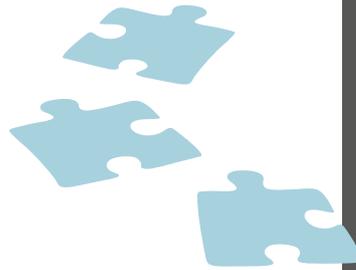
Giuseppe Zitelli, segretario della Commissione Salute, Servizi Sanitari e Sociali



considerarsi di primo livello, e il professionista deve possedere competenze cliniche tali da consentire di cogliere il disagio allo stato iniziale.

L'istituzione dello Psicologo di base o delle cure primarie deve essere un'opportunità per promuovere il benessere psicologico e prevenire la sofferenza, tenendo conto dell'efficacia ed efficienza del servizio offerto ai cittadini. Ed è in questa ottica che il rapporto di lavoro libero professionale, così come previsto in alcune delle leggi regionali approvate, rischia di diventare per le Aziende un pesante fardello economico, assolutamente non preventivato all'atto dell'approvazione delle leggi regionali.

L'entrata in vigore della legge sull'equo compenso, legge n. 49 del 20 maggio 2023, in combinato disposto con il decreto Parametri n. 165 del 19 luglio 2016, espone le amministrazioni a un netto raddoppio del costo, prendendo come riferimento i valori medi, che difficilmente può es-



sere sostenuto dai finanziamenti attuali.

L'Aupi, nel corso della recente audizione alla Commissione Affari Sociali della Camera, sul tema ha ben evidenziato questa problematica e ha proposto possibili soluzioni. La legge sull'equo compenso si applica esclusivamente all'attività libero professionale; pertanto, **la problematica si potrebbe agevolmente risolvere individuando altre forme contrattuali. La più immediata potrebbe essere lo sviluppo di una convenzione specifica, che ricalchi quella della medicina generale** la quale, riconoscendo alcuni diritti

**Un importante traguardo per la sanità siciliana, con tutte le carte in regola per diventare il fiore all'occhiello del Sistema Sanitario Nazionale e un modello da esportare anche in altre regioni.**

Con queste parole, il deputato regionale all'Ars Giuseppe Zitelli, segretario della Commissione Salute, Servizi Sanitari e Sociali, ha commentato la definitiva approvazione, avvenuta in Aula lo scorso 17 ottobre, del disegno di legge per l'istituzione dello psicologo delle cure primarie in Sicilia. Il testo base adottato è proprio quello di Giuseppe Zitelli, arricchitosi nel tempo delle integrazioni e degli emendamenti presentati da altri parlamentari. Come precisa lo stesso parlamentare, un ruolo importante nella concretizzazione del disegno di legge lo ha avuto l'Aupi, l'Associazione Unitaria Psicologi Italiani, che ha accompagnato il lungo iter parlamentare. "Il contributo dei professionisti - ha spiegato - è stato fondamentale per strutturare al meglio la proposta oggi divenuta legge". Nello specifico, quest'ultima prevede due psicologi per 50 mila abitanti e una somma di 7 milioni e 334 mila euro che dovrà entrare a regime.

## “ IMPLEMENTARE UN PERCORSO FORMATIVO SPECIFICO, PARALLELO A QUELLO DEI MMG ”

propri dell'Acn (Accordo Collettivo Nazionale per la specialistica ambulatoriale) renderebbe assolutamente compatibile anche gli attuali livelli di finanziamento.

**Volendo valutare esclusivamente il costo delle diverse opzioni, il contratto di lavoro più economico, in rapporto alle ore di lavoro, è quello della dipendenza; subito dopo l'Acn/Convenzione.** Queste ultime due opzioni prevederebbero il possesso di una specializzazione e configurerebbero competenze proprie di un secondo livello così modificando la natura del nuovo Servizio. In questa fase, l'Aupi pre-

ferisce proporre un ventaglio di possibili soluzioni, sapendo che l'obiettivo principale è quello di garantire ai cittadini un'assistenza psicologica di prossimità. Oggi molti Servizi Sanitari di secondo livello sono impropriamente utilizzati per problematiche meno gravi che gonfiano le liste d'attesa e determinano ritardi o addirittura mancate prese in carico. La territorializzazione e la possibilità di affiancare il medico di medicina generale è una soluzione assolutamente percorribile con ottimi risultati ampiamente confermati dalle esperienze in altre nazioni europee.

# COVER  
STORY

# Gomito a gomito

**La presenza di uno psicologo di famiglia nello studio del medico di medicina generale può essere un approccio molto efficace per migliorare la rete di prossimità e garantire un trattamento integrato per i pazienti**

di DOMENICO CRISARÀ, ANTONIO PIO D'INGIANNA

**L**a sinergia tra professionisti è importante per la salute e il benessere di individui e famiglie, affrontando aspetti sia fisici che emotivi delle questioni sanitarie. La collaborazione tra un medico e uno psicologo può essere particolarmente efficace quando si affrontano questioni complesse o interconnesse che coinvolgono salute fisica e psichica offrendo un modello di assistenza sanitaria integrato in cui la salute mentale è parte integrante della cura generale, contribuendo a ridurre lo stigma associa-

to alla salute mentale e la diffidenza ad intraprendere un percorso di aiuto e sostegno psicologico. Avendo uno psicologo direttamente nello studio del Mmg, i pazienti possono accedere facilmente a una figura professionale di riferimento, garantita dal rapporto fiduciario con il proprio medico, senza dover ricorrere ad un professionista esterno e spesso sconosciuto. Da questo nasce la

necessità che la figura dello psicologo di famiglia sia quanto più simile, in termini di rapporto contrattuale al medico di medicina generale. A tal fine è necessario che anche questa figura sia legata stabilmente al territorio e che abbia con gli assistibili un rapporto consolidato, certo e stabile nel tempo per tutta la sua carriera professionale. Questo tipo di collaborazione interprofessionale

consentirebbe al medico di medicina generale che identifica pazienti con problemi di salute mentale durante le visite di routine di fare riferimento direttamente allo psicologo all'interno del suo studio per una valutazione più dettagliata e un trattamento appropriato. Essendo nello stesso studio, lo psicologo può vedere i pazienti più rapidamente, riducendo i tempi di attesa per il trattamento. Questo è particolarmente importante per le condizioni di salute mentale in cui un trattamento tempestivo è cruciale, a cui lo psicologo potrebbe fornire servizi di consulenza per una varietà di problemi di salute mentale, come ansia, depressione, stress, separazioni, lutti, gestione delle "cattive notizie" sul proprio stato di salute e non per ultime le dinamiche legate alle malattie croniche che oltre al paziente coinvolgono l'ambito familiare come la demenza, la non autosufficienza, la terminalità oncologica e i temi di fine vita. A questo punto diventa fondamentale riprendere il ragionamento che riguarda **il rapporto contrattuale dello psicologo di famiglia che per quanto sopra esposto deve essere diverso dall'attuale dipendenza all'interno delle**

**“ LO PSICOLOGO DEVE ESSERE LEGATO AL TERRITORIO CON UN RAPPORTO CONSOLIDATO CON GLI ASSISTITI ”**

**strutture di igiene mentale delle Asl** ma che a nostro avviso deve avere gli stessi contenuti della medicina generale:

**Collaborazione:** Il rapporto contrattuale dovrebbe stabilire i dettagli della collaborazione tra il medico di famiglia e lo psicologo di famiglia. Questo può includere la condivisione di informazioni pertinenti sui pazienti, la comunicazione regolare e la definizione dei ruoli e delle responsabilità di ciascun professionista.

**Obiettivi comuni:** È importante che medico e psicologo condividano obiettivi comuni per la cura dei pazienti e delle famiglie. Questi obiettivi dovrebbero essere definiti nel contratto, inclusi gli obiettivi di trattamento e la qualità dell'assistenza.

**Condivisione delle risorse:** Il contratto dovrebbe affrontare la condivisione delle risorse, come spazi di ufficio, attrezzature e personale amministrativo. Questo è particolarmente rilevante se il medico e lo psicologo lavorano nello stesso studio medico.

**Compensazione e pagamento:** Il contratto dovrebbe chiarire le modalità di pagamento per i servizi forniti dai professionisti che non possono essere differenti dalla libera professione convenzionata.

La collaborazione tra medici di famiglia e psicologi può portare a una serie di van-

taggi economici per il sistema sanitario, per le strutture mediche e, soprattutto, per i pazienti. Ecco alcuni dei principali vantaggi:

**Miglioramento del benessere e della soddisfazione del paziente:** I pazienti beneficiano di una cura più completa e integrata quando medici e psicologi lavorano insieme. Ciò può

**a malattie croniche:** La gestione di problemi di salute mentale, come depressione e ansia, può migliorare il controllo delle malattie croniche, come il diabete o le malattie cardiache. Ciò può ridurre i costi associati alla gestione delle malattie croniche. **Aumento dell'efficienza dei servizi:** La collaborazione tra medici

za integrata può prevenire complicazioni mediche o psicologiche che possono portare a costi aggiuntivi. Ad esempio, il trattamento di problemi di salute mentale può prevenire il ricorso alle cure di emergenza o l'insorgenza di disturbi psicosomatici. **Riduzione dei costi legati al trattamento farmacologico:** Spesso, i pazienti con problemi di salute mentale ricevono farmaci. Una collaborazione tra medici e psicologi può consentire di ridurre l'uso eccessivo di farmaci, il che può comportare risparmi significativi. **Miglioramento della soddisfazione del paziente:** I pazienti beneficiano di una cura più completa e integrata quando medici e psicologi lavorano insieme. Ciò può aumentare la soddisfazione dei pazienti e la fedeltà al medico di famiglia o alla struttura sanitaria, riducendo i costi di acquisizione e fidelizzazione dei pazienti. **Riduzione del costo sociale:** La gestione efficace delle questioni di salute mentale può contribuire a ridurre i costi sociali legati a disabilità, disoccupazione e impatto economico sulla famiglia. In conclusione, la collaborazione tra medici di famiglia e psicologi di famiglia può portare a un sistema sanitario più efficiente ed economico, migliorando al contempo la qualità della cura e il benessere dei pazienti.

Le persone assistite dai servizi specialistici psichiatrici in Italia nel 2022 sono state 776.829, ovvero 154,2 ogni 10mila abitanti adulti, con un innalzamento dell'età media dei pazienti che riflette l'invecchiamento della popolazione generale: una grande percentuale di persone affette da disturbi psichiatrici supera i 45 anni. Le prestazioni erogate nel 2022 dai servizi territoriali ammontano a oltre 9 milioni 300mila, dall'attività infermieristica e psichiatrica alla riabilitazione e risocializzazione territoriale fino al supporto alla famiglia. Sono alcuni dei dati contenuti nel Rapporto annuale sulla salute mentale del Ministero della Salute.

umentare la soddisfazione dei pazienti e la fedeltà al medico di famiglia o alla struttura sanitaria, riducendo i costi di acquisizione e fidelizzazione dei pazienti. **Riduzione dei costi di assistenza sanitaria:** La collaborazione tra medici e psicologi può contribuire a prevenire ricoveri ospedalieri e visite mediche non necessarie. Identificando e gestendo tempestivamente le questioni di salute mentale e le condizioni psicologiche, si possono evitare costosi trattamenti e interventi medici futuri.

**Riduzione dei costi legati**

e psicologi può rendere la fornitura dei servizi più efficiente. I pazienti possono ricevere diagnosi e trattamenti più rapidi e pertinenti, riducendo le visite ripetute e le lunghe attese.

**Miglioramento della gestione del dolore cronico:** I pazienti con dolore cronico spesso richiedono una serie di visite mediche e trattamenti. La collaborazione tra medici e psicologi può aiutare a gestire il dolore cronico in modo più efficace, riducendo l'uso eccessivo di farmaci e procedure costose. **Prevenzione delle complicazioni:** L'assisten-

# Due nazioni come modello



**Diversi paesi europei hanno individuato soluzioni organizzative diverse per gestire l'erogazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria e lo psicologo è una tra le figure presenti nei team dell'assistenza primaria**

di DANIELA REBECCHI

I cambiamenti demografici ed epidemiologici, presenti da anni nei paesi occidentali, sollecitano una necessaria riorganizzazione e introduzione di nuovi modelli organizzativi in ambito sanitario e sociosanitario. La risposta è nota, ove esistono sistemi sanitari con una forte e strutturata assistenza primaria, la popolazione mostra migliori risultati in termini di salute. Tale approccio è stato confermato dalla pande-

mia che ha ulteriormente rilevato la necessità di una presenza di un'assistenza territoriale. L'emergere di nuovi bisogni nella presa in carico delle persone con malattia cronica o disabilità, verso una gestione domiciliare rispetto a quella ospedaliera, di numerose richieste di salute mentale, precedenti alla pandemia e con questa aumentate, alla più generale attenzione nei percorsi di cura verso la dimensione psicosociale hanno condotto diversi

paesi a sviluppare nuovi modelli organizzativi di assistenza primaria. Dalla Commissione europea definiamo le cure primarie una sfida che è "la salute per tutti": "un'assistenza che dovrebbe essere universale e accessibile a chiunque (individui, famiglie e comunità), nonché fondata su strumenti e metodi validi e scientifici." Le funzioni sono quelle di "promozione e prevenzione della salute, la cura delle acuzie, la salute ri-

produttiva, la salute della madre e del bambino, le malattie dei bambini, le infezioni virali, la cronicità, le cure palliative, la salute mentale".

In Europa diversi Paesi, a prescindere dalla tipologia del sistema sanitario (universalistico, assicurativo o misto) hanno individuato soluzioni organizzative diverse per gestire l'erogazione e l'organizzazione dei servizi di assistenza primaria e lo psicologo è una tra le figure presenti nei team dell'assistenza primaria. (Monitor, 2022). Nei principali paesi Germania, Svezia, Spagna, Regno Unito è presente lo psicologo quale figura professionale. La dimensione psicologica è una dimensione della salute che nelle cure primarie, riprendendo la definizione dell'Apa si pone quali obiettivi: promuovere salute e benessere psicologico, prevenire il disagio, migliorare la qualità della vita e della cura e garantire una presa in carico integrata e accessibile per tutti in una prospettiva life time, capace di accogliere le richieste delle persone in tutto l'arco della loro vita. A seconda del sistema sanitario e del modello organizzativo del paese la figura dello psicologo ha un diverso coinvolgimento nella primary care e svolge funzioni e compiti differenti, ma sempre con ruoli di

consulenza o di primo intervento.

A livello europeo due, sono i modelli di psicologia nelle cure primarie significativi, con caratteristiche molto diverse, ma che possono essere descritte per essere oggetto di attenzione nella definizione di altri modelli organizzativi: i Paesi Bassi e il Regno Unito.

**Trattasi di due nazioni con contesti storico-politici diversi, ma la stessa motivazione economica e sanitaria, quella di una diminuzione dei costi della spesa sanitaria e di aumentare il numero di accessi all'assistenza psicologica primaria, per la popolazione con disagi psicologici.**

In Olanda, negli anni 70 "i primary care psychologist" iniziano a collaborare con i "family physicians" diventando figure accessibili per molte persone con una vasta gamma di difficoltà psichiche, psicosociali e psicosomatiche (Derksen, 1986). Lo psicologo sanitario lavora come psicologo generalista con competenze specialistiche di assistenza primaria ed è in grado di realizzare valutazioni e trattamenti sull'intera gamma di problematiche psicologiche e comportamentali, che si

**Un italiano su 10 vorrebbe rivolgersi a uno psicologo, eppure è costretto a rinunciare alle cure per ragioni economiche.**

È quanto emerge dall'indagine realizzata dall'Istituto Piepoli per il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (Cnop), su un campione rappresentativo della popolazione italiana di uomini e donne over 18. Più nello specifico, quasi 1 italiano su 5 si è rivolto a uno psicologo, pari al 17%, anche se tale percentuale aumenta in modo significativo tra i giovani del target 18-35 anni, andando a toccare il 25%; il 14% non si è rivolto allo specialista, anche se ritiene che "avrebbe dovuto". Una percentuale consistente ha dichiarato invece di non averne avuto bisogno (61%) oppure di avervi rinunciato per via della spesa eccessiva (9%). Ancora, ben il 47% si rivolgerebbe a un esperto in caso di problemi di natura psicologica, mentre il 38% ne parlerebbe prima con le persone care.

verificano negli individui e nelle famiglie durante tutto l'arco di vita.

L'accesso da parte dei cittadini è libero o avviene su invio del medico di medicina generale, che realizza uno screening iniziale.

**Il Primary Care Psychologist ha quale modello di riferimento teorico, il modello biopsicosociale del funzionamento umano e si avvale di un trattamento psicologico integrato, utilizzando differenti tecniche provenienti da diversi orientamenti. come**

da linee guida. predilige e adotta "un approccio alla comunità" volto alla promozione della salute in stretta collaborazione con gli operatori e i servizi del territorio. Dagli esiti dei trattamenti sono evidenti risultati di successo nei pazienti di gravità bassa e moderata (Verhaak, P.F.M., Kamsma, H., Niet, A. Van Der, 2013).

**Nel Regno Unito il servizio psicologico nell'assistenza primaria è rappresentato dallo Iatp (Improving Access to Psychological Therapies, ovvero "migliorare l'accesso alle terapie psicologiche").** Il programma viene finanziato dal governo in quanto dagli economisti (R.Lyard, 2007) della London School of Economics, viene evidenziato come un aumento dell'accesso alle terapie psicologiche per ansia e depressione possa portare alla riduzione di altri costi pubblici e dalle Nice (National Institute for Health and Care Excellence, 2004), in quegli anni, vengono definite a livello nazionale, le prime linee guida cliniche per il trattamento dei disturbi mentali. Al servizio è possibile accedere liberamente o su invio del medico di medicina generale. Viene

effettuata una valutazione centrata sulla persona che identifica i problemi chiave, la richiesta di trattamento e le caratteristiche psicosociali del contesto personale e sociale. Vi è un'accurata e costante attenzione al monitoraggio dei dati attività e dall'analisi dei dati, il servizio Iatp evidenzia un miglioramento nell'offerta, rilevando un 50% di persone guarite. I trattamenti erogati sono di volta in volta quelli indicati dalle linee guida Nice.

**Concludiamo guardando all'Italia:** oggi gli psicologi nell'assistenza primaria sono una realtà che si è sviluppata in modo frammentato in diverse province e regioni, con esperienze significative anche strutturate e verificate negli esiti, ma isolate. Allo stato attuale alcune regioni hanno una legge dedicata e in Parlamento, ora all'esame della Commissione Affari Sociali della Camera, sono depositate sette proposte di legge sullo psicologo di base, quattro di maggioranza e tre di minoranza. Si è in attesa di un testo unificato, per garantire un quadro normativo nazionale alle iniziative regionali che si stanno moltiplicando e prima di tutto per poter dare alla popolazione italiana un servizio per migliorare il benessere e la salute mentale della popolazione.

**“ IN GERMANIA, SVEZIA, SPAGNA, REGNO UNITO È PRESENTE LO PSICOLOGO QUALE FIGURA PROFESSIONALE ”**

**N**el 2021 sono stati spesi 1,7 miliardi per accedere a un servizio di supporto psicologico e si stima che il numero di persone con disturbi emotivi comuni sia aumentato del 25 per cento. Il 65 per cento della popolazione italiana ha affermato di vivere, o di aver vissuto di recente, un disagio psicologico. Secondo i dati resi noti dal Ministero della salute nel giugno 2020, merita attenzione il dato concernente il numero di persone con problemi di irritabilità (2 per cento), con disturbi del ciclo sonno-veglia (2 per cento), con problemi di relazione

(1,2 per cento) e con richieste di aiuto nell'elaborazione di un lutto (3,2 per cento) non necessariamente legato alla pandemia di Covid-19. L'analisi dei dati epidemiologici palesa infatti un crescente disagio psicologico con pesanti ricadute sulla qualità della vita. La situazione socio-economica fa lievitare le condizioni soggettive di maggiore sofferenza, disagio, depressione e ansia che danno vita a sintomi psicosomatici, i quali hanno ripercussioni negative sull'intero sistema socio-sanitario e sul benessere e sullo stile di vita individuale e collettivo. **È un dato di fatto che il numero di persone affette da disturbi psicologici più o meno gravi sia in aumento e che il da-**

**to più elevato di necessità di supporto psicologico si ha tra i bambini, dai 9 anni in su.** Per questo si rende necessario un intervento dello Stato per l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Lo psicologo di assistenza primaria ha la finalità di sostenere e integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta

## Serve lo Stato

**Una rapida presa in carico del paziente con l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale**

di **LUCIANO CIOCCHETTI**

La proposta di legge A.C. 814, (primo firmatario Luciano Ciocchetti), disciplina l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e si compone di 5 articoli. L'articolo 1 dispone l'istituzione del servizio di psicologia di assistenza primaria. L'articolo 2 definisce i compiti dello psicologo di assistenza primaria. L'articolo 3 disciplina le modalità di organizzazione delle attività degli psicologi di assistenza primaria. L'articolo 4 prevede e disciplina l'istituzione degli elenchi degli psicologi di assistenza primaria. L'articolo 5 detta le disposizioni finanziarie.

nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini, attraverso un'attività volta a cogliere precocemente e a diminuire il peso dei disturbi psicologici della popolazione. Tale attività comprende lo svolgimento di funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, di prevenzione e di promozione della salute nonché di organizzazione e di gestione dell'assistenza psicologica decentrata rispetto ad alcuni tipi di cura. **Si tratta di garantire un'attività vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e alla comunità, che fornisca un primo livello di assistenza psicologica di qualità, accessibile, efficace e a basso costo, assicurando una rapida presa in carico del paziente.** L'attività di psicologia di base nelle cure o assistenza primaria è coordinata nell'ambito della funzione aziendale di psicologia dell'azienda sanitaria locale, comunque denominata, ed attuata in modo da assicurare la migliore sinergia operativa con le attività dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta, con le attività delle Case della comunità e dei presidi distrettuali nonché con il complesso dei servizi sanitari e sociali. Per queste

motivazioni lo psicologo di assistenza primaria è parte integrante della dotazione professionale dei distretti sanitari dell'azienda sanitaria locale da prevedere all'interno delle sue articolazioni organizzative, quali le Case della comunità e le unità complesse di cure primarie, nonché a livello macro, coordinato dalla prevista funzione aziendale di psicologia. A livello di organizzazione in ciascun distretto sanitario verrebbe individuato un coordinatore psicologo con la funzione di organizzare l'attività degli psicologi di assistenza primaria al fine di garantire la massima integrazione con i servizi territoriali, nonché l'omogeneità e l'equità delle prestazioni in tutta l'azienda sanitaria locale. In ciascuna azienda sanitaria locale il responsabile della funzione aziendale di psicologia collabora con i distretti sanitari e con la direzione aziendale per la valutazione e il monitoraggio delle attività, delle proposte di innovazione e della programmazione operativa. In fase transitoria, qualora la funzione aziendale di psicologia non sia ancora stata istituita, le funzioni di cui al primo periodo sarebbero assegnate a un dirigente

psicologo individuato dalla direzione aziendale. Sulla base di accordi sottoscritti tra le aziende sanitarie locali e gli enti locali o altri soggetti le attività di psicologia di assistenza primaria possono essere integrate con altri servizi presenti nel territorio. **Lo psicologo di cure primarie andrebbe ad operare nelle seguenti aree di intervento:** 1) problematiche legate alla mancanza di adattamento a casi di trauma, a fasi di passaggio del ciclo di vita e a disagi emotivi; 2) invio dei pazienti con sofferenza psicologica in atto presso i professionisti specialisti e presso i centri territoriali specializzati; 3) promozione dell'educazione alla salute. In definitiva, per concludere, inserire gli psicologi nell'assistenza primaria, operando negli studi dei medici di famiglia, con i pediatri di libera scelta e nelle case di comunità, così come con i medici specialisti e gli altri professionisti sanitari, per offrire un supporto di prossimità ai cittadini, garantirebbe la rapida presa in carico del paziente, di facile fruizione, efficiente, utile, con un impatto economico moderato e complementare con gli altri servizi sanitari e socio-sanitari.

**Attualmente la normativa statale non disciplina la figura e l'inquadramento contrattuale dello psicologo di base nell'ambito dei rapporti di lavoro dipendente e in quelli di lavoro a convenzione con il Sistema sanitario nazionale.**

La normativa vigente prevede la possibilità della presenza dello psicologo nei modelli organizzativi delle cure primarie, e, più in particolare, nelle forme organizzative multi-professionali, denominate unità complesse di cure primarie e, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, ai sensi dell'articolo 8, lettere b-bis), e b)- quinquies, del D.Lgs n. 502/1992, e del Dm 23 maggio 2022, n. 77, (Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale), che inserisce lo psicologo di cure primarie nella rete di professionisti del territorio operanti nella Casa della comunità.

Negli anni più recenti, in seguito all'insorgenza ed alla rapida diffusione dell'epidemia da Covid-19, sono state adottate una serie di norme emergenziali dirette a potenziare ed agevolare il ricorso all'assistenza psicologica.

**“ LO PSICOLOGO DI ASSISTENZA PRIMARIA È PARTE INTEGRANTE DELLA DOTAZIONE PROFESSIONALE DEI DISTRETTI E DELL'AZIENDA SANITARIE LOCALI ”**

# In ogni distretto

Una sfida a cui non possiamo sottrarci è quella legata al disagio mentale i cui numeri sono in preoccupante crescita nel nostro paese così come in tutto il mondo



di ILENIA MALAVASI

**G**li ultimi anni hanno visto un aumento importante delle situazioni di fragilità, anche a causa di un contesto generale di instabilità e incertezza, che ha profondamente segnato la vita delle persone. Il disagio mentale in Italia, dopo la pandemia e con le attuali tensioni sociali ed

economiche, è in crescita, in particolare nell'adolescenza, con un aumento dei disturbi circa del 30% con la diffusione sempre maggiore di comportamenti autolesivi, di utilizzo di farmaci antidepressivi e antipsicotici, di disturbi alimentari, di dipendenze, di stati di d'ansia e panico. Le stesse richieste, circa 400mila, per il bonus psicologo, con il 65% di under 35, seppure conseguenti ad un'autopsicodiagnosi, sono una testimonianza

tangibile della presenza di un disagio diffuso che non può più essere trascurato. Si tratta di una nuova emergenza, dove la prevalenza dei disturbi mentali sta per superare quella delle patologie cardiovascolari. Depressione e altre patologie psichiche saranno le più diffuse nel mondo già prima del 2030, anno in cui l'Oms aveva stimato il sorpasso. Numeri che valgono in Italia il 4% del prodotto interno lordo tra spese dirette e indirette.

Senza contare la diminuzione dell'aspettativa di vita di 10 anni.

**Una situazione critica che sta determinando una crescita delle richieste di aiuto ai dipartimenti di salute mentale in un quadro dove questi servizi sono stati fortemente colpiti dalla riduzione delle risorse destinate al servizio sanitario nazionale:** mancano oltre 13.000 operatori in Italia rispetto all'ultimo progetto obiettivo Salute Mentale, tra cui 1.400 psi-

chiatri e 12.000 tra psicologi, infermieri, tecnici della riabilitazione psichiatrica, educatori e assistenti sociali. Tutte figure essenziali per una vera e precoce presa in carico territoriale del disagio.

**Il nostro Paese destina alla Salute Mentale un ottavo di quanto spendono Francia e Germania**, un quinto del Regno Unito e molto meno di Spagna e Portogallo e questa assenza di risorse e di politiche ad hoc determina uno squilibrio insostenibile, che emerge dai numeri, tra fabbisogno e offerta.

Questo quadro impone un potenziamento dell'assistenza territoriale come primo e più immediato presidio per le azioni di prevenzione e promozione della salute e per quelle di cura e assistenza. Il Patto per la salute e il Pnrr indicano tra i principali obiettivi quello del potenziamento dell'assistenza territoriale, evidenziando la necessità di un "modello assistenziale orientato alla promozione attiva della salute, anche tramite l'educazione della popolazione ai corretti stili di vita, nonché all'assunzione del bisogno di salute prima dell'insorgere della malattia o prima che essa

si manifesti o si aggravi, anche tramite una gestione attiva della cronicità". La riorganizzazione della medicina del territorio, anche grazie alle case di comunità, può aiutare a sviluppare quella prossimità capace di rinsaldare il rapporto di fiducia medico-paziente, utile per superare quello stigma sociale che chi soffre di disagi mentali paga sulla sua pelle. Per questo, è ormai urgente istituire la figura dello psicologo di base, di cure primarie o di assistenza primaria, comunque lo si voglia denominare, un professionista sanitario "di prossimità" che sia in grado di garantire ai tanti che ne hanno bisogno una figura di riferimento, di prevenzione, di promozione, di ascolto e sostegno psicologico. **La nostra proposta di legge prevede l'istituzione di uno psicologo di base in ogni distretto affinché siano pienamente inseriti nella rete dell'assistenza primaria, operando come avviene per i medici di famiglia, i pediatri di libera scelta e nelle case di comunità.**

Nei giorni scorsi sono terminate le audizioni sulle sette proposte di legge depositate in commissione affari sociali alla Camera;

è necessario concludere al più presto l'iter parlamentare. L'istituzione dello psicologo di base risponde ad un bisogno molto forte e sentito tant'è che alcune Regioni stanno già legiferando in materia: Piemonte, Toscana, Abruzzo, Campania e Puglia, per un totale di 18.647.439 abitanti, hanno già approvato all'unanimità la legge regionale istitutiva dello psicologo di base e la stanno attuando;

psicologica nelle cure primarie: c'è, pertanto, la necessità che lo Stato vari al più presto una misura che omogeneizzi la normativa, generalizzi l'istituzione e soprattutto investa risorse, garantendo uniformità della presa in carico su tutto il territorio nazionale. **Molti studi hanno dimostrato che per ogni euro investito in tutela psicologica si risparmiano di media tre euro in sanità.** Dare una

Secondo l'Axa Mind Health Report 2023, **l'Italia ha la più bassa percentuale di persone che avvertono uno stato di totale benessere mentale: siamo a percentuali inferiori al 20%, siamo, quindi, un Paese in un profondo e diffuso stato di malessere psicologico.** Un intervistato su due si sente felice e fiducioso riguardo al futuro. Le persone più felici si trovano in Messico (64%), Filippine (62%) e Thailandia (61%). Al contrario, questa sensazione è più bassa in Italia (36%), Hong Kong (38%) e Turchia (42%). In Francia il sentimento di felicità è aumentato del 5% rispetto allo scorso anno (44% contro 39%).

Lombardia e Sicilia hanno già approvato la proposta in Commissione consiliare all'unanimità, per un totale di abitanti 14.568.10.

Ne consegue che su 58.851.000 italiani, ben 33.215.544 (fonte Cnop) hanno già una copertura legislativa di assistenza

risposta più appropriata ai bisogni e ai problemi -oltre a garantire l'indispensabile benessere delle persone e delle comunità- produce risparmi effettivi, perché gli interventi risultano più efficaci ed efficienti. Dobbiamo migliorare il sistema di assistenza e cura dei disordini mentali: un primo passo importante sarebbe l'approvazione di questa legge.

**“ LA PREVALENZA DEI DISTURBI MENTALI STA PER SUPERARE QUELLA DELLE PATOLOGIE CARDIOVASCOLARI ”**

# PARALLELISMO

**Immaginiamo una società in cui la salute mentale sia tutelata al pari della salute fisica, in cui l'accesso alle cure dello psicologo sia simile all'accesso alle cure del medico di base**

di **ILARIA CAVO**

**P**sicologo di base. Questo è il titolo, essenziale ed esplicativo, della proposta di legge di Noi Moderati (primo firmatario Maurizio Lupi, sottoscritta da tutto il gruppo) per dare una risposta, concreta e strutturale, alla crescente e diffusa esigenza di supporto psicologico per adulti e adolescenti che non sempre, a causa delle difficoltà economiche, riescono a ricorrere al sostegno di professionisti privati.

Immaginiamo una società in cui la salute mentale sia tutelata al pari della salute fisica, in cui l'accesso alle cure dello psicologo sia simile all'accesso alle cure medico di base (di qui il titolo dato alla legge) ovvero semplice, senza stigma sociale, sostenuto dal sistema sanitario nazionale, previo solo pagamento di un ticket.

Il riferimento e il filtro del sistema, secondo la nostra proposta, è il medico di base, ovvero il medico di riferimento e di elezio-

La proposta di legge A.C. 1034 (primo firmatario Maurizio Lupi), prevede e disciplina l'istituzione della figura professionale dello psicologo di base. Essa si compone di 7 articoli.

**L'articolo 1** sancisce il riconoscimento da parte della Repubblica del diritto all'assistenza psicologica, in attuazione dell'articolo 32 della Costituzione.

**L'articolo 2** disciplina l'istituzione e i compiti della figura professionale dello psicologo di base.

**L'articolo 3** prevede e disciplina l'istituzione, da parte delle Regioni e province autonome, degli elenchi degli psicologi di base.

**L'articolo 4** prevede poi la possibilità di erogazione di prestazioni di assistenza psicologica, da parte degli psicologi di base iscritti negli appositi elenchi, anche attraverso piattaforme informatiche per la telemedicina.

**L'articolo 5** rimette ad un decreto del Ministro della salute la definizione delle modalità di valutazione delle attività di assistenza psicologica prestata ai sensi della legge in esame ai fini dell'attribuzione del punteggio per l'educazione continua in medicina (Ecm).

**L'articolo 6** attribuisce ai servizi competenti del Ssn la verifica, il monitoraggio ed il controllo della qualità dell'assistenza psicologica prestata.

**L'articolo 7** pone la Clausola di invarianza degli oneri finanziari.

ne di ogni cittadino. Sarà lui a stabilire, di fronte a un paziente che esprime disagio e bisogno di un sostegno psicologico, se davvero ha necessità o meno di iniziare un percorso e a prescrivere, nel caso, una visita presso uno psicologo di base inserito nei nuovi elenchi del servizio sanitario nazionale previsti dalla legge.

Saranno le Regioni e le Province autonome a predisporre gli elenchi degli psicologi di base tra coloro che – questa è la nostra proposta – avranno almeno tre anni di iscrizione all'Ordine degli psicologi, chiederanno di poter prestare il servizio e non avranno rapporti di lavoro dipendente con il Servizio sanitario nazionale. Analogamente il meccanismo previsto per i minori: in questo caso sarà il pediatra di libera scelta a prescrivere per il piccolo la visita e il possibile inizio di un percorso presso un neuropsicologo dell'età evolutiva inserito nei nuovi elenchi.

Per questi pazienti, sia che si tratti di adulti, sia che si tratti di giovani o minori (le statistiche confermano come le esigenze stiano aumentando in entrambe le fasce di età) viene previ-

sto solo il pagamento di un ticket. Il resto del servizio rimane a carico del servizio sanitario nazionale proprio per permettere a tutti, soprattutto alle famiglie più fragili (che spesso coincidono con le persone più in difficoltà) di poter avere assistenza.

**Il medico di base o di fiducia o il pediatra rimangono comunque i soli responsabili dell'eventuale prescrizione di farmaci richiesti dallo psicologo di base, non potendo avere questa figura, è bene precisarlo, un ruolo sostitutivo rispetto a quello del medico.**

La scelta di fondo e di semplicità di questa legge sta proprio nel ruolo di fulcro e di filtro che viene lasciato ai medici di medicina generale come figure in grado di intercettare i reali bisogni di individui e famiglie e di permettere al sistema, laddove non di loro competenza, di farvi fronte se necessario. La familiarità e la fiducia con il medico di famiglia potrà essere stimolo e garanzia per superare quella titubanza che spesso blocca, oltre il fattore economico, l'accesso alle cure psicologiche. La presenza dei medici di famiglia sul territorio, abbinata all'istitu-

zione di elenchi adeguati e puntuali, potrà garantire un servizio di psicologi di base molto più diffuso rispetto ad altre proposte che prevedono l'incardimento del servizio psicologico presso distretti sanitari, asl o case di comunità. Si tratta di presidi sicuramente importanti, di ipotesi integrabili con il ruolo degli psicologi di base: ma per dare una risposta reale e puntuale alla crescente e diffusa domanda di cure psicologiche riteniamo che non si possa prescindere dal ruolo dei medici di base, e che sia necessario e imprescindibile replicare lo schema della loro operatività e diffusione, attivando quel parallelismo tra ambulatori dei medici di base e studi degli psicologi di base che permetterà risposte diffuse e capillari sul territorio.

**Nello specifico, la proposta di legge di Noi Moderati prevede che le Regioni e le Province autonome, dopo aver stilato i registri degli psicologi di base, assicurino l'accessibilità indicando il tipo di formazione, i titoli professionali e scientifici e le esperienze dei professionisti.**

Le attività di sostegno e

assistenza psicologica potranno essere erogate anche attraverso piattaforme informatiche per la telemedicina (secondo quanto previsto dall'accordo Stato-Regioni e dalla Missione 6 del Pnrr). Ogni sei mesi gli psicologi di base dovranno presentare una relazione ai competenti uffici del Servizio sanitario nazionale mentre, a livello più generale, è prevista l'istituzione di un organismo indipendente (composto da rappresentanti di regioni, province, comuni, ordine degli psicologi, ordine dei medici e degli odontoiatri, associazioni dei neuropsicologi dell'età evolutiva, ministero della Salute) con le funzioni di osservatorio sui dati relativi all'attività prestata per il monitoraggio del fenomeno e indirettamente dell'applicazione della legge: una legge che riteniamo semplice, concreta, efficace e che siamo disposti a confrontare con le altre proposte, nell'ambito del lavoro avviato nel comitato ristretto della XII Commissione Affari Sociali della Camera dei deputati (a cui il gruppo ha delegato Ilaria Cavo) per arrivare alla sintesi migliore nell'ottica di quello che serve ai cittadini che stanno aspettando risposte nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione e della persona.

**“ IMPRESCINDIBILE REPLICARE LO SCHEMA DELL'OPERATIVITÀ E DIFFUSIONE DEI MEDICI DI BASE ”**

# COVER  
STORY

# Campania apripista

**Il primo Servizio di Psicologia di Base regionale in Italia. Uno storico risultato arrivato al termine di un percorso lungo e complesso**

di ARMANDO COZZUTO

diverse ragioni: una contrattuale, una sulla presunta disparità di trattamento dei cittadini nel momento in cui si istituisce una figura in una regione e non nelle altre ed una in materia concorrente riguardo alle professioni. **Tutte le obiezioni sono state rigettate con la sentenza n.241 del 13 dicembre 2021** con la quale la Corte Costituzionale ha sentenziato che la Legge della Campania: non entra nello specifico della regolamentazione del trattamento economico né si sostituisce alla negoziazione tra le parti; che i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta possono aderire a modelli organizzativi multi-professionali e, in questo caso, il servizio di psicologia di base, che opera presso i distretti del Servizio Sanitario Regionale, non si radica nell'organizzazione interna

dei medici; che la Legge della Campania non va ad istituire un nuovo profilo professionale impiegando, tra l'altro, una figura professionale già esistente e regolamentata dalla Legge 56/1989.

In base alla nostra Lr il Servizio ha la finalità di sostenere ed integrare l'azione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta nell'intercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini campani, interagendo con i Comuni, in forma singola o associata, con gli Ambiti Territoriali competenti per la realizzazione del sistema integrato dei servizi sociali e sociosanitari della Regione Campania. **Il servizio è realizzato da ciascuna Asl a livello dei distretti sanitari di base ed è finalizzato ad intercettare e diminuire il peso crescente dei disturbi psicologici della popolazione**, incluse le problematiche comportamentali ed emotive derivate dalla pandemia da Covid-19, costituendo un filtro sia per i livelli secondari di cure sia per il pronto soccorso. Con tali presupposti lo Psicologo di Base garantisce il benessere psicologico nell'ambito della medicina di base e opera in rapporto con i distretti sanitari e con le loro articolazioni funzionali. La sua azione è vicina alle realtà di vita degli utenti, alle famiglie e

**C**on la Legge Regionale n.35 del 3 agosto 2020, la Campania è stata la prima regione in Italia ad istituire il "Servizio di Psicologia di Base", facendo da apripista per quella che può definirsi una svolta storica per la professione psicologica nel nostro Paese. La Legge voluta dall'Ordine degli Psicologi della Regione Campania prevede che tale Servizio vada a sostenere ed integrare l'azione di medici e pediatri nell'in-

tercettare e rispondere ai bisogni assistenziali di base dei cittadini. Questo storico risultato è arrivato al termine di un percorso lungo e complesso. **In seguito all'approvazione all'unanimità del Consiglio regionale campano, la Legge presentata grazie alla "V Commissione Permanente Sanità e Sicurezza Sociale" è stata poi impugnata dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri.** In estrema sintesi lo Stato si era opposto per

alla comunità, fornendo un primo livello di assistenza psicologica di qualità, accessibile, efficace, cost-effective.

Per tali premesse, in sintonia con le funzioni di cui alla Legge 18 febbraio 1989, n. 56 (Ordinamento della professione di psicologo) a lui competono, in accordo con i servizi distrettuali competenti, funzioni di riduzione del rischio di disagio psichico, prevenzione e promozione della salute. Nel farlo, lo Psicologo di Base opera prioritariamente sulle seguenti aree: problematiche legate all'adattamento (lutti, perdita del lavoro, separazioni, malattia cronica); sintomatologia ansioso-depressiva; problematiche legate a fasi del ciclo di vita; disagi emotivi transitori ed eventi stressanti; sostegno psicologico alla diagnosi infausta e alla cronicità o recidività di malattia; scarsa aderenza alla cura; richiesta impropria di prestazioni sanitarie; problematiche psicosomatiche; supporto al team dei professionisti sanitari.

**Attualmente il Servizio è a regime con 146 gli Psicologi di Base, due per ogni distretto sanitario come previsto dalla Lr.**

L'Osservatorio sta intanto lavorando alla formazione interna dei "primi" psicologi di base e sta predisponendo il programma formativo che consentirà di ottenere l'attestato di abilitazione rilasciato dalla Regione Campania a seguito della



frequenza e superamento dell'esame finale di uno specifico corso semestrale, regolamentato dalla Giunta regionale, sul tema dello Psicologo di Base e sulle cure primarie.

Lo stesso Ministro della Salute, Orazio Schillaci, nel corso di un Question time alla Camera, dietro richiesta di alcuni parlamentari, aveva già dichiarato l'intenzione a procedere per avere una Legge nazionale proprio in seguito alla nostra vittoria in Corte Costituzionale.

Ci sono inoltre **importanti novità sul finanziamento**

## Psicologi a scuola

**Il Consiglio regionale della Campania, lo scorso luglio, ha approvato il testo di legge che prevede l'avvio del servizio di psicologia scolastica.** La finalità è quella di favorire l'attivazione di un supporto psicologico nell'ambito del contesto scolastico. Il testo, elaborato di accordo con l'Ordine degli Psicologi della Campania, mediante l'introduzione del Servizio di psicologia scolastica, si propone di porre in essere tutte le misure di intervento necessarie a garantire il potenziamento delle attività di inclusione degli alunni con disabilità, disturbi specifici di apprendimento ed altri bisogni educativi speciali, di sostenere i processi di salute psicologica e prevenzione dei fenomeni collegati a bullismo e cyberbullismo, di contrastare la povertà educativa e la dispersione scolastica, di prevenire episodi di violenza e maltrattamento. La Regione si pone, ancora una volta, tra le prime in Italia a garanzia del diritto alla salute psicologica dei cittadini.

**Una Legge non si fa in un giorno e se la nostra è giunta a destinazione è solo perché dietro c'è stato un lavoro congiunto di ben tre anni,** possibile anche grazie ad un ordine professionale rivisto dalle fondamenta, dai regolamenti di gestione alla riorganizzazione degli uffici, dalla creazione di specifiche Commissioni e Tavoli Tecnici fino alla ricerca di specifici consulenti a supporto delle attività in essere e di quelle da portare avanti.

Se è dunque vero, come qualcuno ha detto, che "la forma libera il processo", possiamo dire che in Campania stiamo facendo la nostra parte per dare forma e futuro alla nostra professione, facendo da apripista per quella che può e deve definirsi una svolta storica per la professione psicologica nel nostro Paese.

**“STIAMO FACENDO LA NOSTRA PARTE PER DARE FORMA E FUTURO ALLA NOSTRA PROFESSIONE”**

**U**na giornata così anche quando dalla fucina pensante di Carlo Favaretti uscì la Carta di Trento, lo fu quando un gruppetto di più o meno diversamente giovani (ma comunque molto più giovani di oggi) caratterizzati dall'essere ognuno qualcosa di diverso, multidisciplinari diremmo oggi, si presentarono, in una fredda mattina di gennaio (2007), guidati ancora da Carlo Favaretti, nelle stanze del Notaio per

fondare una nuova società scientifica italiana, di area medica, con il nome mezzo in inglese, senza una disciplina specifica di riferimento, in una nazione tutt'altro affaccendata che a parlare di decisione informata, governance basata sulle prove di evidenza, accountability e tutte quelle cose che stavamo imparando in quegli anni, per un certo verso eroici.

**Abbiamo sentito storica, la giornata del 15 novembre scorso che, in una affollata**

**aula conferenze del Ministero della Salute è stato presentato il programma nazionale di Hta, sancito da un Decreto Ministeriale, discendente da un accordo Stato Regioni e Province**

Il 15 novembre scorso, presente il ministro della Salute Orazio Schillaci, Marco Marchetti Dirigente Uos Hta di Agenas ha illustrato il Programma Nazionale Hta - Dispositivi Medici, (Pnhta 2023-2025). Il programma è stato progettato per essere allineato e integrato con le disposizioni del Regolamento (Ue) 2021/2282 sulla valutazione delle tecnologie sanitarie (Htar) entrato in vigore l'11/1/22 e si applicherà dal 12/1/25. Il Programma mira a promuovere una proficua collaborazione tra il Ministero della Salute, l'Agenas, le Regioni e le Province Autonome italiane, al fine di sviluppare strumenti per una più ampia ed efficace governance dei dispositivi medici.

Riguarda il Convegno



# Cronaca di una giornata non annunciata

di GIANDOMENICO NOLLO

**In un'affollata aula conferenze del Ministero della Salute, il 15 novembre scorso, è stato presentato il programma nazionale di Hta.**

**Ci sono giornate che nascono così, un po' in sordina per poi rivelarsi storiche**

autonome e supportato da una dote finanziaria solida.

Decreto che rende, dopo una ventina d'anni di lavoro più o meno sommerso, con mareggiate e ritiro delle acque e poi ancora acqua e acqua a coprire, l'Hta in Italia una terra emersa. Terra emersa che oggi dobbiamo far vivere e rendere prosperosa.

Nell'entusiasmo generale della giornata, il Presidente emerito di Sihta, ci richiama a non abbassare la guardia, anzi ad essere ancora più vigili. Parafrasando un'importante parabola dal Vangelo secondo Matteo, ci ha di fatto richiamato a non essere vergini stolte...*"giunge lo sposo: le vergini pronte entrano alle nozze e la porta viene chiusa. Le stolte, a motivo della loro negligenza, hanno perso un'occasione che non si ripeterà più."* L'entusiasmo verso queste nozze tanto attese quanto, per certi versi insperate, non ci deve infatti distrarre dal nostro ruolo di cultori della materia e portatori della necessaria luce per illuminare il cammino dei novelli sposi. Il rischio è che l'attuale passione per il tema trasformi le parole, ne cambi il ruolo, ne annacqui il significato, consumi tutto l'olio insomma. Un'altra occasione non si ripeterà più, dice Matteo, e anche nel nostro caso, questo passaggio è tanto impor-

## Che cos'è il PNHTA 2023-2025?

Il **Programma Nazionale di Health Technology Assessment** dei dispositivi medici riferito al triennio 2023-2025\* è uno strumento di programmazione adottato a livello nazionale rivolto alla valutazione critica e all'introduzione delle tecnologie sanitarie nel contesto del SSN.

\*D.Lgs 5 agosto 2022 n. 137 Art. 22 (G.U. 13/09/2022 n. 214) e D.Lgs 5 agosto 2022 n. 138 Art. 18 (G.U. 13/09/2022 n. 214).  
Decreto del Ministro della Salute 9 giugno 2023, recante "Adozione del Programma nazionale HTA" (G.U. 05/09/2023 n.207).



### OBIETTIVI PRINCIPALI

- Produzione di documenti di valutazione Hta
- Trasferimento e implementazione dei risultati dei documenti di valutazione Hta nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

### FINALITÀ

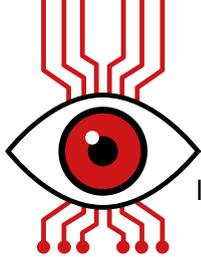
Garantire che le risorse sanitarie siano allocate in modo efficace ed efficiente, promuovendo l'accesso equo alle tecnologie sanitarie e migliorando la qualità delle cure fornite ai pazienti.

## UN'OCCASIONE GHIOTTA PER PORTARE TECNOLOGIA APPROPRIATA AL MOMENTO GIUSTO NEL POSTO GIUSTO

tante quanto delicato con il rischio che, se alle attese non faremo corrispondere i fatti, il tutto venga messo da parte e mai più utilizzato. Restando nel tema della parabola, ogni matrimonio porta speranze ed eccitazione, ma nella nuova casa ci sono anche stanze non illuminate, alcune probabilmente tutte da arredare e forse anche da intonacare. **Il programma nazionale Hta, la sua sinergia col programma europeo, con l'impegno delle imprese verso questo strumento di governo dell'innovazione, è un'occasione ghiotta per portare tecnologia appropriata al momento giusto nel posto giusto, per dare una scossa all'e-**

**sangue Ssn.** Per farlo però servono competenze, per sviluppare le valutazioni e cultura diffusa, per una accettazione del metodo di decisione, senza esitazioni e senza eccezioni. Serve ricerca, per innovare la tecnologia Hta e adeguarla ai mutamenti tecnologici in atto; e ancora ricerca, per raccogliere prove di efficacia e di costo-efficacia non solo sulla singola tecnologia ma anche sui percorsi che la impiegano. Servono competenze per costruire questi percorsi. Ci sono quindi molte stanze da esplorare, aprire e rendere abitabili. Uno dei temi, sollevati da più relatori, è ad esempio i tempi di esecuzione. **La tempe-**

**stività della valutazione è evidentemente un tema di assoluta rilevanza nella Hta dei Dispositivi Medici,** caratterizzati da una veloce obsolescenza e continua evoluzione. Ulteriore aspetto da non trascurare è la capacità di premialità del sistema verso l'innovazione riconosciuta e raccomandata dal processo Hta. È questo un aspetto determinante per affermare il ruolo dell'Hta come processo virtuoso di sostegno dell'innovazione e non di contrazione della spesa. C'è quindi molto lavoro da fare a tutti i livelli, ma per ora concediamoci un brindisi di augurio per il futuro e di riconoscimento del lavoro fatto. Un grazie quindi a quanti per primi hanno tracciato la strada e un altrettanto caloroso grazie a chi è riuscito con impegno e pazienza a tessere la tela per questa giornata storica.



# Davanti a noi sfide complesse

**Con Giorgio Metta, direttore scientifico dell'Istituto italiano di Tecnologia (Iit) ragioniamo di innovazione, nuove tecnologie e Intelligenza Artificiale per saggiarne l'impatto sul prossimo futuro e valutare lo stato di salute della ricerca nel nostro Paese**

di MARIA GIULIA MAZZONI

**B**isognerà essere lungimiranti e pensare già adesso alle manovre che dovranno essere fatte dal 2027 in avanti". È quanto sostiene Giorgio Metta, direttore scientifico dell'Istituto italiano di Tecnologia (Iit) perché un aspetto trascurato riguarda il post Pnrr e il conseguente rischio "di dover interrompere a metà alcune ricerche perché non ci sono più risorse per finanziarle".

**L'Istituto Italiano di Tecnologia ha lanciato un bando da 12 milioni, finanziato dal Pnrr nell'ambito**

**del progetto Raise. Partiamo da qui.**

Raise è un Ecosistema formato da Iit, Cnr, Unige e Regione Liguria per sostenere lo sviluppo di innovazione nei domini dell'AI e della robotica. Il bando da 12 milioni di Iit si colloca nelle attività

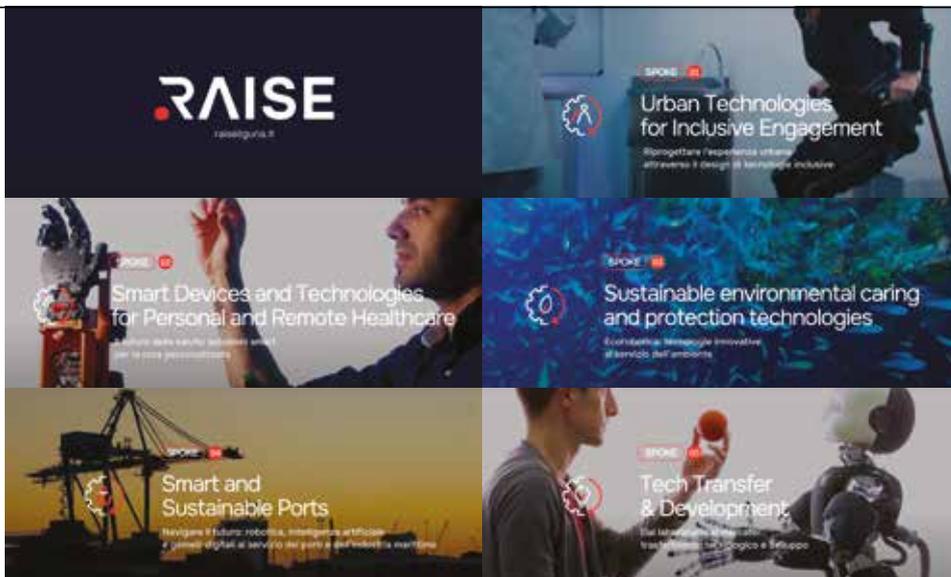
di trasferimento tecnologico gestite dallo Spoke 5 per tutto l'Ecosistema. In linea con Raise, l'obiettivo del bando è quello di stimolare l'innovazione in Liguria e nel Mezzogiorno per produrre una sinergia territoriale attraverso il finanziamento di progetti altamente tecnologici. In particolare, saranno finanziati i progetti che fanno riferimento alle aree tematiche relative ai 4 Spoke: sostenibilità ambientale e sociale, urbanizzazione inclusiva, salute e innovazione portuale.

**Robotica e Ai sono aspetti, mi passi la semplificazione, 'mainstream' del ben più vasto ambito di una tecno-**

**CHI È GIORGIO METTA**

**A partire da settembre 2019 è il Direttore Scientifico dell'Istituto Italiano di Tecnologia.** Robotico di fama internazionale ed esperto di intelligenza artificiale, dopo aver conseguito la laurea in Ingegneria elettronica e il Dottorato in robotica all'Università di Genova, Metta è stato ricercatore post-doc presso il prestigioso AI Lab del Massachusetts Institute of Technology (Mit) a Cambridge, Ma (Usa) dove ha lavorato con Rodney Brooks. In seguito, è stato ricercatore all'Università di Genova, ha ricoperto la carica di professore all'Università di Plymouth (UK) e, come ricercatore senior di Iit, nel 2004, ha lanciato e coordinato insieme a Giulio Sandini e David Vernon, il progetto europeo RobotCub, che ha dato vita al robot umanoide iCub.





RAISE è organizzato secondo il sistema di governance Hub & Spoke e si articola in 5 aree di intervento su singole tematiche, dedicate allo sviluppo di tecnologie innovative in aree strategiche per il territorio (città - salute - ambiente - portualità)

cupazione è giustificabile e condivisibile. Non bisogna però considerare l’Ai come depotenziamento dell’essere umano, al contrario, potrebbe essere un mezzo con il quale ampliare le proprie capacità. Dato che si andrà incontro a una importante rivoluzione, è fondamentale che al fianco della ricerca siano presenti esperti che studino anche gli aspetti legali ed etici per creare delle leggi ad hoc. Inoltre, è essenziale che media e tecnici del settore sensibilizzino la società sull’argomento per spiegare le applicazioni e le potenzialità. Davanti a noi abbiamo sfide complesse: cambiamento climatico, crisi demografica, inquinamento, tutti questi temi devono essere affrontati sfruttando le potenzialità dell’intelligenza artificiale.

**lit lavora su tanti progetti tutti estremamente affascinanti. Quale il campo di ricerca su cui state lavorando che lei oggi ritiene più sfidante?**

Ci stiamo concentrando



**logia che davvero sta rivoluzionando la nostra vita e in particolare il comparto medicale. Le faccio subito una domanda “scomoda”: al di là dei campi, appunto, mediaticamente più spendibili, in Italia si investe abbastanza in innovazione?**

In generale, la ricerca in Italia è di buon livello. Tuttavia, è presente un problema al momento del trasferimento tecnologico, fase che permetterebbe alla ricerca di trasformarsi in vera e propria innovazione. Una delle possibili ragioni è che in Italia non c’è la cultura di investire in progetti rischiosi, al contrario di altri Paesi come gli Stati Uniti. lit è la dimostrazione che si può fare ricerca mirata all’innovazione: abbiamo 173 collaborazioni attive con il comparto industriale e un portafoglio brevetti che conta 404 invenzioni. Nel 2022, per ogni euro investito dallo stato, lit è riuscito a guadagnare altri 50 centesimi grazie a progetti

competitivi e finanziamenti derivati da collaborazioni.

**Quali i campi di ricerca più promettenti in ambito medico?**

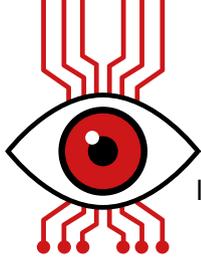
Un campo molto promettente è lo sviluppo dei farmaci, settore che ha subito una rapida evoluzione negli ultimi anni. Infatti, l’utilizzo dell’intelligenza artificiale ha accelerato di molto la scoperta di nuove molecole. Un buon esempio è lama Therapeutics, startup nata proprio da lit e che sta progettando farmaci per trattare disturbi legati al sistema nervoso, come l’autismo. Un altro campo interessante è quello della robotica assistenziale. È stimato che nel 2050 la percentuale di over 65 arriverà a quasi il 35%, contro il circa 23% del 2021. Di conseguenza, aumenteranno

tutta una serie di malattie legate all’anzianità e ci sarà quindi bisogno di un gran numero di infermieri e caregiver. Un aiuto potrebbe essere fornito da robot costruiti e addestrati per assistere questa fascia di popolazione, sia negli ospedali che nelle proprie case.

**Sanità e Ai. Indubbiamente un potenziale enorme che tuttavia spaventa (molti) proprio per le possibili future applicazioni. Le chiedo se secondo lei c’è del vero nei timori espressi e quali potrebbero essere le eventuali contromisure?**

Uno dei più grandi timori quando si parla di intelligenza artificiale è la paura di essere sostituiti da una macchina. Considerando che l’Ai sta divenendo sempre più pervasiva nella nostra società, questa preoccupazione

**“ LA ROBOTICA È SETTORE IN CUI IL NOSTRO PAESE HA FATTO SCUOLA NEL MONDO ”**



molto sullo studio dell'Rna non codificante, quindi quella porzione non associata alla sintesi delle proteine. Negli ultimi anni si sta riconoscendo sempre più l'importanza di questo tipo di molecola il cui studio, però, è piuttosto complesso. Viene infatti richiesto un approccio multidisciplinare che unisca biologica, chimica, informatica e altri campi. Proprio per questo, all'interno di lit abbiamo creato l'Rna initiative, progetto che riunisce al suo interno 18 laboratori lit con competenze molto diverse tra loro.

### **E quale invece quello su cui, a suo avviso, dovremmo concentrare maggiormente gli sforzi per produrre innovazione di qualità?**

Proprio per la sua importanza, sarebbe bene concentrarsi sul campo dell'intelligenza artificiale. In questo momento siamo in competizione con colossi come Google, Amazon e Microsoft. Per l'Italia è molto difficile restare al passo senza il sostegno di grosse aziende tecnologiche. Nonostante la mancanza di queste strutture e il fatto che gli investimenti siano più bassi di altri Paesi, possiamo comunque vantarcidi avere un buon livello in questo campo. Il nuovo Piano Strategico di lit avrà come motto "AI first" perché utilizzerà l'intelligenza artificiale in maniera trasversale

a tutte le linee di ricerca. Il nostro obiettivo è utilizzare questo potente mezzo per affrontare le grandi sfide della nostra epoca: "Healthcare" e "Earthcare", ossia la salute dell'essere umano e del nostro pianeta.

### **La formazione di alto livello e la ricerca sono due punti cruciali la cui importanza è sottolineata da molti. Quale a suo giudizio la situazione italiana? Se ne fa abbastanza (o si potrebbe investire di più)?**

La ricerca italiana, come detto precedentemente, gode di buona salute nonostante l'Italia sia uno dei Paesi europei che investe meno in questo settore. Ciò rende la ricerca nostrana estremamente efficiente. Esempio canonico è la robotica, settore in cui il nostro Paese ha fatto scuola nel mondo. Tuttavia, per risultare più competitivi e attirare più menti dall'Estero sarebbe importante finanziare ulteriormente gli istituti di ricerca. Un buon inizio potrebbe essere aumentare la percentuale di Pil spesa in questo settore poi, ovviamente, le risorse andrebbero investite nel modo giusto, potenziando le infrastrutture in modo da attrarre talenti da tutto



Sorgerà sulla collina degli Erzelli, nel ponente di Genova, l'ospedale computazionale. Un centro in cui avverrà il trasferimento sulla clinica dei risultati della ricerca generati dall'impiego del calcolo computazionale ai modelli biologici ed ai programmi di gestione delle tecnologie robotiche d'impiego biomedico nonché al loro sviluppo. Il nuovo ospedale sarà un Irccs (Istituto di ricerca e cura a carattere scientifico), il primo in Italia a vocazione tecnologica.

il mondo e investimenti, innescando un meccanismo di ricerca e trasferimento tecnologico in grado di creare una massa critica che possa portare il nostro Paese ad essere sempre più competitivo.

### **Il Pnrr ha l'ambizione di digitalizzare il Paese. Le chiedo un giudizio sull'impianto e se secondo lei è stato trascurato qualche aspetto che avrebbe potuto essere finanziato meglio?**

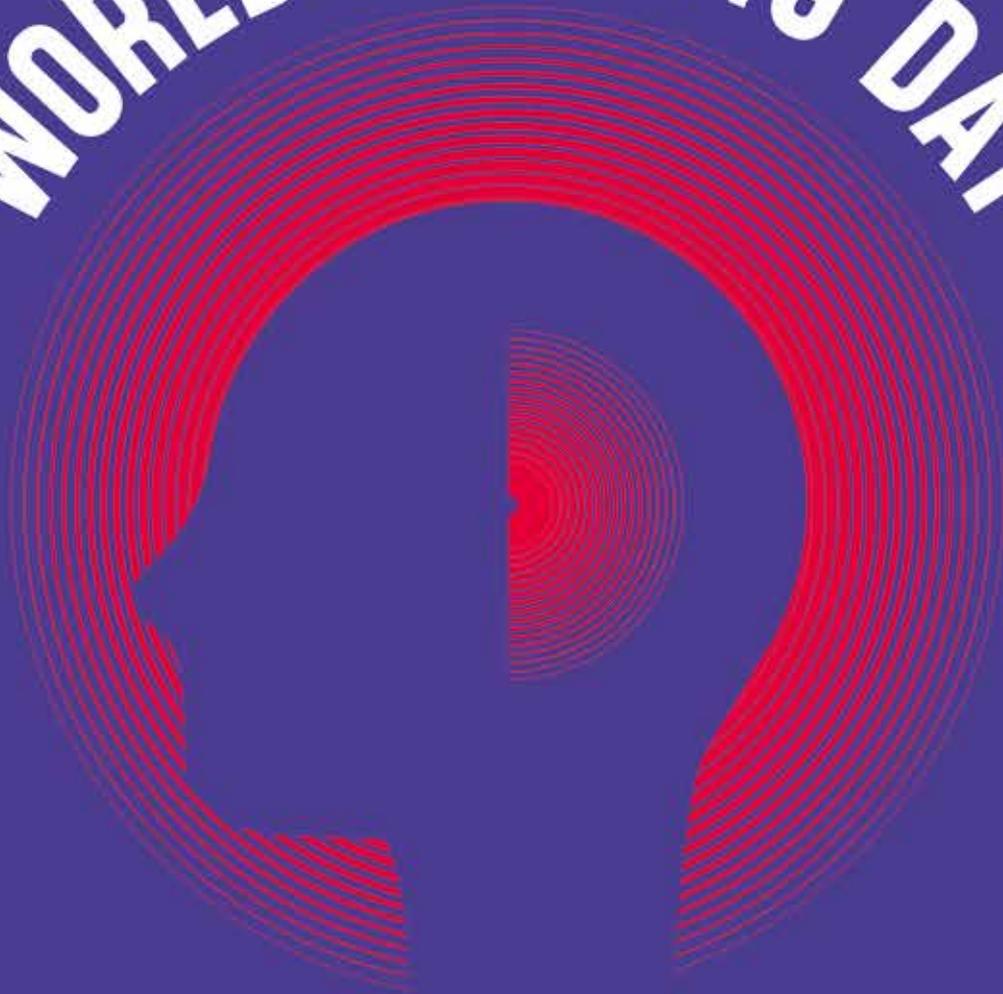
Il Pnrr è una magnifica occasione per rilanciare la ricerca del nostro Paese. lit è coinvolto in oltre una decina di progetti che prevedono circa 120 milioni di euro di finanziamenti. Uno dei più interessanti è la costruzione dell'Ospedale computazionale di Genova, un progetto bandiera della regione Liguria che

prenderà forma nei prossimi anni. Qui, i ricercatori lavoreranno al fianco dei medici per portare innovazione all'interno del campo clinico. Verrà dato ampio spazio all'approccio computazionale per studiare le neuroscienze, in particolare la neurodegenerazione legata all'invecchiamento. Un altro focus sarà la robotica che potrebbe essere utilizzata, tra le altre cose, per avere dei dispositivi all'avanguardia nella riabilitazione post traumatica. Forse, un aspetto che sta venendo trascurato riguarda il post Pnrr: tutti i progetti sono della durata di 3-4 anni, ma i tempi della ricerca sono mediamente più lunghi. C'è quindi il rischio di dover interrompere a metà alcune ricerche perché non ci sono più risorse per finanziarle. Per non farci trovare impreparati, bisognerà essere lungimiranti e pensare già adesso alle manovre che dovranno essere fatte dal 2027 in avanti.

## **“ UN ASPETTO CHE STA VENENDO TRASCURATO RIGUARDA IL POST PNRR ”**



# WORLD HEARING DAY



## CHANGING MINDSETS

Let's make ear and hearing care  
a reality for all!

Changing mindsets is crucial for improving access and  
reducing the cost of unaddressed hearing loss

03 March 2024 [#WorldHearingDay](#)



# Management e leadership **non** sono sinonimi

**La classe dirigente deve essere consapevole della peculiarità del senso da attribuire ad una Azienda sanitaria, diverso da quello valevole per un'impresa. Per un'azienda sanitaria la sua ragion d'essere non coincide con la finalità economica**

di TIZIANO CARRADORI

**L**e critiche verso le organizzazioni sanitarie sono diffuse, accomunano utenti e professionisti. E questo nonostante la Sanità abbia registrato importanti successi nel contrastare le malattie e ridurre le loro conseguenze. Assicurare un adeguato funzionamento della Sanità costa caro e la volontà di rendere disponibili le risorse necessarie è sempre più ridotta. Ciò va ad aggravare quelle disegua-

glianze (sociali, territoriali e culturali) che in oltre quarant'anni di Ssn non siamo riusciti a ridurre in modo significativo. Se dunque la "sostenibilità" del Sistema Sanitario è un tema non aggirabile, le ragioni che rendono questo tema non ulteriormente rinviabile e che richiedono un esplicito e concreto commitment politico non si esauriscono nella sola dimensione economico-finanziaria. Un tale approccio infatti, è il primo ostacolo alla realizzazione dei cambiamenti (nel finanziamento, nell'organizzazione dei servizi, nella programmazione e nella

regolazione delle professioni) necessari per massimizzare la sostenibilità del Ssn e finisce per essere un pretesto per raccomandare l'aumento del finanziamento privato.

Sono pertanto **necessarie scelte che non possono che fare riferimento a giudizi di valore** (solidarietà, equità, giustizia sociale, libertà), che non possono essere evitati con gli argomenti dell'efficienza e della sostenibilità finanziaria. Condizioni che richiedono **l'abbandono di un approccio contingente e reattivo** che genera risposte guidate da ciò che domina la scena

politica del momento, spesso incoerenti e strumentali ad altri non dichiarati fini, piuttosto che dalla prospettiva dei cambiamenti necessari a migliorare la sostenibilità del Ssn. C'è sostanziale **consenso sui presupposti da soddisfare per rendere massima la sostenibilità del sistema.**

- una **buona governance**, inclusiva e capace di garantire una selezione competitiva delle priorità;
- un **paradigma** di riferimento per l'organizzazione dei servizi di tipo bio-psico-sociale e non più esclusivamente biomedico;
- la capacità di **conciliare tutte le fasi** degli interventi dei servizi (promozione- prevenzione, cura, riabilitazione) centrandoli sulla persona;
- l'adozione di un **approccio proattivo** sviluppando le cure e l'assistenza primaria;
- la **qualità** e la sicurezza delle cure;
- la **massimizzazione del valore** e la minimizzazione degli sprechi.

Vi è la necessità, resa ancor più evidente dalla recente pandemia, di **considerare il valore economico della salute** attraverso il costo diretto, indiretto e intangibile della non salute. Le risorse sono scarse e "contese" e, di conseguenza va assicurato il massimo valore possibile al loro impiego.

**Un valore che va considerato sotto diverse angolazioni:**

- **Valore allocativo:** assegnare le risorse a interventi/gruppi che massimizzano il valore per la popolazione
- **Valore tecnico:** assicurare che le risorse siano utilizzate in modo efficiente ed efficace, riducendo al minimo gli sprechi e i danni evitabili nel fornire assistenza.
- **Valore per il destinatario:** garantire che le decisioni siano basate sulle cose che contano per il singolo paziente.

Non è infrequente sentire dire che il problema della Sanità sta nella sua gestione e in chi la pratica. Tuttavia, **la sanità non può funzionare senza gestione. Ma può e deve funzionare rinunciando ad una gestione lontana dal contesto operativo**, impegnata in riorganizzazioni continue, che propone una leadership eroica, che assimila la gestione di un'Azienda sanitaria a quella di una impresa, promuovendone la concorrenza e la esternalizzazione a prescindere. Se è vero che **la sanità** non ha bisogno di clinici competenti ma egoisti è ancor più vero che **non ha bisogno di manager tecnocrati, distaccati e disimpegnati nei**

**LA ROMAGNA IN CAMPO PER LA FORMAZIONE DEI MANAGER DELLA SANITÀ DEL FUTURO.** È partito a settembre il Corso di formazione manageriale per Direttori Generali delle Aziende sanitarie locali, delle Aziende ospedaliere e degli altri Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Il Corso, primo nel suo genere realizzato in Romagna, attivato dalla Regione Emilia Romagna, è organizzato dall'Azienda Usl della Romagna e dall'Unità Operativa di Ser.In.Ar Creas (Centro di Ricerche e Studi nell'Ambito dei Sistemi Sanitari) in collaborazione con l'Università di Bologna. L'obiettivo del percorso formativo, che si chiuderà a febbraio 2024, è formare i futuri dirigenti e manager del Servizio Sanitario Nazionale, anche grazie alla presenza di qualificati docenti di fama nazionale e internazionale, dalla comprovata esperienza teorica e pratica in materia di sanità pubblica, sugli aspetti legati all'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.

**confronti delle organizzazioni che pro tempore sono chiamati a dirigere, e degli uomini che le popolano.** Di persone che detengono l'autorità, che decidono dall'alto e non subiscono le conseguenze delle loro decisioni.

Per questo, sostenere con determinazione e impegno la sfida della sostenibilità della sanità pubblica richiede la disponibilità di una adeguata classe dirigente che sappia ridefinire la gestione come impegno/dedizione civico e culturale piuttosto che come esclusiva tecnocrazia.

È quindi anche necessario **rimettere in discussione i metodi convenzionali di formazione dei manager**, relativizzando l'approccio analitico nella consapevolezza che la loro attività in gran parte sarà praticata in modo artigianale, frutto dell'esperienza e del "fiuto" che essa consente di acquisire (phronesis, metis) oltre

che della conoscenza. Sottolineare e comprendere le differenze (orientamento strategico, risultati, relazione con l'ambiente,



organizzazione del lavoro) che contraddistinguono l'azienda sanitaria rispetto ad una impresa.

Diffondere la consapevolezza del fatto che management e leadership non sono sinonimi. Gli scopi sono diversi (efficacia ed efficienza nel management, adesione e convergenza nella leadership) così come gli strumenti (programmazione,

organizzazione e controllo nel management, comunicazione, comportamenti e simboli nella leadership). Se nel management la fonte del potere sta nella posizione (legittimazione formale che conferisce autorità), nella leadership la fonte è nella capacità di influenzare (autorevolezza e legittimazione sostanziale). **Occorre sviluppare un senso condiviso di innovazione che possa guidare una leadership trasformativa.** Consapevoli che ciò

richiede rigore scientifico e coerenza delle azioni che condizionano l'ingresso e la diffusione e capacità di orientare l'uso verso target appropriati in condizioni di efficienza strutturale ed organizzativa. Ma anche che l'innovazione riuscita è condizionata da importanti fattori organizzativi che riguardano i modi di gestione, l'organizzazione del lavoro, la valorizzazione delle persone.

**“ NELLA LEADERSHIP LA FONTE DEL POTERE È NELLA CAPACITÀ DI INFLUENZARE E NON NELLA POSIZIONE ”**

# PROPOSTE per la governance che verrà

L'aumento costante dei costi legati ai Dispositivi Medici, spesso determinato dalla loro innovazione, crea sempre maggiori difficoltà nel perseguire la sostenibilità economica dei sistemi sanitari e l'accesso universale all'assistenza

di PIETRO DERRICO

Il tema della governance italiana dei Dispositivi Medici (Dm: dalla sperimentazione clinica alla promozione dell'innovazione tecnologica, dalla valutazione dei prodotti ai sistemi di acquisizione, dal monitoraggio del mercato ai risultati di salute per i pazienti fino alla verifica della sostenibilità del Ssn) si scontra inevitabilmente con il problema della spesa sanitaria.

Sebbene i Dm svolgano un ruolo essenziale e insostituibile nella diagnosi, nel trattamento delle patolo-

gie e nella gestione delle condizioni di salute, l'aumento costante dei costi legati a questi prodotti, spesso determinato, in maniera collaterale, dalla loro innovazione, crea sempre maggiori difficoltà nel perseguire la sostenibilità economica dei sistemi sanitari e l'accesso universale all'assistenza. D'altra parte, il problema della spesa sanitaria è alimentato senza dubbio da fattori quali l'invecchiamento della popolazione e l'aumento della cronicizzazione di molte patologie

con conseguente maggiore richiesta di assistenza sanitaria e di quegli strumenti tecnologici sempre più sofisticati e costosi.

Nella consapevolezza che la sostenibilità del sistema deve essere un obiettivo imprescindibile per tutti gli stakeholder, alcuni tentativi e provvedimenti volti alla realizzazione di una riduzione della spesa sanitaria sono stati intrapresi in Italia: dalla ormai ventennale centralizzazione degli acquisti (a livello nazionale e regionale) alla successiva definizione dei tetti di spesa, prima sui farmaci e successivamente sui dispositivi medici, entrambi pressoché totalmente disattesi (a conferma di tale sostanziale inefficacia dell'imposizione di tetti di spesa, venivano successivamente e separatamente emanati dei provvedimenti che istituivano, per entrambi i settori, il meccanismo di *payback*).

L'importanza del settore dei dispositivi medici non riguarda solo l'aspetto clinico o economico, ma anche il progresso tecnologico e scientifico e la peculiarità della filiera industriale (brevetti, materie prime, normativa, progetto, prodotto: installazione, manutenzione, sicurezza, obsolescenza). **Le aziende**



## Esperienze di governance dei Dm in Europa

di ILARIA CRISTIANO

**Sull'importanza dell'accuratezza della programmazione nonché sui meccanismi di definizione dei limiti di spesa, insegnamenti rilevanti, a cui l'Italia potrebbe ispirarsi, derivano da Paesi europei quali Francia e Germania che, seppur con sistemi sanitari (cfr Mutue e Assicurazioni) molto diversi dall'Italia (cfr sistema pubblico universalistico), sembrano conseguire risultati migliori in termini di controllo della spesa e rapidità di introduzione dei Dm nei percorsi di cura a beneficio dei pazienti.**

**S**i pensi ad esempio allo Stato francese nel quale ogni anno il Parlamento fissa un obiettivo (tetto) di spesa sanitaria annuale denominato *Ondam* (Obiettivo national de dépenses d'assurance maladie), che presenta target distinti per i diversi settori sanitari (ambulatoriale, cure ospedaliere e a lungo termine) e obiettivi separati per l'assistenza ospedaliera pubblica e privata. Oltre alla determinazione di tale tetto, risultano interessanti le misure adottate atte a scongiurare il rischio di superamento dell'*Ondam*. A tal proposito, in Francia nel 2004 (poco dopo la nascita dell'*Ondam* del 1997) è stato istituito un Comitato di allerta parlamentare con il compito di monitorare la spesa dell'assicurazione sanitaria (fino a quel momento sempre superiore al limite fissato), di allertare il Parlamento qualora il limite imposto dell'*Ondam* rischi di essere superato e presentare piani finanziari di recupero in caso di superamento. Inoltre, le strutture sanitarie vengono rimborsate non solo sulla base del numero delle attività erogate ma anche sul prezzo associato. Queste tariffe sono fissate all'inizio dell'anno in modo che i rimborsi richiesti dagli ospedali all'assicurazione sanitaria siano coerenti con l'obiettivo fissato dall'*Ondam* (tenendo conto delle previsioni di crescita della loro attività). Inoltre, tra le misure adottate esistono alcuni pagamenti di fondi alle strutture sanitarie pubbliche che sono indipendenti dalla loro attività e hanno la natura di stanziamenti di bilancio (per il finanziamento di missioni di interesse generale come la ricerca, ad esempio). Una parte di questi stanziamenti viene "messa in riserva" all'inizio dell'anno e viene versata agli ospedali solo alla fine dell'anno se il tetto di spesa imposto dall'*Ondam* sembra poter essere rispettato. Grazie all'adozione di misure come quelle sopra descritte a partire 2010 il tetto di spesa

imposto dall'*Ondam* non è stato mai superato (il periodo di crisi sanitaria del 2020 e del 2021 ha interrotto questa tendenza, poiché la spesa sanitaria è stata fortemente mobilitata per far fronte alla pandemia di Covid-19). Quanto alla promozione dell'innovazione tecnologica in sanità vale la pena citare il caso tedesco, che dedica ai Dm innovativi (e presumibilmente più costosi) cinque percorsi "codificati"; l'aggiornamento delle tariffe Drg, comunicato annualmente e basato sui dati dei due anni precedenti, la richiesta di procedura Nub (adeguamento tariffario temporaneo prima di eventualmente essere integrato in un Drg), la procedura Ze (tariffa supplementare, che viene concordata direttamente tra ospedali e casse dei malati), la richiesta di un nuovo codice Ops (per la definizione di una procedura nuova rispetto a quelle standard) e la riserva di proibizione (introduzione e rimborso di un Dm senza la necessità di una valutazione preventiva purché i nuovi Dm non violino i principi fondamentali di qualità ed economicità). Spesso, per le tecnologie oggetto di richieste Nub, Ze Ops o di aggiornamento del G-Drg (Drg tedesco) si elaborano report di Hta, frutto di un programma di Hta attivo tra le istituzioni del settore (cfr Dimdi/Bfarm). L'utilizzo dell'Hta per la misurazione del valore dei Dm è fattore comune ai due paesi citati: come in Germania, anche in Francia le valutazioni Hta sono a supporto di molti dei processi che governano i dispositivi medici (per citarne alcuni, l'inserimento dei Dm nell'elenco dei prodotti rimborsabili dall'assicurazione sanitaria, la valutazione di dispositivi considerati ad alto rischio, etc.). Non per ultima, la determinazione preventiva dei volumi delle prestazioni o della massima tariffa per le prestazioni rappresentano strumenti determinanti di efficienza dei paesi europei analizzati.



La nuova governance italiana dei Dm non potrà prescindere dalla realizzazione di processi e attività di valutazione delle tecnologie sanitarie

produttrici (rappresentate dal 95% di Pmi) investono considerevoli risorse in ricerca e sviluppo, garantendo così le innovazioni utili al miglioramento delle condizioni di salute e alla crescita di un comparto industriale significativo per l'economia del Paese, in termini sia di mercato generato (circa 17,3 Miliardi di euro) che di occupazione (circa 120.000 occupati, molti dei quali altamente specializzati).

Alla luce di tali caratteristiche del mondo Medtech appare evidente che le modalità con cui tale settore strategico è stato finora governato non sono più adeguate alla complessità dei sistemi sanitari moderni che devono valutare ed introdurre le innovazioni tecnologiche sicure, efficaci e sostenibili eliminan-

do dal circuito produttivo quelle ampiamente superate. Occorre delineare una nuova traiettoria di governance sempre in equilibrio tra le esigenze di innovazione (per cure più efficaci ai pazienti) ed il controllo della spesa (per la sostenibilità del Ssn italiano), obiettivo perseguibile tramite i seguenti interventi migliorativi:

- **Programmazione della spesa sanitaria efficiente** ma realistica per assicurare l'appropriatezza nell'assegnazione delle risorse disponibili in rapporto alla spesa sostenuta ed eventualmente definendo a monte azioni di contenimento della stessa.
- **Stima del fabbisogno sanitario** e, conseguente, stima dei volumi di fornitura dei Dm necessari,

aggiornati e determinati di anno in anno, ottenuti incrociando i dati epidemiologici con i consumi reali dei Dm.

- **Integrazione e sistematizzazione dei flussi informativi** in modo da garantire una totale tracciabilità dei consumi, non solo per questioni puramente amministrative ma anche di natura clinica, in modo da agevolare la transizione ad un sistema Value Based Healthcare Procurement che si basi su dati di Rwe e che sia anche pronta a supportare le Istituzioni nell'attuazione dell'Hta Regulation europea.
- **Implementazione degli osservatori dei prezzi e delle gare** che possono esercitare e garantire un miglior controllo dei volumi di acquisto e della spesa complessiva, in modo da indire gare di fornitura in linea con la programmazione delle prestazioni sanitarie e con i volumi di spesa ammissibili, nonché svolgere un ruolo cooperativo nella verifica dell'appropriatezza dei Dm acquisiti.
- **Individuazione di soluzioni per il superamento del Payback**, eliminando l'attuale normativa o

attenuandone gli effetti negativi su filiera Medtech e Ssn, per garantire la sopravvivenza delle imprese produttrici e distributori dei Dm nonché la fornitura alle strutture sanitarie, fondamentali per assicurare le migliori cure ai pazienti.

La nuova governance italiana dei Dm non potrà poi prescindere dalla realizzazione di processi e attività di valutazione delle tecnologie sanitarie: infatti, **solo garantendo lo sviluppo e la piena operatività di un sistema di Hta, conformemente ai regolamenti europei in tema di Dm, Ivd e Hta, sarà possibile ottenere indicazioni corrette e pertinenti in merito alla definizione del valore dei Dm**, al loro adeguato riconoscimento in termini tariffari, nonché alla possibilità di ottimizzare le stesse attività di ricerca e sviluppo dei Dm innovativi. È l'auspicio col quale tutti gli stakeholder interessati alla valutazione delle tecnologie sanitarie, durante l'intero ciclo di vita e in tutti i livelli istituzionali, hanno accolto l'avvio del Programma Nazionale di Hta per i Dm presentato al Ministero della Salute il 15 novembre scorso.

““ **COME IN GERMANIA, ANCHE IN FRANCIA LE VALUTAZIONI HTA SONO A SUPPORTO DI MOLTI DEI PROCESSI CHE GOVERNANO I DISPOSITIVI MEDICI** ””

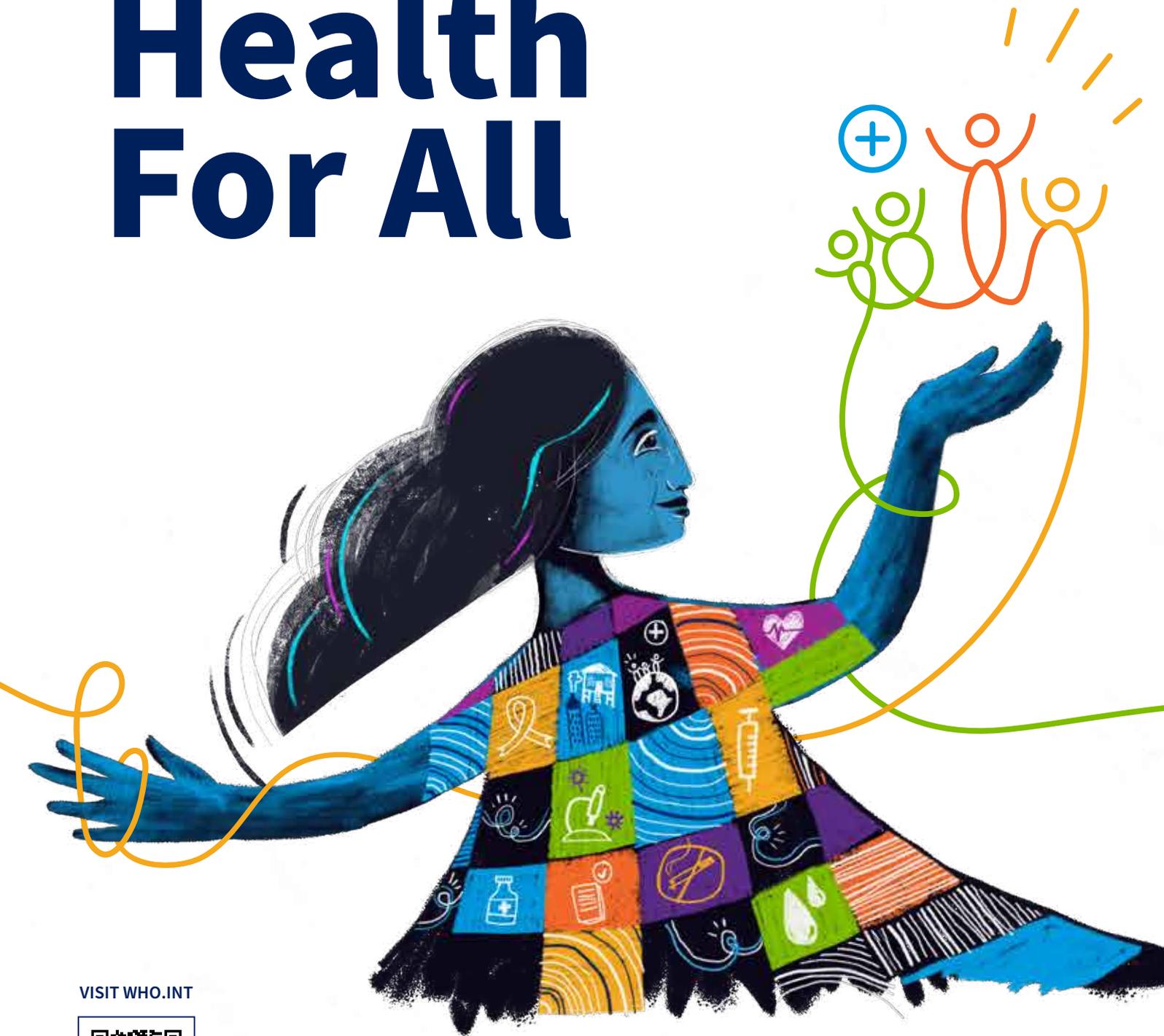


World Health  
Organization

75

HEALTH  
FOR ALL

# Health For All



VISIT WHO.INT





# Note Aifa

## Prescrizioni e Piani Terapeutici

**Le note Aifa sono di certo un utile strumento di supporto alla prescrizione ma sarebbe opportuno oggi operare uno shift culturale che possa prevederne anche un uso più ampio che permetta di indirizzare l'attività prescrittiva dei medici ed essere considerate uno strumento di contenimento della spesa**

di A. M. MARATA, G. BUZZETTI,  
C. JOMMI, A. PONZIANELLI, A. AVOGARO

**A** distanza di ormai 30 anni dall'introduzione delle Note Aifa (1993), strumento pensato inizialmente al solo scopo di governare la spesa farmaceutica, la natura delle stesse si è progressivamente ampliata fino a diventare un mezzo destinato principalmente ad assicurare l'appropriatezza d'uso di intere classi di farmaci nell'ambito di specifiche indicazioni individuandone anche gli ambiti di prescrizione. Come riportato all'interno del rapporto Osmed 2021, le Note Aifa hanno infatti progressivamente acquisito un ruolo di indirizzo di intere aree terapeutiche (es. carenza vit.D, anticoagulanti orali nella fibrillazione atriale, Bpco, dislipidemie, patologie intra-vitreali, diabete mellito), riducendo il focus su singole specialità medicinali e diventando sempre di più strumenti pensati per orientare le scelte terapeutiche a favore delle molecole più efficaci e sperimentate al fine di limitare

gli "usi impropri" e di promuovere gli "usi ottimali" dei farmaci. In linea con il margine di manovra di cui dispongono gli Stati Membri hanno inoltre contribuito alla "ottimizzazione del placebo in therapy" dei singoli farmaci considerati isolatamente o nell'ambito di specifiche classi/indicazioni terapeutiche. Le Note Aifa hanno mantenuto nel tempo un ruolo chiave nella definizione del perimetro di rimborsabilità rispetto alle indicazioni autorizzate a livello comunitario.

Ad oggi sono 100 le note Aifa pubblicate, di cui 38 ancora in vigore, alcune delle quali ripetutamente aggiornate e 62 eliminate nel corso del tempo. **In Italia e in Francia, per orientare la prescrizione si è preferito adottare lo strumento delle Note, in altri Paesi, come ad esempio in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, si è invece privilegiato lo strumento delle Linee Guida.** Almeno in Italia nel corso del tempo le differenze fra le due modalità si sono progressivamente attenuate e ciò ha contribuito a determinare una elevata eterogeneità nell'ambito delle Note esistenti; è in corso una

approfondita discussione con l'obiettivo di promuovere una necessaria revisione e omogeneizzazione. Questo articolo si basa sulla discussione che ha preso forma nell'ambito di un seminario di studio che a partire dal 2018 si svolge ogni anno a Mogliano Veneto (Treviso) con approccio multidisciplinare e multi-stakeholder. Tale seminario promuove il confronto su aspetti di politica farmaceutica attraverso la costituzione di vari gruppi di lavoro (GdL) sui diversi temi trattati. La sintesi delle proposte emerse dai gruppi, presentate e discusse collegialmente nel corso della riunione plenaria, diventa quindi oggetto di pubblicazione. Nel 2022 la Quinta Edizione si è svolta il 6-7 ottobre ed ha discusso la tematica della valorizzazione del territorio nella gestione del farmaco, nel più ampio contesto dei sistemi di gestione integrata delle patologie croniche. L'argomento approfondito dal GdL 2 (coordinato dal Prof. Angelo Avogaro e dalla Dott.ssa Anna Maria Marata): "Note Aifa e altri strumenti di indirizzo prescrittivo", ha rappresentato un momento importante

di confronto aperto sulle criticità del sistema delle Note, sull'opportunità di chiarire le dinamiche legate al processo di formulazione e sulla necessità di chiarire la relazione tra Note Aifa e raccomandazioni/Linee-Guida. Il GdL ha inoltre discusso il tema dei Piani Terapeutici e delle schede di prescrizione e la possibile evoluzione ma, anche, la possibilità di massimizzare l'utilizzo delle stesse come strumento di indirizzo della politica sanitaria.

#### Principali contenuti emersi

I professionisti che hanno partecipato al GdL hanno concordato sul fatto che le Note Aifa possano essere non solo **uno strumento di governo della prescrizione ma anche un utile supporto ed indirizzo.** Alla luce di ciò il panel propone una loro rivalutazione complessiva per decidere quali mantenere, aggiornare o eliminare e quali nuove note produrre. Partendo da un aspetto apparentemente di minore rilevanza, i presenti hanno proposto di "rinominare" le singole Note creando discontinuità con il passato almeno in termini formali. I partecipanti si sono poi

#### La revisione costante delle Note Aifa

**Il processo di revisione e aggiornamento delle Note avviene in maniera continua al fine di riflettere le nuove evidenze scientifiche e di superare le eventuali criticità riscontrate in ambito applicativo rendendo tale strumento normativo maggiormente flessibile in risposta alle necessità della pratica medica quotidiana sul territorio nazionale.**

Attualmente le Note sono 39, rispetto alle originali 59 del 1993. Le Note, nel corso del tempo hanno subito delle importanti revisioni, tenendo conto dell'efficacia dei singoli farmaci nelle differenti patologie, delle possibili reazioni ai trattamenti, ma, soprattutto, delle evidenze dei più recenti studi scientifici. Alcuni farmaci, prima coperti da Nota, sono stati ammessi direttamente alla classe A senza limitazioni di rimborsabilità, mentre altri sono passati dalla classe C (a carico del cittadino) alla prescrivibilità a spese del Ssn, limitatamente ai casi previsti dalla relativa Nota.



“ NECESSARIA UNA MAGGIORE TRASPARENZA RISPETTO ALLE DINAMICHE CHE REGOLANO LA FORMULAZIONE E L'AGGIORNAMENTO DELLE NOTE ”

## “ L'APPLICAZIONE DI PIÙ DI UNA NOTA AIFA E/O PIANO TERAPEUTICO SUL SINGOLO PAZIENTE RAPPRESENTA UN ELEMENTO DI COMPLESSITÀ ”

soffermati sulla necessità di prevederne una versione più “evoluta” con l’aggiunta di un documento introduttivo alle note in cui sia chiaramente definito l’obiettivo delle stesse e venga reso esplicito il loro ruolo quali strumenti di indirizzo anche attraverso il richiamo alle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida Nazionali (possibilmente quelle presenti nel

Sistema Nazionale Linee-Guida). Quanto sopra con riferimento a quanto previsto dall’art. 5 l. n. 24/2017 (Legge Gelli) in cui il legislatore ribadisce che “*gli esercen-*

*ti le professioni sanitarie, nell’esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative e riabilitative, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle buone pratiche clinico-assistenziali e alle raccomandazioni previste dalle linee guida elaborate dalle società scientifiche accreditate dal Ministro della salute*”. Da ciò deriva la constatazione del fatto che non esiste un riferimento esplicito alle Note Aifa bensì un rimando alle Linee Guida normanti le attività dei clinici. In particolare, allontanandosi dalla sola logica di contenimento della spesa, ma adottando una prospettiva più ampia di indirizzo basato sulle migliori evidenze disponibili, il GdL ha ritenuto rilevante ribadire **la necessità di promuovere uno shift, anche culturale, che riqualifichi, anche funzionalmente, le Note quali strumenti di diffusione/trasferimento alla pratica clinica delle raccomandazioni valutate dalle Linee Guida come “forti”, caratterizzate quindi da un elevato livello di consenso**. Ovviamente ogni singola nota dovrà essere aggiornata in rapporto alle nuove evidenze

e alle raccomandazioni via via prodotte dalle linee guida di riferimento.

Rispetto al contesto epidemiologico Nazionale caratterizzato dalla forte prevalenza di pazienti polipatologici, il GdL si è inoltre soffermato sulla **complessità gestionale della reale pratica clinica attraverso gli strumenti delle Note e dei Piani Terapeutici**.

L’applicazione di più di una Nota Aifa e/o Piano Terapeutico sul singolo paziente rappresenta un elemento di complessità clinica e organizzativa che merita di essere affrontato in modo condiviso fra i prescrittori nei tempi e nelle modalità tipiche di uno scambio che si muove sul piano tecnico-scientifico nell’economia di una gestione corretta ed efficiente del paziente.

A tal proposito si è svolta anche una approfondita discussione relativa alle dinamiche che regolano la formulazione e l’aggiornamento delle stesse; i partecipanti hanno ribadito l’esigenza di una maggiore trasparenza e condivisione del processo, in particolare **nel documento introduttivo dovrebbe essere dichiarato il percorso (condiviso e trasparente)**

**Diverse nazioni hanno preso strade differenti per cercare di promuovere l’uso corretto dei farmaci.**

**In Italia e in Francia si è preferito adottare lo strumento delle Note.**

**In altri Paesi, come ad esempio in Gran Bretagna e negli Stati Uniti, si fa grande uso, invece, delle Linee Guida.**



## che Aifa applica al momento della formulazione e dell'aggiornamento di ogni singola nota.

Tale richiesta nasce dall'esigenza di partecipare in modo strutturato all'individuazione degli argomenti da affrontare, del razionale scientifico su cui verrà sviluppata/modificata la Nota e alla sua strutturazione; si potrà inoltre condividere sin dall'inizio la scelta di indicatori di processo e di esito e la loro fattibilità.

Il GdL ha poi sottolineato l'esigenza, in una logica di raccolta di evidenze di Real world, di costruire un sistema che, sulla base del monitoraggio dell'applicazione delle Note, permetta di conoscere l'impatto delle stesse non solo sulla pratica clinica e sulla spesa ma anche sui modelli organizzativi del Ssn. In particolare, con il coinvolgimento dei diversi professionisti sanitari, la prospettiva ottimale potrebbe essere quella di un sistema che consenta, anche attraverso la completa informatizzazione della prescrizione (ad esempio attraverso il sistema Ts) di quantificare l'impatto in termini di percorsi diagnostici terapeutici, continuità assistenziale e di integrazione dei setting ospedalieri e territoriali.

Infine è stato auspicato che ogni nota suggerisca al-

**LE NOTE AIFA sono lo strumento regolatorio che definisce le indicazioni terapeutiche per le quali un determinato farmaco è rimborsabile a carico del Servizio Sanitario Nazionale (Ssn).**

Le Note possono essere introdotte in tre casi:

- quando un farmaco è autorizzato per diverse indicazioni cliniche, di cui solo alcune per patologie rilevanti;
- quando il farmaco è finalizzato a prevenire un rischio che è significativo solo per uno o più gruppi di popolazione;
- quando il farmaco si presta non solo a usi di efficacia documentata, ma anche a usi impropri.

meno i principi generali da applicare uniformemente a livello nazionale rispetto alla sua implementazione che comprendano obbligatoriamente la formazione degli operatori sanitari sia sulle note e sui piani all'interno di una corretta gestione delle cronicità, sia nella gestione del paziente da parte del Mmg, che nell'integrazione fra ospedale e territorio, e fra le categorie professionali coinvolte nella sua applicazione.

Il GdL ha infine discusso il tema dei Piani Terapeutici e delle Schede di Prescrizione. Considerate le problematiche relative all'onerosità della compilazione cartacea e alla numerosità di questi strumenti, **le proposte sono state tutte orientate verso una semplificazione e omogeneizzazione dei sistemi**

**prescrittivi auspicando un rapido abbandono dei Pt/schede di prescrizione cartacei a favore di una informatizzazione e integrazione fra i sistemi operativi dei Medici di Medicina Generale e quelli delle Aziende Sanitarie.** Non solo, è opinione del Gruppo di Lavoro che i dati raccolti in maniera sistematica e controllata dai sanitari grazie alle schede informatizzate dei Pt potrebbero essere molto utili, se resi disponibili, per generare ulteriori evidenze Real world complementari a quelle originate dagli Rct. Anche in questo caso il suggerimento è quello di renderli più adeguati a svolgere al meglio la funzione prevista, inclusa una maggiore trasparenza per un utilizzo di programmazione regolatoria e di conoscenza scientifica.

Il GdL è concorde nel concludere che Aifa, con riferimento al tema delle note, dovrebbe definire le azioni e le priorità con le Regioni attraverso la Commissione Salute e con il Ministero sia in fase di programmazione che di implementazione delle note stesse; dovrebbe, inoltre, prevedere un meccanismo di "consultazione pubblica" prima della pubblicazione definitiva della nota prodotta. Data la natura tecnica di questo tipo di iniziative e in base alla complessità delle azioni preventivate, il meccanismo di consultazione dovrebbe coinvolgere esclusivamente i portatori di interesse direttamente coinvolti.

**Il GdL ha inoltre identificato alcune note che debbano essere prioritariamente revisionate** tra cui: la Nota 13 sugli ipolipemizzanti, le Note 55 e 56 sugli antibiotici, la Nota 66 sui farmaci antinfiammatori non steroidei. Infine, il gruppo di lavoro ha ribadito l'importanza di mettere in atto programmi di disseminazione, di implementazione e di formazione a livello delle singole realtà dal livello nazionale, regionale e locale.

“ NOTE AIFA: NON SOLO STRUMENTO DI GOVERNO DELLA PRESCRIZIONE MA ANCHE SUPPORTO ED INDIRIZZO ”



# Eterogeneità qualitativa

È necessario superare la dialettica fra i due comparti pubblico-privato del Ssn e **focalizzare l'attenzione sull'eterogeneità di prestazioni anche all'interno delle due componenti**; si tratta di riportare al centro l'equità di accesso

di ALICE BASIGLINI

**L**a continua bagarre pubblico vs privato all'interno del Servizio sanitario nazionale (Ssn), oltre a distogliere l'attenzione dall'interesse pubblico e individuale a una salute efficace e gratuita (finanziata, cioè, attraverso la fiscalità generale e non acquistata direttamente dai cittadini, nel momento in cui insorge il bisogno) sta adombrando quelle che

sono le reali contraddizioni e difficoltà che affronta la sanità italiana.

Ancora nel 2022 non si è tornati ai livelli pre-pandemici, né per quanto riguarda la numerosità delle prestazioni garantite né la loro qualità, senza considerare l'incremento nell'incidenza di patologie non diagnosticate durante l'emergenza Covid e dunque trattate in fase avanzata.

La spesa privata (quella

vera!) è arrivata a rappresentare il 21,4% della spesa totale: una cartina di tornasole dell'inequità di un sistema sì universalistico, ma solo al 78,6%.

Ma dell'equità si è smesso di parlare, nonostante sia uno dei capisaldi del nostro Ssn, dimenticando

che si può parlare di qualità solo se alle prestazioni considerate appropriate ed efficaci possono accedere tutti gli individui, a prescindere dall'area di residenza e a prescindere dalla struttura di ricovero o cura.

Tuttavia, il risultato principale dell'analisi condotta a quattro mani da Agenas e Aiop – il Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani – è proprio l'eterogeneità nella qualità dei trattamenti e degli interventi offerti dalle strutture del nostro Ssn: una variabilità tra aree geografiche, all'interno di una stessa area geografica ma anche tra le strutture appartenenti allo stesso territorio e aventi la stessa natura giuridica. Nell'elaborazione – basata sul Programma Nazionale Esiti (Pne) e sulla valutazione del livello di aderenza delle strutture a standard qualitativi evidence-based – si documenta che la mi-

“ UN SISTEMA SÌ UNIVERSALISTICO, MA SOLO AL 78,6% ”

sura della variabilità supera il "fenomeno nord-sud" e va ben oltre la dialettica pubblico-privato accreditato.

**Non esistono, infatti, eccellenze.** Non esistono strutture che "vanno bene" o "vanno male" in tutte le discipline, ma specifiche aree cliniche e specifiche prestazioni che all'interno di una stessa struttura ospedaliera riportano, alcune, livelli di qualità in linea con gli standard di efficacia e sicurezza e altre che sono lontane da questi standard.

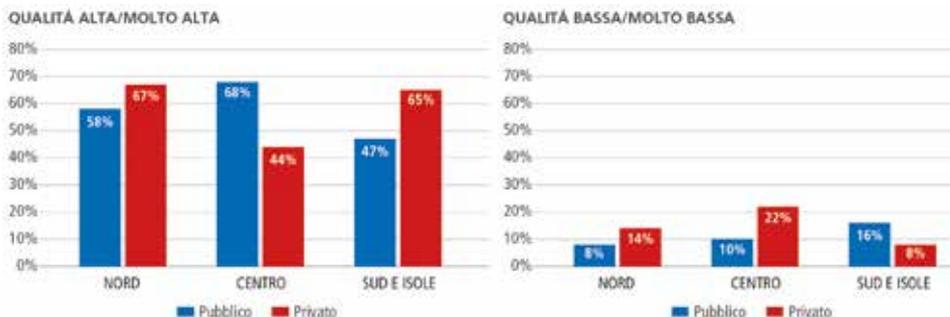
**Consideriamo, a titolo esemplificativo, l'area clinica del sistema cardiocircolatorio,** una delle dimensioni più coperte dal Rapporto di Agenas e Aiop, per la quale sono disponibili diversi indicatori caratterizzati da solidità e validità e con un impatto importante sulla salute della popolazione.

Le malattie cardiovascolari (malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e le malattie cerebrovascolari, come l'ictus ischemico ed emorragico) rappresentano, infatti, la principale causa di morte nel nostro Paese, essendo responsabili del 34,8% di tutti i decessi (31,7% nel genere maschile e 37,7% nel genere femminile).

Se il primo risultato degno di nota è quello relativo al-

## Area sistema cardiocircolatorio

Strutture con livello di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica e area geografica - Italia 2021



## Area sistema cardiocircolatorio

Area sistema cardiocircolatorio: Totale strutture valutate (N) e strutture in linea con gli standard quantitativi e qualitativi in valore assoluto (n.) e in percentuale rispetto al totale (%), per natura giuridica, Italia 2021

INDICATORE	Totale		Comparto pubblico			Comparto privato		
	N.	n.	N.	n.	%	N.	n.	%
Infarto miocardico acuto: volumi	615	453	279		<b>62</b>	162	63	<b>39</b>
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni	357	302	183		<b>61</b>	55	35	<b>64</b>
Infarto miocardico acuto: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	357	302	183		<b>61</b>	55	34	<b>62</b>
Proporzioni di ptca entro 90 minuti in IMA-STEMI	214	181	71		<b>39</b>	33	17	<b>52</b>
STEMI: trattati con PTCA entro 90 minuti sul totale degli STEMI trattati con PTCA entro 12 re dall'accesso nella struttura di ricovero/service	188	160	97		<b>61</b>	28	19	<b>68</b>
Volumi di angioplastiche di cui almeno il 30% angioplastiche primarie in IMA-STEMI	220	168	99		<b>59</b>	49	7	<b>14</b>
Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni	511	385	124		<b>32</b>	126	59	<b>47</b>
Bypass aorto-coronarico isolato: volumi	93	53	13		<b>25</b>	39	6	<b>15</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni	89	52	44		<b>85</b>	37	35	<b>95</b>
Bypass aorto-coronarico: mortalità a 30 giorni (nuove variabili)	89	52	45		<b>87</b>	37	34	<b>92</b>
Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni	93	54	42		<b>78</b>	39	32	<b>82</b>
Aneurisma non rotto dell'aorta addominale: volumi	211	141	39		<b>28</b>	65	9	<b>14</b>
Riparazione di aneurisma non rotto dell'aorta addominale: mortalità a 30 giorni	99	75	23		<b>31</b>	24	10	<b>42</b>

la concentrazione su livelli alti/molto alti di aderenza agli standard, il secondo è che, laddove nel nord e, ancora di più, nel sud e isole la proporzione di strutture di diritto privato

over-standard è superiore rispetto a quella delle strutture di diritto pubblico, nel centro la situazione è ribaltata.

Al centro, inoltre, le strutture di qualità bassa/

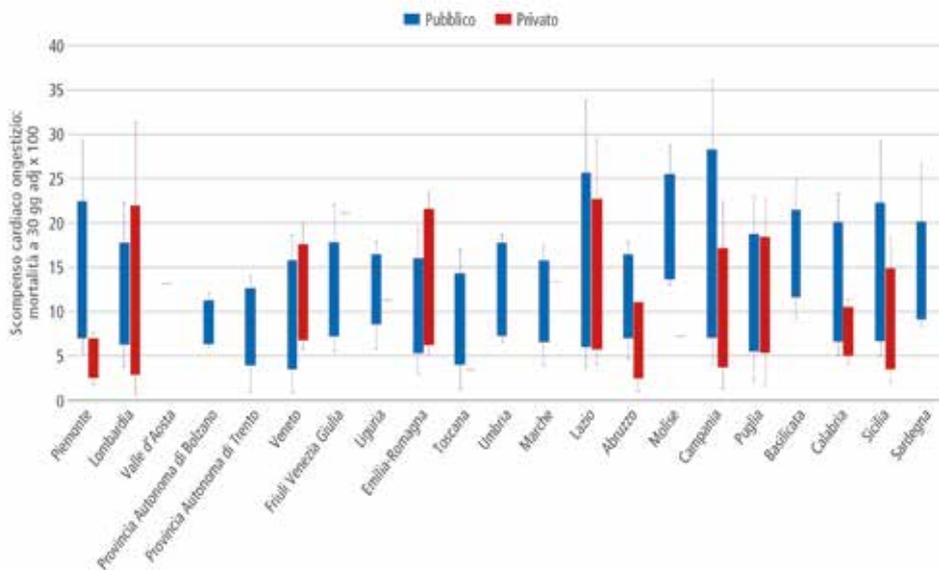


molto bassa sono proporzionalmente di più tra le strutture accreditate che tra quelle di diritto pubblico.

Procedendo verso un maggiore livello di dettaglio – dall’analisi per area clinica all’analisi per singolo indicatore – se per la mortalità a 30 giorni dopo infarto del miocardio non esistono sostanziali differenze nella proporzione di strutture di qualità alta/molto alta tra le due componenti, per la mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio si registra, invece, la differenza più significativa tra pubblico e privato accreditato: le strutture che riportano

## Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni

Variabilità tra strutture, per natura giuridica e regione, 2021



risultati superiori al requisito sono, rispettivamente, il 32% e il 47%.

In pazienti con infarto del miocardio e sopra-slivellamento del tratto St (Stemi), l’Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale (Ptca) è considerata il trattamento di scelta quando può essere eseguita da personale esperto, in un laboratorio di emodinamica appropriato ed entro 90 minuti dal primo contatto con il Servizio Sanitario. Le strutture che effettuano tempestivamente almeno il 60% delle Ptca rappresentano il 39% delle strutture di diritto pubblico e il 52% di quelle di diritto privato.

Serispettoalleriammissioni a 30 giorni dopo ricovero per embolia polmonare, le proporzioni di strutture di diritto privato e di diritto pubblico con valori in linea con lo standard sono sostanzialmente equivalenti, considerando l’indicatore di mortalità, le strutture accreditate con esiti compatibili con il riferimento sono il 70%, contro il 58% di quelle di diritto pubblico. Per entrambi gli indicatori di mortalità a 30 giorni dopo intervento di bypass aortocoronarico e di valvuloplastica non si registrano sostanziali differenze tra le due componenti. Per quanto riguarda i volumi di atti-

ività relativi all'area cardiovascolare, è evidente il dato di frammentazione, con la perdurante presenza di molte strutture che trattano una numerosità di casi inferiori alla soglia minima prevista: si tratta, in particolare, di strutture di diritto privato, che scontano, a differenza delle pubbliche, l'impossibilità di esprimere pienamente la propria potenzialità di produzione a causa dei tetti imposti.

Ecco che il 62% delle strutture di diritto pubblico e il 39% delle strutture accreditate effettua un numero di ricoveri di infarto del miocardio compatibile con lo standard e che solo il 25% delle strutture pubbliche e il 15% delle strutture di diritto privato effettua un numero di ricoveri per bypass aorto-coronarico in linea con il riferimento.

**Quello che, tuttavia, emerge con più forza, al di là della comparazione, è ciò che il Rapporto documenta implicitamente: ovvero la differenza tra il totale (il 100%) e la percentuale di strutture che rispetta i requisiti.**

A livello nazionale, circa 1/3 delle strutture di entrambe le componenti registra valori di mortalità dopo un ricovero per infarto più alti dell'atteso.

Per quanto riguarda la percentuale di strutture che non effettuano tempestivamente un intervento

## “ LA MISURA DELLA VARIABILITÀ SUPERA IL “FENOMENO NORD-SUD” E VA BEN OLTRE LA DIALETTICA PUBBLICO-PRIVATO ACCREDITATO ”

salva vita come la Ptca in Ima-Stemi, si tratta, rispettivamente, del 61% delle pubbliche e del 48% delle accreditate.

Dall'analisi dell'indicatore di mortalità a 30 giorni da un ricovero per scompenso cardiaco congestizio, possiamo vedere – osservando la lunghezza dei segmenti del grafico boxplot – come all'interno di una stessa regione e all'interno di uno stesso comparto coesistano esiti estremamente diversi. Considerando la Lombardia – dove 16 strutture pubbliche su 60 (27%) e 16 strutture



private su 33 (48%) sono conformi allo standard – si osserva una significativa eterogeneità del dato di mortalità, superiore tra le strutture di diritto privato rispetto a quelle di diritto pubblico. È una struttura privata che fa registrare la mortalità regionale più alta così come è privata la struttura con la mortalità più contenuta, con una differenza superiore a 20 punti percentuali tra il primo e il terzo quartile della distribuzione.

Una variabilità estrema che si traduce in disuguaglianze di trattamento in pazienti con medesima dignità di urgenza.

Nel Lazio gli esiti di mortalità sono ancora più eterogenei. In Campania, è nel pubblico che si raggiunge la massima variabilità, con valori inferiori al 5% e valori superiori al 35%.

È da queste difformità che bisogna ripartire per riformare la sanità italiana, **accompagnando le strutture verso il miglioramento, responsabilizzando la governance aziendale e mettendo a disposizione a livello regionale e nazionale specifici percorsi di riqualificazione.**



### Rapporto sulla qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani

Elaborato da Agenas (Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) e Aiop (Associazione italiana ospedalità privata), il Rapporto su Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani, propone una valutazione comparativa tra le strutture di diritto pubblico e le strutture di diritto privato del Servizio

Sanitario Nazionale. Dal documento si evince la qualità offerta dalla sanità italiana, con un focus sulla variabilità tra Regioni e all'interno delle stesse, sulla base dei risultati del Programma Nazionale Esiti (Pne) 2022.



**C**aregiver familiari non sono solo adulti, spesso donne, di mezza età. Anche bambini e adolescenti possono trovarsi nelle condizioni di dover prestare assistenza: sono i “giovani caregiver”, cioè giovani al di sotto dei 18 anni che prestano cura o sostegno ad un membro della famiglia. Essi svolgono, spesso con cadenza regolare, compiti di assistenza

significativi che vanno dal fornire compagnia e supporto psicologico, al provvedere alla preparazione dei pasti fino all'igiene personale del familiare, che può ad esempio essere un genitore che soffre di una malattia fisica o mentale, un fratello con disabilità o nonni non autosufficienti o fragili.

Pur in assenza di una larga mappatura del fenomeno, si stima che tra il 2% e

**l'8% dei bambini nei paesi sviluppati abbiano responsabilità di cura all'interno delle loro famiglie.**

Nonostante il tema dei giovani caregiver sia ancora per molti aspetti inesplorato, alcuni studi evidenziano i molteplici effetti, sia positivi sia negativi, derivanti dal prestare assistenza e cura in giovane età. Per quanto riguarda gli effetti positivi, le attività di cura possono favorire

una maggiore maturità ed empatia, oltre all'acquisizione di nuove competenze relazionali derivanti dallo svolgimento dei compiti assistenziali. Inoltre, l'impegno nell'assistenza di un malato può promuovere la costruzione di una migliore immagine di sé e di un maggior senso di autoefficacia. Le attività di cura possono inoltre stimolare la resilienza caratteriale e, se rivolte a un anziano, favorire una rappresentazione maggiormente positiva dell'invecchiamento. Tra gli effetti negativi vanno citati i problemi di salute mentale, che possono insorgere nel caso di percorsi di cura molto impegnativi e dolorosi.

# INVISIBILI

**Crescere prendendosi cura di un familiare.**  
**I giovani caregiver in Italia: difficoltà, salute**  
**e la necessità di un piano nazionale di sostegno**

di LICIA BOCCALETTI,  
 BARBARA D'AMEN\*,  
 SARA SANTINI

si e, in linea generale, uno scarso benessere personale, che può derivare dalle limitate opportunità di svago e dalle difficoltà incontrate nello svolgimento delle attività relative all'istruzione e al lavoro. Inoltre, spesso i giovani caregiver sperimentano situazioni di stigma ed isolamento sociale, derivanti dalla incapacità da parte dei propri coetanei di comprendere il loro vissuto personale e familiare.

**Caregiver di nonni. Più di un terzo dei caregiver italiani che hanno risposto alla survey Me-We si prendeva cura dei nonni. La relazione affettiva può attutire gli effetti negativi dell'assistenza e favorire quelli positivi, ma dedicare troppe ore alla cura, annulla questo beneficio. Essere donna, vivere in famiglie multigenerazionali o non ricevere supporto pubblico aumenta le probabilità di diventare un giovane caregiver. I più esposti a problemi di salute sono le ragazze, i soggetti transgender e quelli con un'esperienza di migrazione.**

## “ A LIVELLO NAZIONALE NON ESISTONO POLICY COORDINATE A FAVORE DEI GIOVANI CAREGIVER ”

In Italia, rispetto ad altri paesi europei, come il Regno Unito e la Svezia, la conoscenza del tema dei giovani caregiver è ancora a livello embrionale. Negli ultimi quattro anni, tuttavia, sono stati fatti degli importanti passi avanti in ambito scientifico, anche grazie al progetto Me-We, il primo studio internazionale sui giovani caregiver, finanziato dal Programma Horizon 2020, con l'obiettivo di sistematizzare la conoscenza sui giovani caregiver, co-progettare e implementare un intervento psicosociale per incrementarne la resilienza psicologica. Me-We si è svolto tra il 2018 e il 2022 in sei paesi europei: Italia, Olanda, Regno Unito, Slovenia, Svezia, Svizzera. Il nostro paese è stato rappresentato dall'Irccs Inrca Istituto Nazionale di Riposo e Cura degli Anziani e dalla società cooperativa Anziani e Non Solo (Carpi). Il sondaggio Me-We ha raggiunto 2,099 giovani caregiver tra i 15 e i 17 anni in Europa (116 in Italia) e l'intervento psicosociale ne ha coinvolti 217 in Europa (54 in Italia). Dal punto di vista normativo, in Italia non esiste ad oggi una definizione ufficiale

riferita ai giovani caregiver. Infatti, né nelle definizioni utilizzate in ambito regionale (perlopiù derivanti dalla legge regionale nr. 2/2014 approvata per prima dall'Emilia Romagna) né in ambito nazionale (art. 254 della legge 27 dicembre 2017, n. 205) si fa riferimento all'età del caregiver. Ciò significa che i giovani caregiver non sono esclusi, ma nemmeno si fa loro riferimento in modo esplicito e, pertanto, non esistono a livello nazionale policy coordinate a loro favore. **Non esistono dunque attualmente in Italia servizi di supporto (interventi proposti in modo sistematico e parte integrante dell'offerta al cittadino) rivolti ai giovani caregiver.** Vi sono delle iniziative sperimentali proposte da organizzazioni del terzo settore in alcuni territori, in particolare delle Regioni Emilia Romagna e Lombardia, legate a specifici progetti o finanziamenti contingenti. Si tratta prevalentemente di interventi di sensibilizzazione rivolti a studenti e docenti, affinché siano in grado di riconoscere (o riconoscersi) giovani caregiver, di interventi educativi e di supporto alla conciliazione tra cura e studio e di interventi psico-educativi

di gruppo o individuali che mirano a supportare i ragazzi nel riconoscimento e nella gestione delle emozioni legate al prendersi cura. Al di là dell'esperienza italiana, le condizioni di vita spesso critiche di questi giovani potrebbero essere migliorate mediante azioni di supporto realmente rispondenti alle loro esigenze. Alcune sono state individuate grazie allo studio Me-We, da cui emerge che le forme di supporto maggiormente richieste riguardano sia il sostegno materiale, con l'obiettivo di ridurre la fatica fisica connessa ad alcune attività di cura, sia il sostegno emotivo. Sulla base di questi risultati, politiche e interventi di supporto per i giovani caregiver dovrebbero includere sia l'individuazione precoce dei bisogni materiali ed emotivi di sostegno, sia una formazione specifica per i professionisti del settore socio-sanitario al fine di sensibilizzarli sugli effetti della cura intergenerazionale, in modo da poter riconoscere precocemente i possibili fattori di stress connessi al caregiving.

*\*Quanto riportato nell'articolo riflette l'opinione e il lavoro dell'autrice ma non necessariamente dell'istituzione in cui lavora.*

# SIAMO UN POPOLO DI DEPRESSI?

In aumento costante il consumo di antidepressivi, specialmente tra le donne e gli anziani. **E si fa sempre più strada il problema del consumo di sostanze psicotrope tra gli adolescenti, che spesso le acquistano su internet.** Ma quanti farmaci antidepressivi sono prescritti a falsi positivi? E poi: quanti soggetti effettivamente depressi non risultano trattati?

---

di CRISTINA CORBETTA



## “ GLI ANTIDEPRESSIVI RAPPRESENTANO IL 3,4% DI TUTTI I FARMACI USATI IN ITALIA ”

In Italia aumenta in modo esponenziale il consumo di antidepressivi. E se nel 2020 l'epidemia di Covid-19 poteva essere considerata la causa di una situazione di forte disagio, negli anni seguenti era lecito aspettarsi una diminuzione; invece l'aumento è stato costante. Nel 2021 il consumo di farmaci antidepressivi ha fatto registrare un aumento del 2,4% rispetto al 2020, e il trend è in crescita anche nel 2022.

Il consumo è aumentato in tutte le regioni: la Toscana ha il consumo più elevato (seguita da Liguria, Umbria e Pa di Bolzano) la Basilicata il più basso, seguita da gran parte delle regioni del Sud.

Gli antidepressivi rappresentano il 3,4% di tutti i farmaci usati in Italia; ad essi si aggiungono gli antipsicotici e gli ansiolitici, pure tutti in aumento. Secondo l'Agenzia Italiana del Farmaco, Aifa, che pubblica il rapporto

Osmed sul consumo di farmaci in Italia, il 7% degli italiani ha assunto antidepressivi, e tra questi la metà ha oltre 65 anni, per la maggior parte donne. E con ogni probabilità il fenomeno è sottostimato. Sempre secondo il rapporto di Aifa, però, a un anno dalla prescrizione del farmaco, solo il 38% lo sta assumendo nelle dosi e nei tempi prescritti, e questo accade in particolare tra gli anziani.

E ancora. Nel rapporto Osmed si legge che un anziano su 10 ha ricevuto una sola prescrizione del farmaco antidepressivo da parte del suo medico curante; questo suggerisce che sia diffusa l'abitudine di prescrivere questi farmaci affiancandoli ad altri nell'ambito di patologie non depressive.

E poi c'è l'Oms: Le Linee Guida del trattamento farmacologico nella depressione indicano (Nice Guidelines, 2016) la



## PSICOFARMACI SENZA RICETTA, LE RAGAZZE PIÙ ESPOSTE

Secondo la Fondazione Veronesi, le ragazze sono più esposte al consumo di psicofarmaci senza ricetta medica. Il motivo? "Oltre al desiderio di dimagrire e di migliorare il proprio aspetto fisico, e di conseguenza l'autostima, anche lo stigma associato al consumo di molte sostanze illecite".

"Le ragazze – spiegano i ricercatori della Fondazione Veronesi – tendono a evitare più dei coetanei tutta una serie di comportamenti stigmatizzanti e di contrasto come il consumo di cocaina o marijuana, mentre l'uso di psicofarmaci, purtroppo, nelle famiglie non è così stigmatizzato.

Le ragazze possono sentirsi autorizzate a fare uso di farmaci che vedono consumare anche dai genitori e che possono reperire tranquillamente in casa senza esporsi al giudizio altrui; a cui i maschi, tendenzialmente, appaiono meno sensibili".

## Uno studio canadese sulla "proteina Gpr56"

Per individuare precocemente il farmaco più efficace per il singolo individuo, potrebbe essere utile monitorare l'andamento di una proteina nel sangue.

Più i livelli di questa sono alti, maggiore è la risposta all'antidepressivo. Questo è quanto dimostrato recentemente da un gruppo di ricercatori della McGill University (Montreal), in uno studio pubblicato sulla rivista Nature Communications e riportato dalla Fondazione Veronesi.

Gli studiosi, coordinati da Gustavo Turecki (a capo del Dipartimento di psichiatria e del gruppo di ricerca sulla depressione), hanno eseguito prelievi su oltre 400 pazienti in cura con antidepressivi. E hanno così potuto constatare che, in quelli che rispondevano bene al farmaco, i livelli ematici della proteina Gpr56 erano più elevati della norma.

## Pazienti poco (o per niente) informati

Come giudica il livello generale di informazioni su depressione e ansia in possesso della popolazione che frequenta la farmacia? Questa la domanda di apertura del questionario rivolto ai farmacisti di Torino e, proposto dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, sui pazienti depressi ed ansiosi. Il 65% dei farmacisti ha risposto "scarso", il 31% "sufficiente", solo il 4% ha risposto "buono" o "ottimo".

La ricerca ha anche indagato il livello di conoscenza del prodotto acquistato, ovvero la differenza esistente tra diversi tipi di farmaci quali ansiolitici, antidepressivi e neurolettici. La metà dei farmacisti interpellati ha risposto che la conoscenza di tale differenza è "molto bassa" e il 43% ha risposto "bassa". Peraltro, i farmacisti stimano "media" (tra il 40% e il 60%) la percentuale di richieste di ansiolitici e antidepressivi non derivate da prescrizione medica, ma dà consigli di amici, parenti o conoscenti.

**necessità di garantire una buona aderenza al trattamento per evitare recidive:** ma Studi osservazionali condotti anche sul territorio italiano hanno evidenziato che il 50% dei soggetti sospende gli antidepressivi nei primi 3 mesi di terapia, e il 70% li sospende nei primi 6 mesi. Vi è quindi la necessità di migliorare l'aderenza al trattamento. Peraltro,

la letteratura dimostra che le differenze clinicamente significative tra farmaco e placebo si hanno solo in pazienti con depressione moderata e grave (Kirsch, 2008).

È importante quindi, nei casi di depressione lieve, valutare l'appropriatezza e la necessità di ricorrere subito alla prescrizione di antidepressivi.

**Tutto questo quadro ruota attorno a una figura cruciale, quella del medico di medicina generale, professionista fondamentale per il rapporto continuativo e diretto con il paziente e per identificare segni e sintomi**

**Secondo Aifa, nel 2022 il consumo degli antidepressivi rappresenta il 3,5% del totale dei farmaci in Italia e la spesa pro capite di 1,7%, con un incremento del 2,6% rispetto al 2021, attestandosi a 7,05 euro**

**"sentinella".** La domanda è: che percentuale di farmaci antidepressivi è prescritto a falsi positivi? E poi: Quanti soggetti effettivamente depressi non risultano trattati? Uno studio italiano del 2014 rileva rispettivamente che nonostante in Italia si registri un migliore riconoscimento della depressione negli over 65 da parte del medico di base, esiste un 35% di falsi positivi e il 62% dei soggetti depressi non risulta trattato. Nel 2022,

una ricerca svolta in Friuli Venezia Giulia per conto della Regione in collaborazione con Aifa ha rilevato che un terzo dei medici della Regione (dal 25% al 33%) prescrivono farmaci anti-

depressivi anche quando non ve ne sia la necessità secondo le linee guida. **Se anche a livello nazionale i numeri fossero questi, sarebbe urgente mettere in campo due ordini di iniziative:** l'elaborazione di un programma formativo rivolto ai Mmg sulla metodologia di valutazione e trattamento della depressione, e un rafforzamento del collegamento tra Medici di Medicina Ge-



nerale e i Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm) per quanto riguarda la presa in carico della persona con disturbo depressivo. Infine gli adolescenti: secondo le ultime stime dello studio Espad del Cnr, nel **2024 il consumo di questa tipologia di sostanze ha riguardato il 6,6% degli studenti, e il dato più preoccupante**

**è che gli psicofarmaci vengono spesso assunti senza prescrizione medica**, in particolare dalle ragazze con percentuali quasi triple rispetto ai coetanei (M=3,5%; F=10,2%). In Italia, 270mila studenti di 15-19 anni hanno assunto senza prescrizione medica psicofarmaci per l'iperattività/attenzione, per dimagrire, per dormi-

re, rilassarsi o per regolare l'umore almeno una volta nella vita e il 6,6% (circa 171mila studenti) lo ha fatto nel corso del 2021. Lo studio Espad rileva poi che il 13,6% degli studenti è a conoscenza di luoghi in cui è possibile procurarsi facilmente psicofarmaci senza ricetta medica. Il 42,3% riferisce di potersi procurare a casa pro-

pria, il 28,2% via Internet e il 22,2% per strada. Secondo Elena Molinari, segretario scientifico della Spi, la Società Psicoanalitica italiana, il fenomeno degli adolescenti consumatori di psicofarmaci impone un'attenta e non procrastinabile riflessione: "I farmaci vanno certamente usati, ma solo in alcuni casi selezionati. Piuttosto è essenziale proporre ai ragazzi un percorso che consenta a loro di "attraversare" il dolore e il disagio, senza volerlo cancellare con uso di sostanze. Non a caso la letteratura dimostra che le recidive dopo un percorso psicanalitico, che peraltro non è così costoso e lungo come molti pensano, siano sensibilmente minori rispetto ai casi in cui sono stati somministrati farmaci". E qui si torna alla figura del medico di base, figura che Molinari definisce "cruciale" per intercettare il bisogno e avviare un vero percorso di cura. Anche qui, però, serve che si definisca e si attui un ampio percorso di formazione mirata anche per i medici; che, per il momento, esiste in minima parte.

### Consumi di psicofarmaci non prescritti nella popolazione studentesca: trend percentuale



Fonte: ESPAD®Italia - Anni 2007-2021

### La ricerca del Cnr, focus annuale sul consumo di sostanze

Espad Italia è una ricerca condotta dal Cnr sui comportamenti d'uso di alcol, tabacco e sostanze psicotrope, da parte degli studenti e delle studentesse di età compresa fra i 15 e i 19 anni frequentanti le scuole medie superiori italiane. Lo studio si ripete dal 1999 con cadenza annuale e negli anni il questionario è stato aggiornato e arricchito di alcune sezioni. Ad oggi infatti indaga anche le abitudini legate al gioco d'azzardo e contiene inoltre una scala standardizzata per la rilevazione di eventuali disturbi dell'alimentazione. All'ultima rilevazione hanno partecipato 35 i paesi in Europa. ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

“ IL FENOMENO DEGLI ADOLESCENTI CONSUMATORI DI PSICOFARMACI IMPONE UN'ATTENTA E NON PROCRASTINABILE RIFLESSIONE ”



# Green Nephrology

Per ogni seduta dialitica vengono prodotti per un solo paziente circa 2.5-4 kg di rifiuti e un consumo di circa 150 litri di acqua, ma anche di elettricità. **La sfida per una dialisi più sostenibile**

di PAOLO LUCA LENTINI, ANTONINO PREVITI

**L**a malattia renale cronica (Mrc) è un problema di salute globale: la prevalenza sul nostro pianeta è di 698 milioni di abitanti con una incidenza di globale di oltre 19 milioni di soggetti che ne risultano affetti ogni anno. La patologia colpisce prevalentemente la fascia più longeva della nostra popolazione; nel 2000, nella sola regione Veneto, poco più di 3.500 persone avevano bisogno di dialisi, nel 2020 sono aumentate a oltre 5.000. Di questi quasi il 68% aveva più di 75 anni. Quello che si osserva in Veneto è lo specchio di quanto avviene in tutto il mondo, dove le proiezioni riportano che nel 2050 sarà la quinta causa di morte nei paesi industrializzati.

Il futuro ci riserverà quindi una maggiore necessità di ricorso a quelle terapie sostitutive "salvavita" come la emodialisi, la tecnica più diffusa, che permette la depurazione del sangue attraverso dei filtri artificiali



e delle macchine. Pur migliorando la sopravvivenza dei pazienti questo incrementerà in modo notevole i costi del servizio sanitario, sia diretti (operatori, macchinari e materiali) che indiretti (esami, trasporti, perdita di giornate lavorative ma anche utilizzo di materie prime e lo smaltimento di rifiuti sanitari).

**Un aspetto connaturale a questo scenario e ingiustamente poco considerato è proprio l'impatto ambientale ed ecologico che la dialisi comporta:** il paziente di norma esegue tre sedute di emodialisi ogni settimana; i materiali utilizzati sono monouso,

vengono a diretto contatto con il sangue del paziente e vengono quindi destinati ad un loro smaltimento come rifiuti di tipo sanitario. Per ogni seduta vengono prodotti circa 2.5-4 kg di rifiuti e i costi di smaltimento di questi rifiuti (da 1 a 5 euro al Kg) si aggirano intorno al valore del 20-25% del prodotto. È come se acquistassimo uno smartphone del costo di 400 euro ben sapendo che si spenderanno almeno 100 euro per "rottamarlo". Ogni seduta dialitica per un solo paziente comporta inoltre un consumo di circa 150 litri di acqua, ma anche di elettricità. **Notevole**

**è inoltre la produzione di anidride carbonica emessa nell'esecuzione di queste attività sanitarie.**

In Italia la gestione dei rifiuti, anche ospedalieri, è regolata da leggi e decreti ministeriali, il più importante dei quali è stato emanato nel 2006 (Dpr 254/03 and D. Lgs 152/2006) ove vengono definiti i diversi tipi di rifiuto e le norme per lo stoccaggio, il deposito, il trasporto e il loro smaltimento.

**In un futuro dove la dialisi verrà sempre più utilizzata e queste risorse consumate in quantità maggiore come faremo a gestirle? Esistono metodologie e strategie atte a contenere l'impatto ambientale? Riusciremo a rendere questi trattamenti accessibili a tutti?**

**La "Green Nephrology" è una nuova emergente branca della nefrologia che si occupa proprio di trovare risposte a questi interrogativi.** L'utilizzo dell'acronimo 3R (Riduzione, Riuso, Riciclo) rende bene l'idea di questo virtuoso approccio

alla gestione delle risorse sanitarie in nefrologia.

Il reparto di Nefrologia dell'Ospedale di Bassano del Grappa (Vi), e a seguire i presidi di Santorso e di Asiago sempre all'interno della Aulss7 Pedemontana, sono stati i primi reparti ospedalieri in Italia ad adottare un sistema innovativo e "green" in dialisi, attuando una vera rivoluzione nella gestione delle risorse. Il nostro centro utilizza un sistema di distribuzione centralizzata del concentrato acido in dialisi, che consente di ridurre sensibilmente la quantità di rifiuti ma anche il consumo di acqua.

In una seduta dialitica "standard" vengono infatti utilizzate per ogni paziente delle sacche del peso di circa 5 Kg che contengono il concentrato acido; insieme al bicarbonato e al liquido di dialisi si forma una sostanza che tampona l'acidità del sangue e ne allontana le scorie. Questa sacche, vengono montate su ogni monitor di dialisi dal personale infermieristico, sollevando carichi non indifferenti, sottraendo tempo necessario da dedicare al paziente; spesso inoltre non tutto il liquido contenuto nelle sacche viene utilizzato: ne consegue che per ogni seduta si creano dei rifiuti che devono essere necessariamente smaltiti, consumando sacche in modo incompleto. Queste

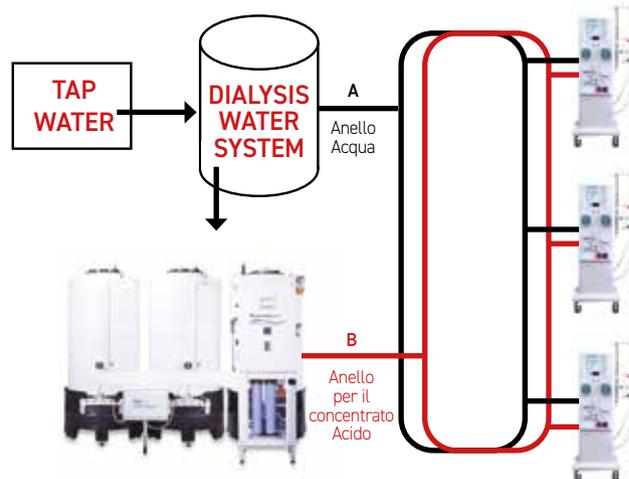
sacche vengono trasportate da grandi camion e vanno stoccate in magazzini dedicati a tale scopo.

Il nostro sistema prevede la produzione e la conservazione del concentrato acido su dei grandi con-

### Meno carta e trasporti con veicoli elettrici

Il progetto di Green Nephrology realizzato dalla Nefrologia si inserisce nell'ambito di un impegno più ampio dell'Ulss 7 Pedemontana per la sostenibilità ambientale. Ne è un esempio concreto anche la particolare attenzione posta in occasione dei bandi di fornitura, che ha portato l'Azienda socio-sanitaria ad aggiudicarsi per quattro volte negli ultimi 5 anni il Premio Compraverde Buygreen della Regione Veneto. In particolare, in attesa dei risultati dell'edizione 2023, va sottolineato il risultato conseguito nel 2022: il Premio è stato assegnato per l'impegno alla riduzione delle emissioni inquinanti posto nella definizione di un bando per il servizio di trasporto dei campioni biologici e altro materiale, ottimizzando i percorsi così da ridurre le percorrenze chilometriche e le conseguenti emissioni, e inserendo nei criteri di valutazione una premialità legata all'utilizzo almeno parziale di veicoli ibridi o elettrici. Inoltre una menzione speciale è stata assegnata per il progetto "Azienda Paperless" finalizzato a ridurre progressivamente il consumo di carta, attraverso la promozione di comportamenti virtuosi tra i dipendenti e una diversa organizzazione delle attività.

## Il Sistema adottato dall'Aulss7 Pedemontana



tenitori e un sistema di distribuzione (anello) che decorre parallelamente al normale impianto dell'acqua e che consente di condurre il liquido direttamente sulle macchine, senza utilizzare quindi le sacche da 5 litri (figura in alto); inoltre al termine del trattamento il liquido viene riassorbito dall'anello e mai sprecato. E il sistema è interamente sterile a causa della notevole acidità della soluzione.

L'utilizzo di questa tecnologia, in oltre 8 anni di esperienza non ha comportato eventi clinicamente rilevanti, né si sono registrati problemi informatici o disguidi tecnici di altro tipo.

Considerando che nella nostra azienda eseguiamo oltre 35.000 sedute dialitiche ogni anno ed ognuna produce una media di 2 Kg

di rifiuti, il risparmio medio si aggira intorno ai 35.000 euro ogni anno. A questo aspetto si associa una netta riduzione nella produzione di rifiuti, nonché della riduzione dei carichi di lavoro per il personale, della ottimizzazione degli spazi nei nostri magazzini e della ridotta necessità di trasporto di dispositivi. Tutto questo alla luce di invariati standard di sicurezza clinica per il paziente in dialisi. Concludendo, ci prepariamo alle sfide del futuro sicuri di avere dalla nostra tecnologie avveniristiche e strategie adeguate. Al contempo bisogna però implementare la sensibilità di infermieri e medici delle nefrologie nel prenderci cura delle nostre risorse ambientali e poter così garantire ai nostri pazienti le cure future.

“ È COME ACQUISTARE UNO SMARTPHONE A 400 EURO SAPENDO CHE SPENDEREMO 100 PER ROTTAMARLO ”



## Ampliato il polo di Ivrea

Il Piemonte come regione strategica nella ricerca oncologica grazie all'ampliamento del

Bioindustry Park di Ivrea con cui Novartis rafforza la propria presenza in Italia e ribadisce il suo impegno negli studi sul cancro. Nella conferenza stampa tenuta, a fine ottobre, all'interno del polo produttivo, l'azienda farmaceutica ha annunciato un investimento di oltre 100milioni di Euro. Nei prossimi tre anni più di 80 saranno destinati a potenziare le attività di ricerca, sviluppo e produzione di radiofarmaci, mentre 20 sono stati già stanziati per la costruzione di un nuovo edificio, inaugurato alla presenza, tra gli altri, del ministro dell'Ambiente e della Sicurezza energetica, Gilberto Pichetto Fratin. "Oggi questo stabilimento occupa 124 persone. Sono 3mila metri quadri suddivisi tra impianti produttivi e laboratori di ricerca. Con questo ampliamento aumenteremo di circa il 20% la capacità produttiva, con un innalzamento occupazionale del 40%", ha illustrato Valentino Confalone, Country President di Novartis Italia.



## Un viaggio per raccontare una patologia rara

"Destinazione Posso - Il mio viaggio con l'angioedema ereditario", è la campagna di sensibilizzazione promossa da Takeda con il patrocinio di Aae, Associazione volontaria per l'angioedema ereditario ed altre forme rare di angioedema, Itaca, Italian Network for Hereditary and Acquired Angioedema e Uniamo, Federazione Italiana Malattie rare, per inaugurare una nuova narrazione dell'angioedema ereditario attraverso la conoscenza, il senso di positività e la fiducia nel futuro. Fulcro dell'iniziativa il cortometraggio cinematografico "Tutto il tempo del mondo" con Enzo Miccio, che interpreta se stesso in un viaggio che in poche ore cambierà la percezione di questa patologia. L'angioedema ereditario, malattia genetica rara, colpisce un individuo su 50.000 nella popolazione generale. Diagnosi tardive, ansia e senso di incertezza caratterizzano questa condizione imprevedibile, difficile

da comprendere per gli altri e con pesanti risvolti sociali, sanitari e sulla qualità di vita dei pazienti. Oggi però le persone con angioedema ereditario possono guardare con fiducia al futuro, perché qualcosa è cambiato grazie alla ricerca e alle terapie; la chiave è una connessione virtuosa tra pazienti, specialisti e centri di riferimento che fanno capo al network Itaca



## Una web serie per raccontare il percorso del trapianto

"I Nuovi Noi", questo il nome della nuova web serie cinematografica in 5 puntate che racconta il percorso del trapianto e il dono di una nuova vita attraverso le storie dei due protagonisti. Come suggerisce il titolo, i cinque episodi, della durata di circa 10 minuti ciascuno sul canale YouTube di Eroi Anonimi e sul sito eroianonimi.it, vogliono trasmettere il concetto di rinascita legato al trapianto: una nuova vita che emerge dalla speranza, dalla generosità dei donatori e dalla professionalità dei medici. La web serie è promossa da Chiesi Italia ed è stata co-creata da un team multidisciplinare di pazienti, medici, psicologi, esperti di comunicazione e video-maker, con l'obiettivo di offrire un'informazione accurata e un utile supporto ai pazienti che affrontano il percorso del trapianto, ma anche di sensibilizzare l'opinione pubblica sui temi del trapianto e della donazione di organi che possono salvare vite umane o offrire un'opportunità di vita migliore per chi soffre di gravi malattie.

## Certificazione di carbon neutrality

Lo stabilimento produttivo di Boehringer Ingelheim Italia, Bidachem SpA, ha ottenuto la certificazione di carbon neutrality dall'ente certificatore internazionale TÜV. Si tratta del primo sito chimico del network produttivo di Boehringer Ingelheim - e uno dei pochi al mondo - ad essere riconosciuto come "carbon neutral", sulla base di un rigoroso piano di contenimento delle emissioni e riduzione dei consumi di risorse naturali, messo in atto nel corso degli anni. La certificazione è stata ottenuta a seguito del raggiungimento degli

obiettivi di Scope 1 e 21, calcolati secondo il protocollo Green House Gas (Ghg), e dell'implementazione di progetti "Carbon off set", certificati Tüv. Oltre 100 milioni di euro investiti negli ultimi 10 anni in infrastrutture per massimizzare la qualità, la sicurezza e la tutela ambientale. In particolare, grazie all'introduzione di impianti all'avanguardia, è stato possibile ridurre i consumi d'acqua di oltre il 60% a partire dal 2005. Inoltre, lo stabilimento acquista esclusivamente energia elettrica proveniente da fonti rinnovabili e, tramite la recentissima installazione di un impianto fotovoltaico da 90 kW, è stato fatto un primo passo verso una maggiore autonomia energetica. Oltre che al contenimento dei consumi energetici, gli investimenti sono orientati a ridurre l'emissione di sostanze potenzialmente inquinanti, a cominciare dall'installazione di sistemi di trattamento per la purificazione delle acque reflue e di impianti che, a fronte di un minore utilizzo di gas, hanno consentito di tagliare del 30% le emissioni di CO2 negli ultimi 2 anni.

## In campo per riconoscere i segnali di violenza contro le donne

Fondazione Libellula Impresa Sociale e Fondazione Vodafone Italia hanno siglato un accordo di collaborazione per formare il personale socio-sanitario a riconoscere i segnali di violenza contro le donne. Secondo gli ultimi dati del Ministero della Salute, nel 2021 sono state 11.771 le donne che hanno effettuato un accesso in Pronto Soccorso con indicazione di violenza. Per questo le due Fondazioni hanno ritenuto importante strutturare dei percorsi di formazione per permettere agli operatori e alle operatrici socio-sanitari/e di individuare il più rapidamente possibile i segnali di una violenza e di utilizzare strumenti relazionali idonei per approcciarsi alle vittime e metterle in sicurezza. L'iniziativa, sostenuta da Fondazione Vodafone Italia, prevede il coinvolgimento di alcune strutture ospedaliere distribuite sul territorio italiano. Le prime regioni coinvolte sono Puglia, Campania, Lazio e Lombardia. Verrà attivata una vera e propria rete di intervento e protezione formata da organizzazioni, associazioni, enti e servizi del territorio. È prevista anche la creazione di un network tra gli ospedali dei territori interessati dal progetto per favorire lo scambio

di best practice e il confronto su un fenomeno sociale di grande attualità. Saranno coinvolti in particolare il Pronto Soccorso, i reparti di Ginecologia, Ostetricia, Traumatologia, Pediatria e Chirurgia Ortopedica. La formazione è a cura di Fondazione Libellula, a partire dal progetto di cura "Dai Segni ai Sogni" testato nel 2022 sul personale dell'Asst-Gaetano Pini-Cto di Milano e replicato in altre 6 edizioni nel territorio milanese. Fondazione Vodafone metterà a disposizione come strumento a supporto del personale socio-sanitario e delle donne vittime di violenza "Bright Sky", l'app gratuita, sviluppata in collaborazione con Cadmi - Casa delle Donne Maltrattate e Polizia di Stato, che fornisce risorse, supporto e strumenti concreti alle donne che subiscono violenze e maltrattamenti.



## Torna "Unstoppable"

Dopo il successo della prima edizione, torna "Unstoppable", il programma digitale di educazione civica per la sensibilizzazione sul diabete e l'inclusione, promosso da Medtronic al fianco di Civicamente. Quest'anno l'iniziativa si allarga e, oltre a coinvolgere docenti e studenti delle scuole secondarie, punta anche agli istituti primari. Il programma intende sensibilizzare sui temi dell'inclusione, con particolare focus sulle cronicità e, nello specifico, sul diabete, nell'ottica di favorire l'integrazione e il superamento degli stereotipi, sensibilizzando ad un approccio verso gli altri più aperto, orientato all'ascolto e alla condivisione. Attraverso la piattaforma [www.educazionedigitale.it/unstoppable](http://www.educazionedigitale.it/unstoppable) sarà possibile accedere a materiale studiato appositamente per i docenti, che potrà essere utilizzato nelle ore di Educazione Civica per diffondere una corretta informazione e l'inclusione dei ragazzi con diabete, abbattendo stigma e pregiudizi. Il percorso, attraverso efficaci strumenti di formazione e coinvolgenti risorse didattiche, permetterà di acquisire nozioni tecnico-scientifiche fondamentali per poter approcciare e approfondire gli argomenti, ma consentirà anche di allenare, attraverso laboratori di gruppo, la comunicazione aperta, l'immedesimazione e l'empatia: un vero e proprio strumento di liberazione e superamento dello stigma.



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

a cura di Cinzia Boschiero  
[redazione@panoramasanita.it](mailto:redazione@panoramasanita.it)



**Per un migliore  
coordinamento  
delle unità di terapia  
intensiva sono previsti  
fondi europei?**

Roberta Simonti

In questo momento è aperto un bando di 5 milioni di euro per creare una infrastruttura europea federata per i dati delle unità di terapia intensiva combinata con meccanismi di governance che consentano un accesso transfrontaliero sicuro e l'utilizzo di insiemi di dati delle Icu, strumenti e risorse correlate. L'infrastruttura sarà utilizzata da clinici, ricercatori e innovatori con l'obiettivo di un processo decisionale clinico, diagnostico, di un trattamento personalizzato e di una medicina predittiva più precisi, più rapidi e più efficaci. Questa infrastruttura consentirà di effettuare ricerca e innovazione sia osservazionale che interventistica a livello paneuropeo, anche in

preparazione a future pandemie. Possono presentare domanda consorzi comprendenti enti pubblici e privati come organizzazioni ospedaliere, università, organizzazioni di ricerca, industria, pmi, fornitori di soluzioni informatiche, autorità governative a livello nazionale, regionale e locale.

**L'Europa si interessa al  
tema ludopatia e salute?  
Sono disponibili dati o  
progetti sull'argomento?**

Enrico Nucera

Dell'argomento se ne è parlato recentemente durante un corso al Palazzo delle Stelline. L'associazione "Avviso Pubblico" ha presentato dati italiani, europei ed internazionali sul preoccupante dilagare della ludopatia che si ripercuote in problemi di salute. È aumentato di quasi un'ora il tempo trascorso a giocare d'azzardo on line e una piccola percentuale di persone

ha addirittura iniziato a giocare d'azzardo proprio durante il lockdown è quanto emerge da un studio condotto dall'Iss in collaborazione con l'Istituto Mario Negri, l'Istituto per lo Studio, la Prevenzione e la rete Oncologica (Ispro), l'Università degli studi di Pavia e l'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano sull'abitudine al gioco degli italiani. Nello studio è stato evidenziato che l'uso di psicofarmaci, la bassa qualità della vita, la scarsa quantità di sonno, la depressione e l'ansia risultano significativamente correlati ad un aumento dell'attività di gioco d'azzardo. Recenti ricerche europee hanno evidenziato che il gioco d'azzardo è un problema di salute pubblica. Numerosi studi



riportano l'associazione tra l'attività di gioco d'azzardo e l'aumento dei casi di vari altri danni, tra cui l'abuso di sostanze e i disturbi psicologici. Parallelamente all'abuso di alcol, sta anche diventando chiaro che i danni legati al gioco d'azzardo sono più un continuum di danni, in contrapposizione alle categorizzazioni tradizionalmente accettate del comportamento di gioco d'azzardo: sicuro e responsabile o "problema" e dannoso. La Commissione europea aveva già presentato un Libro verde nel 2011 sul gioco d'azzardo online. Purtroppo gli Stati guadagnano sui profitti del gioco d'azzardo una percentuale. Più ricerche scientifiche hanno segnalato la vicinanza delle loot boxes alle dinamiche del gioco d'azzardo ecco perché anche nel 2023, il Parlamento Europeo ha chiesto a tutti gli attori istituzionali una nuova risposta armonizzata nel settore dei videogiochi e anche delle trasmissioni on

line o in tv che abbiano le medesime dinamiche dei loot boxes.

### **Sono stati condotti studi europei sulla salute degli occhi e l'incidenza di patologie al femminile?**

Ludovico Motta

Alcuni studi sono stati presentati a Roma il 13 ottobre scorso al congresso nazionale degli oculisti ambulatoriali (società scientifica Goal) alla presenza delle massime autorità anche della Sanità militare. Il congresso aveva il titolo "Multidisciplinarietà e genere in oftalmologia". Sono emersi dati interessanti sulla salute dei nostri occhi e in particolare l'importanza di fare più prevenzione



per talune patologie oculari che colpiscono in particolare le donne e sono stati presentati studi che evidenziano manifestazioni oculari e disturbi al femminile correlati alla sindrome delle apnee ostruttive del sonno.

### **Ci sono bandi aperti europei sulle malattie croniche respiratorie?**

Mauro Rovello

Sì. Vengono cofinanziati progetti atti a sostenere gli stakeholder nella prevenzione delle malattie non trasmissibili nel settore delle malattie respiratorie croniche. Possono partecipare a questo bando università e istituzioni educative, organizzazioni della società civile, associazioni professionali sanitarie, organizzazioni di pazienti, fondazioni, ong e organismi simili. Ogni progetto deve durare massimo trentasei mesi. Il bando ha un importo massimo di un milione di euro.

### **Cos'è il progetto Genoma d'Europa?**

Marisa Contello

L'iniziativa Genoma d'Europa (GoE) è legata al raggiungimento degli obiettivi e delle ambizioni a lungo termine dell'iniziativa 1+Milione di Genomi (1+MG).

Genoma d'Europa (GoE) è un progetto multinazionale che mira a stabilire e lanciare una banca dati europea delle variazioni genetiche ottenute mediante sequenziamento dell'intero genoma (Wgs) per almeno 500mila cittadini, basandosi su collezioni nazionali di genomi di riferimento.

È aperto un bando della Commissione europea di venti milioni di euro e possono parteciparvi enti pubblici e privati come amministrazioni pubbliche a livello nazionale, regionale e locale, ospedali, istituti di ricerca, biobanche, agenzie di ricerca, infrastrutture di ricerca.



# I ministri tecnici non esistono

Enrico Giovannini  
Editore Laterza  
pp. 296  
20,00 euro

**Ascoltare, compiere scelte, costruire il consenso, far funzionare meglio l'amministrazione, disegnare il futuro: ogni ministro, anche uno cosiddetto "tecnico", è chiamato a far questo... e molto altro**

"Ma cosa fa un ministro?". Questa è la domanda che Enrico Giovannini, allora ministro delle Infrastrutture e della mobilità sostenibili, si sente rivolgere da una ragazza una mattina del 2022 a Genova. Una domanda che stimola molti altri interrogativi, ai quali Giovannini risponde in questo libro sulla base dei quasi due anni di esperienza da ministro tecnico nel governo Draghi.

Se non si può riferire a un programma elaborato dal partito di appartenenza, allora come fa un ministro tecnico a prendere decisioni politiche? Segue l'approccio basato "sulla scienza e l'evidenza"? Media tra spinte e interessi contrapposti? Si difende dietro il classico "ce lo chiede l'Europa"? Si affida al suo intuito? Come coniuga l'esigenza di rispondere alle urgenze o alle emergenze del momento con quella di operare scelte orientate al lungo termine? Come interagisce con la burocrazia pubblica? E come si rapporta al mondo dei media? Il libro racconta come si fa a fare tutto questo in pratica. Una sorta di "manuale" per capire in cosa consista la difficile, ma anche affascinante, arte della politica.



*Enrico Giovannini ha promosso la creazione, nel febbraio 2016, dell'Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile, di cui è direttore scientifico. È ordinario di Statistica economica all'Università di Roma Tor Vergata, dove insegna anche Sviluppo sostenibile. È stato, tra l'altro, chief statistician dell'Ocse, presidente dell'Istat, ministro del Lavoro e delle Politiche sociali nel governo Letta e ministro delle Infrastrutture e della mobilità sostenibili nel governo Draghi.*



**Guerra o salute** Dalle evidenze scientifiche alla promozione della pace

Pirous Fateh-Moghadam

L'epidemiologo Fateh-Moghadam analizza i conflitti da un punto di vista sanitario e basandosi sulle evidenze scientifiche, applicando chiari criteri, prefigura un percorso verso un mondo più pacifico, resiliente ai cambiamenti climatici, con salute e benessere per tutti. Per condividere tale percorso non occorre essere medici o infermieri, ma un operatore sanitario, per coerenza con i principi e i doveri della propria professione, ha una ragione in più per farlo.

Il Pensiero  
Scientifico Editore  
pp. 152  
18,00 euro



**Match Point.** Come la scienza sta sconfiggendo il cancro

Roberto Burioni

Perché una cellula sana si trasforma in una cancerosa? E cosa permette al cancro di espandersi? A che punto è la ricerca e cosa possiamo fare, per contrastarlo? L'autore risponde a queste e altre domande, soffermandosi sui progressi scientifici. La ricerca ci fornisce ogni giorno nuove cure e conoscenze che ci permettono di guardare con speranza al futuro. Il racconto avvincente della partita che l'Uomo e la scienza stanno giocando contro il cancro.

La nave  
di Teseo  
pp. 240  
19,00 euro



**L'età genetica** La rischiosa ambizione di modificare la vita

Matthew Cobb

La storia lunga mezzo secolo di una rivoluzione scientifica e tecnologica che ha mutato la visione della vita. Da quando la scienza può manipolare con estrema precisione i geni di qualsiasi organismo, l'umanità ha guadagnato un grado di controllo sulla vita che nemmeno la fantascienza si era mai sognata. L'età genetica è la storia di questa rivoluzione. Un saggio che illustra il potenziale offerto dall'ingegneria genetica ma anche le inquietanti minacce di cui è portatrice.

Einaudi  
pp. 486  
34,00 euro

# Formazione manageriale in sanità

Il prossimo 13 dicembre 2023

all'Auditorium del Ministero della Salute a Roma

L'Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari, Università Cattolica del Sacro Cuore ha organizzato un workshop dal titolo

## Competenze manageriali in sanità: ruolo, impatto e prospettive per la formazione

In occasione del completamento del primo anno di attività di SCHOLA "Strategic Competencies Healthcare Organization Lab", laboratorio dedicato allo sviluppo delle competenze manageriali in sanità, l'ALTEMS, Alta Scuola di Economia e Management dei Sistemi Sanitari-organizza un workshop volto a costruire un dibattito che metta al centro della discussione le competenze manageriali e in particolare il ruolo, l'impatto e le prospettive strategiche della formazione manageriale in sanità. L'idea è promuovere la formazione manageriale, i ruoli e le competenze per contribuire al futuro del sistema sanitario, delle organizzazioni che in esso operano e dei profili che le guideranno; l'ambizione è ricreare il giusto rapporto tra istituzioni e management ripartendo da ruoli e responsabilità condivise e in questo modo offrire un supporto al sistema salute per renderlo efficiente nell'allocazione delle risorse sia economiche che umane.

A dare avvio alla discussione sarà la

presentazione della ricerca condotta all'interno del Laboratorio SCHOLA che ha analizzato, in una prospettiva longitudinale, gli effetti della formazione manageriale sulla maturazione della consapevolezza e dell'autoefficacia rispetto al possesso di competenze



L'offerta formativa di ALTEMS si basa su 6 aree disciplinari:

1. Organizzazione e Management
2. Operations Management
3. Valutazioni Economiche e HTA
4. Innovazione Digitale e Comunicazione Sanitaria
5. Health Policy and Planning
6. Legislazione e Diritto Sanitario

manageriali. I risultati saranno discussi sotto diverse prospettive, partendo da quella accademica con la finalità di porre in luce strumenti, azioni e strategie per uno sviluppo delle competenze dei futuri manager della sanità in linea con le prospettive di crescita del sistema salute. La seconda prospettiva portata al centro della discussione, quella dei policy makers, avrà la finalità di evidenziare il valore politico e di sistema del "buon management", nonché il ruolo delle istituzioni nella ottimizzazione delle risorse destinate alla formazione manageriale. Infine, la prospettiva del management sarà di fondamentale rilevanza per mettere in evidenza la funzione delle competenze manageriali nella definizione dei ruoli di management strategico in sanità.

Informati ora,  
punta il QRcode  
o vai sul sito  
[altems.unicatt.it](http://altems.unicatt.it)



In questo numero hanno scritto per noi

**ANGELO AVOGARO**  
Università degli Studi di  
Padova, Padova - Italy

**ALICE BASIGLINI**  
Associazione Italiana  
Ospedalità Privata, AIOF -  
Ufficio studi e statistiche e  
UEHP

**LICIA BOCCALETTI**  
Anziani e Non Solo-Società  
Cooperativa Sociale-Carpi  
(Mo)

**GIULIANO BUZZETTI**  
Dephaforum S.R.L., Milano  
- Italy

**TIZIANO CARRADORI**  
Direttore generale Aust  
Romagna

**ELENA CAPITANI**  
Scuola di Specializzazione in  
Igiene e Medicina Preventiva,  
Università degli studi di  
Siena

**ILARIA CAVO**  
Commissione Affari Sociali,  
Camera dei Deputati

**LUCIANO CIOCCHETTI**  
Vicepresidente della  
Commissione Affari Sociali  
della Camera dei Deputati

**ARMANDO COZZUTO**  
Presidente Ordine Psicologi  
Regione Campania

**DOMENICO CRISARÀ**  
Vicesegretario nazionale  
FIMMG

**ILARIA CRISTIANO**  
ConsulHTA Srl

**BARBARA D'AMEN**  
ISTAT-Istituto Nazionale  
di Statistica-Direzione  
Centrale per la Raccolta  
Dati- Roma

**PIETRO DERRICO**  
Già Presidente AIIC,  
Past President SIHTA,  
Amministratore Unico  
ConsulHTA Srl

**ANTONIO PIO D'INGIANNIA**  
Segretario Provinciale  
FIMMG di Cosenza

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

**MARIA FRANCESCA FREDA**  
Prof. Ordinario di Psicologia  
Clinica Università degli  
Studi di Napoli Federico II;  
Presidente Società Italiana  
di Psicologia della Salute

**MARIA ANTONIETTA  
GULINO**  
Psicologa, Psicoterapeuta,

Presidente Ordine Psicologi  
della Toscana

**IVAN IACOB**  
Segretario Generale  
Associazione Unitaria  
Psicologi Italiani, AUIPI

**CLAUDIO JOMMI**  
Università degli Studi del  
Piemonte Orientale, Novara  
- Italy

**DAVID LAZZARI**  
Presidente del Consiglio  
nazionale dell'Ordine degli  
Psicologi (Cnop)

**PAOLO LUCA LENTINI**  
Direttore UOC Nefrologia  
AULSS7 Pedemontana

**SANDRO LIMAJ**  
Scuola di Specializzazione  
in Igiene e Medicina  
Preventiva, Università degli  
studi di Siena

**MICHELE LIUZZI**  
Professore a contratto  
Dipartimento Psicologia  
dell'Università degli Studi  
di Torino; Vice Presidente  
Società Italiana di Psicologia  
di Cure Primarie (SIPCP)

**ILENIA MALAVASI**  
XII Commissione Affari sociali  
della Camera dei Deputati

**ANNA MARIA MARATA**  
CTS Agenzia Italiana del  
Farmaco, AIFA, Roma - Italy

**GIOVANNI MIGLIORE**  
Presidente Federazione  
Italiana Azienda Sanitarie  
e Ospedaliere, FIASO;

Direttore Generale  
Policlinico di Bari

**GIANDOMENICO NOLLO**  
Presidente Società  
Italiana di Health  
Technology Assessment,  
Sihta; Università degli  
Studi di Trento

**LAURA PAROLIN**  
Presidente Ordine  
degli Psicologi  
della Lombardia;  
Vicepresidente del  
Consiglio nazionale  
dell'Ordine degli  
Psicologi, Cnop

**ANTONINO PREVITI**  
Responsabile UOS  
Nefrologia AULSS7  
Pedemontana

**ANNA PONZIANELLI**  
Moderna Italy, Roma - Italy

**DANIELA REBECCHI**  
Gruppo di lavoro Sanità  
del Consiglio nazionale  
dell'Ordine degli  
Psicologi, Cnop

**SARA SANTINI**  
IRCCS INRCA Istituto  
Nazionale di Riempo  
e Cura degli Anziani-  
Centro Ricerche  
Economico-Sociali  
per l'Invecchiamento-  
Ancona

**MARCO TRABUCCHI**  
Direttore Gruppo di  
Ricerca Geriatrica di  
Brescia; Past President  
dell'Associazione Italiana  
di Psicogeriatrica, AIP

**Antimicrobial resistance is one of the top 10 global public health threats facing humanity.**



---

**Our time with antimicrobials is running out.**

---

**INVESTMENTS ARE URGENTLY NEEDED TO DEVELOP NEW ANTIMICROBIALS.**



**World Health Organization**



Antibiotics  
Antivirals  
Antifungals  
Antiparasitics



## QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

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



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



**OSA**  
Operatori Sanitari Associati