



MERITOCRAZIA ITALIA:

Aprile

Sanità e Ricerca Scientifica





Presentazione

Nel mese di Aprile, Meritocrazia Italia ha condotto uno studio tematico finalizzato a favorire il rilancio della Sanità e della Ricerca scientifica nel Nostro Paese.

“Non c'è cura senza ricerca”: questo è stato il connubio da cui si è partiti.

Grazie al coinvolgimento di istituzioni, associazioni di categoria e operatori dell' settore, il Movimento partendo dalla predisposizione di uno screening il più veritiero della situazione attuale nel nostro Paese e in ogni sua regione, ed attraverso una serie di incontri e di tavoli di lavoro sui grandi temi quali: prevenzione, programmazione, innovazione, investimenti e ricerca, con tutte le associazioni di categoria, le realtà scientifiche, economiche, sono state messe a confronto le diverse scuole di pensiero sulle possibili evoluzioni del SSN e della Ricerca Scientifica in Italia.

Si è prestato il palco a chi ha voluto condividere la propria esperienza e le proprie conoscenze, raccogliendo idee, proposte e suggerimenti al fine di individuando azioni e percorsi per costruire uno scenario nuovo che dia risposte concrete alle aspettative dei ricercatori del servizio sanitario, dando tranquillità a chi già lavora nel settore e offra nuove opportunità a chi ha talento.

L'attività di studio e di proposizione dei Dipartimenti di Meritocrazia ha trovato espressione in elaborati condivisi anche sulla piattaforma del Movimento e tramite gli strumenti social. Tantissime le proposte di soluzione offerte ai problemi emergenti ed emergenziali in seguito alla pandemia da SARS-CoV-2.

Tantissime proposte legate da una consapevolezza comune: il Servizio Sanitario Nazionale vittima della mancanza del valore del merito.

Ed è proprio la mancanza del merito la principale causa di frustrazione di tutti i lavoratori del sistema sanitario, della fuga dei cervelli, dello sperpero di denaro pubblico e del moltiplicarsi delle responsabilità sanitarie a carico delle Aziende. Criticità emerse ancor più chiaramente a causa dell'emergenza che ha colpito l'intera Nazione.

Meritocrazia Italia consapevole della necessità di una Rivoluzione strutturale e culturale, prosegue nella propria missione.

Il Presidente Walter Mauriello

I VIRTU ED INEFFICIENZE DELLA PUBBLICA SANITA'



“L'accesso alle medicine e alla vaccinazione, la promozione della salute e la prevenzione delle malattie sono le pietre miliari per il miglioramento della salute e l'inclusione (...)” queste le principali dichiarazioni del G20 di Osaka tenutosi a giugno 2019.

Salute e benessere sono tra i 17 obiettivi dell'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, che ha visto anche l'Italia impegnata a raggiungere tale risultato attraverso il SSN.

Le fonti di finanziamento della ricerca sanitaria in Italia sono sia pubbliche che private e lo strumento strategico per la politica sanitaria si articola in ricerca corrente e in ricerca finalizzata, la prima è rivolta agli IRCCS, mentre la seconda è aperta a tutti i ricercatori del SSN.

Entrambe si propongono alcuni obiettivi prioritari per il miglioramento della salute della popolazione, per favorire la sperimentazione di modalità di funzionamento, gestione e organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche, volte a migliorare l'integrazione multi-professionale, la continuità assistenziale e la comunicazione con i cittadini.

Il primo Capitolo del Rapporto Italiano 2019, che riprende le indicazioni fornite nel gennaio 2019 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), descrive ed individua le minacce - legate al quadro socio-economico e demografico - del nostro paese nelle seguenti:

1. Il SSN, nel modo in cui è concepito attualmente, è insostenibile e sotto finanziato;

2. Nonostante il settore farmaceutico italiano sia un elemento fondamentale per l'attrattività e la competitività del Sistema-Paese, è mancato un Piano Strategico delle Life Sciences dell'Italia, come avvenuto in altri Paesi;

3. Le differenze socio-economiche tra le Regioni del Nord, del Centro e quelle del Sud rilevabili in numerosi indicatori (livelli di reddito e di istruzione, stili di vita e status sociale) evidenziano enormi differenze sulla possibilità di vivere in buona salute;

4. Il processo di invecchiamento della popolazione in atto, con la previsione della necessità di maggiore assistenza da parte del SSN, ha costretto le Regioni - anche nell'attuale stato di emergenza - ad adottare soluzioni provvisorie, tra cui contratti a tempo determinato per categorie di medici non specializzati, il richiamo di medici già pensionati, oltre che di medici stranieri.

Dal XIV rapporto meridiano sanità del 2019, le principali cause che hanno generato tali carenze sono due:

a) Il tetto di spesa previsto per il personale sanitario imposto alle Regioni con la Legge finanziaria per il 2007. Da tale anno è stato impedito di fare tutte le assunzioni necessarie per un corretto funzionamento del SSN, con il conseguente aumentare dell'età media dei medici, e se a ciò si aggiunge l'ultima riforma in ambito pensionistico la c.d. “Quota 100”, nel breve-medio periodo, difficilmente sarà possibile sostenere il fabbisogno di personale senza interventi straordinari sui flussi in ingresso.

b) la carenza di risorse dedicate per la formazione specialistica, con impatti significativi sulla futura disponibilità di medici specialisti. Secondo i dati del Ministero dell'Istruzione, nell'anno accademico 2017/18 i posti disponibili nelle scuole di specializzazione erano 7.164, a copertura di meno dell'80% dei 9.252 neo-laureati in medicina nell'anno precedente. Secondo le stime, nel 2025 le principali carenze di medici specialisti riguarderanno la medicina d'emergenza-urgenza (4.180 medici), la pediatria (3.323 medici) e la medicina interna (1.828 medici). Per quanto riguarda invece le Regioni, quelle con le carenze maggiori saranno la Sicilia, con una carenza di 2.251 medici, il Piemonte (2.004 medici) e la Lombardia (1.921 medici).

La mancata formazione del personale sanitario ed infermieristico è emerso nella sua interezza anche con l'emergenza covid-19, come dichiarato del Presidente Gimbe, Nino Cartabellotta, secondo il quale: “Un mese dopo il caso “1” di Codogno, i dati dimostrano che è stato pagato a caro prezzo l'impreparazione organizzativa e gestionale all'emergenza (...) dalla mancata formazione dei professionisti sanitari all'informazione alla popolazione(...)”.

Che il SSN sia stato lasciato indietro è una realtà incontrovertibile, e ciò è confermato anche dal fatto che i finanziamenti sono rimasti praticamente fermi nell'ultimo decennio. Tutto ciò può essere tradotto nella adeguata e corretta distribuzione delle risorse, per garantire che la ricerca scientifica sia in grado di rispondere a quei quesiti reali che nascono nell'ambito del SSN, come la cura e l'assistenza del paziente, l'organizzazione e la gestione dei servizi finalizzati alla persona.

La ricerca biomedica e l'innovazione tecnologica continuano a caratterizzare e trasformare profondamente i processi di cura e i servizi sanitari. In tale contesto di innovazione, la strada da percorrere è quella di un patto nuovo con il quale Stato, Regioni, Università ed imprese possano lavorare insieme per una strategia di promozione e supporto alla ricerca ed allo sviluppo (R&S), la cui applicazione rappresenterebbe un punto qualificante ed essenziale per l'intero sistema nazionale.

La strategia adottata dal Ministero della Salute, è stata quella di favorire l'aggregazione degli Istituti appartenenti alla propria rete istituzionale, Regioni, IRCCS, ISS, IZS, ISPELS, con le Università e gli altri Istituti pubblici e privati di ricerca.

Ultima ma non certo per importanza, carenza del sistema sanitario Italiano, è quella della informatizzazione dei suoi processi e della modalità di formazione dei suoi operatori, che appare appena sufficiente. Fino a poco tempo fa l'Italia, in termini di sanità digitale, è stato ancora fanalino di coda in Ue per spesa pro-capite, e questo va a discapito della spesa pubblica. Il nostro Paese, investe in sanità digitale solo 22 euro pro-capite contro i 60 delle Gran Bretagna, ed i 40 della Francia.

I tre Ministeri proponenti dell'Iniziativa “Innova per l'Italia” lanciano oggi, congiuntamente al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità, all'Organizzazione Mondiale della Sanità e ad un comitato scientifico interdisciplinare, un nuovo invito al mondo dell'impresa e della ricerca, anche universitaria.

L'obiettivo è quello di individuare le migliori soluzioni digitali disponibili relativamente ad App di telemedicina ed assistenza domiciliare dei pazienti, nonché a tecnologie e strategie basate sulle tecnologie per il monitoraggio “attivo” del rischio di contagio, al fine di coordinare a livello nazionale l'adozione e l'utilizzo di queste soluzioni e tecnologie, indispensabili a migliorare i risultati in termini di monitoraggio e contrasto alla diffusione del Covid-19. Ci si augura che tutto ciò abbia alla base la formazione digitale dei propri operatori.

II ECONOMICITÀ, EFFICACIA ED EFFICIENZA NELLA GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE

Oggi la Sanità Italiana è gestita a livello Regionale conformemente al modello del Welfare State: buona parte del bilancio Regionale viene speso in Sanità, motivo per il quale è stato possibile effettuare in più di una occasione tagli al fondo della sanità. La possibilità di gestire con metodi privati anche le aziende pubbliche, presuppone un fine aziendale, ovvero perseguire e stabilizzare nel tempo uno stato di equilibrio economico capace di creare valore sociale e ricchezza.

Una delle più grandi opportunità offerte è stato il processo di aziendalizzazione e trasformazione delle USL in Aziende Sanitarie Locali, alle quali è stata riconosciuta personalità giuridica.

Palmare importanza riveste il ruolo delle Aziende Ospedaliere, anch'esse dotate di personalità giuridica, autonomia amministrativa e organizzativa. In particolare, le aziende ospedaliere si configurano come soggetti erogatori di prestazioni impegnate in ricoveri ad alta complessità, che richiedono un elevato grado di specializzazione; esse rappresentano presidi autonomi in grado di erogare il proprio servizio.

I suoi organi aziendali sono rappresentati dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario, dal Collegio Sindacale. Per consentire al Direttore generale di gestire l'azienda secondo criteri di economicità, efficacia ed efficienza, si è reso necessario adottare logiche di tipo manageriale, unitamente a strumenti amministrativo contabili tipici delle aziende private, e dunque l'adozione di un sistema contabile economico patrimoniale (che ha sostituito il sistema contabile finanziario).

Attualmente vige un sistema di controlli interno, volto a migliorare la regolarità amministrativo-contabile e l'efficienza amministrativa, e dunque l'economicità, capace di attuare rapidi interventi di correzione per il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Ebbene, la spesa sanitaria, è diventata di esclusiva competenza della Regione (salvo interventi dal fondo di perequazione), e le sue entrate di natura fiscale sono rappresentate da quote di compartecipazione al gettito che deriva sia dal settore impositivo diretto che indiretto, attraverso la compartecipazione delle Regioni del gettito Iva-Irpef, dal totale gettito Irap e dalla compartecipazione regionale all'accisa sulla benzina. Alle entrate di natura fiscale, si aggiungono i proventi dalla compartecipazione alla spesa sanitaria degli assistiti e dalle prestazioni sanitarie rese a pagamento, nonché dai ticket.

III TUTELA PER I SANITARI IMPEGNATI CONTRO IL COVID-19.

Sin dall'inizio della pandemia è stata chiara la crisi del sistema sanitario, rivelando tutte le debolezze, dopo anni di privatizzazioni e indebolimento delle strutture, nel momento in cui è stato sottoposto ad uno stress-test immane.

All'indomani dell'emanazione del D. L. 17 marzo 2020, n. 18 (cd. decreto Cura Italia), ove la laurea in medicina diventa "abilitante" alla professione medica, occorre abbandonare la logica dell'obbligazione di risultato, sia per quanto riguarda prestazioni che implicano la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà (art. 2236 c.c.) ove il prestatore (il medico) non risponde dei danni se non in caso di dolo e colpa grave, sia rispetto agli interventi di routine.

Appare opportuno che il Governo adotti provvedimenti finalizzati a tutelare il ruolo dei medici e del personale sanitario con scelte congrue rispetto allo stato emergenziale ("stato di necessità") nei confronti di coloro che sono impegnati contro il Covid 19, adottando soluzioni giuridiche atte a renderli immuni da responsabilità per colpa in ipotesi di decesso dei pazienti, sia in sede civile, sia in sede penale (per quest'ultimi, "non punibilità" per i reati colposi). Ciò al fine di salvaguardare la salute di ogni cittadino e contestualmente fare in modo che i sanitari stessi possano svolgere la loro missione con la consapevolezza, seppur entro determinati limiti, di non incorrere nel rischio di procedimenti giudiziari a loro carico.

Contestualmente, sarebbe auspicabile realizzare un condiviso afflato di responsabilità solidale con la previsione di un indennizzo a favore degli eredi delle vittime da Covid -19.

È di chiara evidenza che l'adozione della contabilità economico-patrimoniale ha migliorato il sistema di contabilità analitica, consentendo di individuare i consumi nella prospettiva economica di programmazione e pianificazione.

La programmazione, in passato strutturata su base finanziaria, oggi si realizza su base economica con la redazione del budget economico, che ha facilitato la individuazione di quelli che saranno i costi ed i ricavi dell'esercizio per unità, per centro di responsabilità, etc.

Si è ottenuto, rispetto al passato, un netto miglioramento del tenore informativo dell'attività aziendale attraverso il superamento delle logiche di entrate e di uscite, a favore delle logiche di costi e ricavi. Non a caso, l'adozione della contabilità economico-patrimoniale rileva il costo (utilità prodotta da una risorsa nella prospettiva di conseguire un risultato invece della spesa, che invece si riferisce all'uscita monetaria).

Tutte le aziende Sanitarie sono tenute a redigere il bilancio pluriennale di previsione (triennale), il bilancio economico di previsione, il bilancio consuntivo d'esercizio. Quest'ultimo consente di verificare a consuntivo il grado di raggiungimento degli obiettivi definiti in sede preventiva, oltre che adempiere agli obblighi di legge.

Tutto ciò ha contribuito ad evidenziare gli sprechi e le inefficienze in sanità che incidono significativamente sulla spesa pubblica. Spese e inefficienze, in via prevalente, possono sintetizzarsi in acquisti con un prezzo eccessivo, come il costo dei farmaci, e dei dispositivi e delle attrezzature, ivi compreso il costo dei beni e servizi non sanitari, quali il riscaldamento, pulizie, mensa etc. Tutto ciò è aggravato in molti casi dal ritardo dei pagamenti delle fatture, che comportano maggiori oneri finanziari sui conti dei fornitori. Non poche volte si verifica un utilizzo spropositato dei farmaci, e del facile ricorso ai ricoveri ospedalieri.

Il sovraccarico causato dalle strutture burocratiche sottrae tempo prezioso anche ai professionisti, compresi quelli sanitari, in un contesto dove, i costi del personale amministrativo rappresentano già una consistente voce di spesa del servizio sanitario nazionale. Tutto potrebbe contenersi attraverso la semplificazione amministrativa, la costante informatizzazione di processi e procedure degli acquisti, la dematerializzazione dei documenti, la semplificazione e il rinnovo della dotazione informatica, la qualificazione del personale interno con riduzione degli incarichi professionali esternalizzati, ed una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.

L'indennizzo potrebbe concretizzarsi in un assegno che consta di una parte in misura fissa e di una parte in misura variabile, determinato (per la parte variabile) anche sulla base delle tabelle in vigore del Tribunale di Milano (età, prospettive di vita, indice Istat, ecc.), da corrispondere da parte del Ministero della Salute.

Altra soluzione auspicabile sarebbe l'istituzione di un fondo unico nazionale per l'indennizzo dei danni derivanti dall'infezione da COVID-19 in luogo dell'esercizio dell'ordinaria azione di risarcimento civile.

La tutela - da attivare quale prima specifica misura urgente ed emergenziale - derivante da un siffatto rimedio di natura indennitaria, pur con i limiti propri dello strumento, avrebbe il pregio di restituire al sistema paese l'originaria e fondamentale dimensione unitaria del Servizio Sanitario ed, al contempo, da un lato di prevenire la disparità di trattamento che derivi dalle realtà locali coinvolte -disalimentando la frammentarietà derivante dalla revisione del testo costituzionale effettuata nel 2001- e dall'altro di evitare di costringere in un contenzioso giudiziario impegnativo i medici e gli operatori sanitari ora in prima linea nel fronteggiare l'epidemia. Di converso la mancata attivazione di misure volte a contrastare i già annunciati effetti dirompenti di un contenzioso dai tempi lunghi e costi elevati a carico della collettività, potrebbe essere causa della fine dello spirito universalistico e gratuito della sanità in Italia a favore del sistema assicurativo americano di tipo statunitense.

IV CRITICITÀ RISCOSE NELLA GESTIONE DELLE RSA. POSSIBILI INTERVENTI E PROPOSTE A BREVE TERMINE PER LA RISOLUZIONE DELLE STESS.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un progressivo invecchiamento della popolazione su scala mondiale. Secondo una proiezione dell'OCSE, nel 2050 la popolazione ultrasessantenne sulla Terra sarà di 2,4 miliardi e per lo stesso periodo, l'Istat prevede che in Italia il numero degli anziani giungerà ad una percentuale pari al 34%.

Ciò comporterà un forte aumento della domanda di servizi socio-sanitari (e relativa Spesa Pubblica e Privata) riguardante la fascia della 'terza età'.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) fornisce assistenza agli anziani non autosufficienti attraverso l'assistenza domiciliare (ADI), naturalmente il ricovero ospedaliero e anche quello extra-ospedaliero (centri di riabilitazione, residenze sanitarie o sociosanitarie).

Quanto alle ultime, ossia le Residenze Sanitarie Assistenziali, sorte a cavallo tra gli anni '80 e '90 del secolo scorso per ospitare anziani non autosufficienti con patologie croniche e impossibilitati ad essere assistiti a domicilio, attualmente risultano essere 4.629, dislocate su tutto il territorio nazionale, con prevalente concentrazione nel Nord Italia.

Negli ultimi tempi, diverse sono state le criticità riscontrate nella gestione di queste strutture, molte delle quali riconducibili alla insufficienza di fondi ad esse destinate. Ciò ha comportato:

- Lunghie liste di attesa per l'ingresso in struttura dovute alla riduzione del numero di posti letto;

- Carenza di personale, sia dal punto di vista quantitativo che qualitativo.



C'è da porre, inoltre, particolare attenzione al susseguirsi di notizie provenienti da tutta Italia riguardanti indagini della Magistratura, in seguito a segnalazione da parte di familiari, di maltrattamenti fisici e psicologici nei confronti di alcuni assistiti, da parte di alcuni operatori sanitari. Ogni intervento futuro da parte degli Organi competenti dovrà, necessariamente, riguardare la risoluzione a breve termine di quella che, ormai, tristemente rappresenta una piaga sociale.

Leggendo questi dati è comprensibile come molte famiglie non riescano, da sole, a sostenere i costi di degenza di un anziano in RSA e debbano, necessariamente, intervenire i Comuni.

Negli ultimi anni, però, si è registrata una netta diminuzione dei Fondi Nazionali messi a disposizione per le «non autosufficienze»; nel 2016 è stata rilevata una dotazione addirittura pari al 78% in meno rispetto al 2009.

In riferimento ai casi di abusi e maltrattamenti registrati, da tempo Associazioni e diverse forze politiche hanno messo in risalto l'assoluta necessità di effettuare maggiori controlli nelle strutture dove vengono ospitate persone anziane non autosufficienti, con patologie croniche o portatori di handicap, anche attraverso l'installazione di telecamere di videosorveglianza.

Questo tema ha tenuto il dibattito aperto per molti anni, ponendo importanti interrogativi dal punto di vista della privacy e della riservatezza.

Una svolta è giunta nel maggio 2019, quando è stato approvato un emendamento al Decreto 'Sblocca Cantieri', il quale prevede un Fondo per finanziare l'installazione di tali apparecchiature negli asili e nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali, a tutela dei soggetti più indifesi della nostra società, incapaci di chiedere aiuto.

Sempre lo scorso maggio, il Senato ha preso in esame il d.d.l. n. 264 che, negli artt. 1-2, sancisce la possibilità d'installazione nelle strutture sopra citate, di telecamere criptate a circuito chiuso, che rendono visibili le immagini registrate solo a chi possiede le credenziali di accesso e a chi ne ha diritto; inoltre, le immagini così registrate, possono essere conservate più a lungo ed essere acquisite anche post-denuncia. Questo a protezione della privacy sia degli ospiti, sia di chi opera in queste strutture.

Ad oggi, però, questo Disegno di Legge non è stato ancora approvato in via definitiva; da ottobre 2019 è fermo presso la Commissione Affari Costituzionali del Senato. Alla luce di

quanto finora esposto, si auspica: - uno studio delle opportunità di approvazione del Disegno di Legge sopracitato e maggiori controlli all'interno delle RSA da parte dei Direttori Sanitari, per una maggior sicurezza e tutela degli anziani assistiti; - la destinazione di somme più ingenti al sistema assistenziale extra-ospedaliero, attraverso un'attenta analisi da parte di Stato, Regioni e Comuni, per reperire le risorse necessarie.

Fondi più cospicui permetterebbero

l'aumento di posti letto nelle strutture già in essere (con relativo aumento del numero di addetti), riducendo i tempi di attesa per il ricovero (a beneficio di famiglie impossibilitate a prendersi cura di un familiare non autosufficiente per un lungo periodo). Inoltre, si favorirebbe il sorgere di nuove strutture anche nelle Regioni del Centro e del Sud Italia (Isole comprese) che, attualmente, ne sono più sprovviste.

Altresì, si propone:

- l'attivazione di corsi formativi aggiuntivi per il personale operante all'interno di RSA, finalizzati a migliorare la qualità dell'assistenza fornita. Tutti gli operatori vanno responsabilizzati in base alle loro attività ed è necessaria l'interazione tra loro, in relazione agli obiettivi del progetto assistenziale; - test attitudinali e psicologici periodici, in quanto gli operatori socio-sanitari con una carica elevata di lavoro e responsabilità, sono soggetti al 'Burn-out', sindrome derivante da stress cronico associato al contesto lavorativo che, se non gestito in maniera adeguata, può avere ripercussioni negative sui pazienti.

Spesso, ciò accade quando si ritrovano a prestare assistenza ad un numero elevato di persone. Ecco perché risulta fondamentale incrementare il personale nelle strutture.

V ALCUNE RIFLESSIONI SUL S.S.N. IN MERITO ALLA FORMAZIONE



Con il Decreto Legislativo 19.06.1999 n. 229 vengono presi in esame i fattori di criticità presenti nel SSN e vengono trattati i processi di formazione e di ricerca scientifica.

Il processo di aziendalizzazione ivi previsto comporta il riesame degli aspetti fondamentali sia nei confronti delle modalità delle nomine dirigenziali, sia dei compiti a loro attribuiti, sia delle condizioni di loro decadenza nel caso di inadempienza contrattuale. Inoltre viene data una particolare importanza ai modi di conseguire un'armonia di intenti tra le varie categorie degli operatori sanitari, prevedendo dei meccanismi specifici di controllo e particolari modalità un aggiornamento continuativo di tutto il personale.

Vennero attribuiti poteri di grande ampiezza e autonomia al sistema della Direzione Aziendale, prevedendo che la nomina dei Direttori Generali della ASL e delle Aziende Ospedaliere avvenisse per scelta fiduciaria da parte della Regione tra gli aspiranti in possesso dei seguenti requisiti ovviamente collegati alla formazione personale, ovvero diploma di laurea ed esperienza almeno quinquennale di direzione tecnica o amministrativa

in posizione dirigenziale con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane tecniche, finanziarie svolte nei dieci anni precedenti. Venne aggiunta la formazione "sanitaria" per la quale, i direttori generali devono produrre entro diciotto mesi un certificato di presenza del corso di formazione in materia di Sanità pubblica ed Organizzazione e gestione Sanitaria Organizzate dalle Regioni, non inferiore alle centoventi ore nell'arco di sei mesi con la precisazione che in mancanza di tale certificazione entro diciotto mesi viene a determinarsi la decadenza alla carica. Medesimo obbligo di certificazione viene esteso al Direttore Sanitario, al Direttore Amministrativo e ai Dirigenti di secondo livello a cui vengono attribuite responsabilità gestionali dipartimentali. Viene prevista l'istituzione del Collegio dei Sindaci Revisori dei Conti con l'obbligo loro attribuito di relazionare trimestralmente sulla regolarità della gestione economica dei provvedimenti in materia economica del Direttore Generale da inviare alla Regione. In caso di irregolarità o di contrasto con la normativa in corso la Regione può procedere a condurre il provvedimento per la destituzione. Nel decreto Legislativo viene messo pure in rilievo un ulteriore livello di garanzia rivolto ai provvedimenti della programmazione regionale attraverso anche la: predisposizione del controllo sulla regolarità della formazione e aggiornamento continui. La formazione di tutte le componenti del Sistema Sanitario assume una particolare rilevanza ispirandosi ai principi contenuti nelle linee Guida Europee in ambito dell'apprendimento continuativo (Life Long Learning) nella ricerca della qualità totale (Total Quality Management).

La formazione continua comprende sia l'aggiornamento professionale che la formazione permanente, ove per aggiornamento professionale si intende l'attività diretta ad adeguare per tutto l'arco della vita professionale e le conoscenze professionali, e per formazione permanente si intendono le attività finalizzate a migliorare le competenze e le abilità cliniche, tecniche, manageriali, ed i comportamenti degli operatori sanitari al progresso scientifico e tecnologico con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza nell'assistenza prestata dal SSN. La fase di reclutamento dei ruoli dirigenziali delle aziende sanitarie, dovrà tener conto della stretta dipendenza della aziendalizzazione dalla regionalizzazione del SSN e pertanto ogni Servizio sanitario regionale, nel limite del quadro normativo, modellerà anche a livello formativo propri dirigenti con decisione di tempi, modalità ed obiettivi, anche sulla scorta della necessità territoriale. Proprio la qualificazione tecnica delle aziende sanitarie, ha delineato la figura tecnico-professionale dei direttori generali che hanno l'obbligo di perseguire obiettivi gestionali e operativi definiti dal piano sanitario regionale (a sua volta elaborato in armonia con il piano sanitario nazionale).

Negli ultimi anni si è assistito ad un minore investimento dello Stato sul SSN e quindi a una riduzione di risorse tra cui quelle dedicate alla formazione e all'aggiornamento del personale sanitario. Ciò ha comportato una ricaduta negativa sulla sicurezza e sul livello qualitativo dei servizi erogati al cittadino, proprio in un momento in cui è necessaria una formazione continua e ciclica che tenga conto di tutte le novità ed innovazioni in tema medico-sanitario, diretta in maniera quasi personalizzata a tutti i soggetti del settore, affinché tutti siano preparati per affrontare qualsiasi tipo di emergenza. Occorre pertanto, un potenziamento delle realtà formative pubbliche e private al fine di evitare che i professionisti in mancanza vadano a formarsi all'estero.

La formazione dovrà avere ad oggetto tutte le innovazioni del settore con una maggiore collaborazione a livello internazionale.

VI L'IMPORTANZA DELL'ATTIVITÀ MOTORIA

"Se si riuscisse a dare a ciascuno la giusta dose di nutrimento ed esercizio fisico avremmo trovato la strada per la salute" (Ippocrate 460 A.C. 377 A.C.). L'anzidetta affermazione, nonostante gli anni trascorsi, è ancora attuale e vera. Promuovere l'attività fisica rientra nel più generale processo di promozione della salute, ovvero quel processo sociale globale che non comprende solo azioni per rafforzare le abilità e le capacità del singolo, ma anche interventi sull'ambiente fisico, sociale e culturale volti a "rendere più semplici le scelte salutari".

Tre sono le dimensioni che vengono individuate quando si parla di praticare l'attività fisica: 1) macro-ambiente, ovvero le condizioni socio-economiche generali, culturali, educative e ambientali e le norme che possono favorire o meno la pratica dell'attività fisica; 2) micro-ambiente, ossia le condizioni del contesto specifico in cui il soggetto vive e lavora; 3) fattori individuali quali gli atteggiamenti, i valori, la motivazione, la fiducia nella capacità di svolgere determinate attività o esercizi, la consapevolezza delle opportunità del contesto in cui si vive ecc.

L'attività fisica non è solo ricreare condizioni di autostima e di benessere psicofisico, ma può agire, in molti casi, sui fattori di rischio, migliorando le condizioni di salute di chi la svolge. La promozione dell'attività fisica, intesa come attività fisica per la salute, da praticarsi sia in impianti o strutture dedicate sia in luoghi e ambienti diversi, accoglienti e fruibili, deve essere dunque una priorità delle politiche sanitarie. È necessario, quindi, un approccio multidisciplinare, intersettoriale e partecipato oltre ad una gradualità degli interventi messi in campo comunque mirati a gruppi selezionati di popolazione o alla singola persona.

Le attività di promozione dell'Attività Fisica andrebbero sistematicamente integrate nei Percorsi Diagnostico-Terapeutico-Assistenziali (PDTA). L'AFA determina benefici in prevenzione primaria e, combinata con le terapie farmacologiche, nella prevenzione delle complicanze delle MCNT nelle fasi post-riabilitative. Anche in patologie meno severe i benefici dell'AFA sui sintomi, sulla progressione e sulla qualità di vita sono rilevanti.



Nonostante le numerose evidenze scientifiche segnalate dalla letteratura, nelle patologie croniche l'attività fisica adattata, per diverse ragioni, è tuttora poco applicata rispetto ad altri trattamenti (farmacologici o chirurgici) per molteplici motivi, tra cui la mancata consapevolezza da parte di medici e assistiti della sua efficacia, la scarsa conoscenza del trattamento basato sull'AFA, nonché la mancanza di una adeguata formazione teorico-pratica dei professionisti coinvolti.

Gli interventi che prevedono programmi di AFA sono a lunga scadenza, richiedono grande assiduità e necessitano di operatori capaci di lavorare in équipe multi-disciplinari. È necessario dunque rispettare alcuni criteri quali la presenza di certificazione medica che attesti l'assenza di controindicazioni assolute e, in presenza di patologie, la stabilizzazione delle stesse e la definizione, da parte del professionista, di un protocollo-programma di intervento compatibile con lo stato psicofisico del soggetto.

Obiettivi dell'AFA sono ricondizionare lo stato di salute individuale al termine della riabilitazione, combattere l'ipomobilità, favorire la socializzazione e promuovere stili di vita più corretti per la prevenzione secondaria e terziaria della disabilità.

Per ottimizzare e mantenere nel tempo i benefici salutari, l'AFA deve essere praticata sistematicamente e, laddove possibile per l'intera esistenza. Negli ultimi anni la ricerca ha introdotto un tipo di attività fisica volta alla prevenzione nei soggetti a rischio di malattie croniche non trasmissibili (MCNT), detta attività prende il nome di AFA (Attività Fisica Adattata).

Essa è una pratica strutturata, regolare e costante, nella quale vengono valutati, programmati, stabiliti e dosati parametri quali: "frequenza, intensità, tempo e tipologia". L'AFA può essere praticata sia da persone con bisogni educativi speciali e sociali, sia da soggetti affetti da MCNT in stabilità clinica e strumentale. In questi ultimi i programmi AFA vanno svolti sotto la supervisione di professionisti specificamente formati, ovvero in autonomia con periodici richiami di rinforzo motivazionale, solo in seguito a valutazione e determinazione delle capacità di auto-monitoraggio.

VII TUTELA DELL'AMBIENTE E PREVENZIONE EPIDEMICHE COME PRESIDIO SANITARIO.

L'ambiente e la salute dell'uomo sono direttamente collegati. Ad un ambiente malsano su di un territorio, corrisponde, lo stato di salute spesso negativo o comunque precario di chi lo abita. È indubbio lo stretto rapporto tra degrado ambientale, i rischi per la salute e la nostra capacità di gestire lo sviluppo.

L'Associazione Medici per l'Ambiente ISDE-Italia costituitasi con il fine di promuovere nuove strategie per l'integrazione delle politiche di salute con quelle di sostenibilità ambientale, si sta attivando per l'applicazione del modello integrato sistemico su varie aree tematiche ed in particolare anche in riferimento all'aumento delle malattie infantili correlate alla contaminazione ambientale e sostiene che: "la salute si pone al centro della discussione anche a causa di un servizio sanitario che diventa sempre più insostenibile dal punto di vista finanziario".

L'attuale sistema risponde alla richiesta di salute con un numero sempre maggiore di prestazioni costosissime e tecnologicamente sofisticate, concentrato principalmente sulla «malattia», e poco sulla prevenzione primaria da effettuare sia sull'ambiente inquinato e malsano che ci circonda, sia sugli individui, con una appropriata politica di informazione e di educazione sanitaria alla ricerca di uno stile di vita più semplice e sostenibile.

Nasce così il Modello integrato per la salute, l'ambiente e la sostenibilità, il quale prevede il lavoro interistituzionale e intersettoriale per l'attuazione di progetti e politiche che coinvolgono enti governativi in collaborazione strategica con categorie medico-sanitarie e scientifiche. Anche nel Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria 2017-2019 vengono poste in rilievo tutte quelle condizioni ambientali ed esposizioni in ambito lavorativo che possono avere un effetto sulla salute dell'uomo.

Nella situazione Italiana sono rilevanti: i cambiamenti climatici, l'inquinamento atmosferico, le modalità di raccolta e smaltimento dei rifiuti, la contaminazione del suolo e delle acque, i campi elettromagnetici e le aree industriali con significativi impatti sulla salute.

Obiettivo principale è l'identificazione di adeguate strategie di prevenzione primaria per evitare e ridurre il rischio d'insorgenza di malattie dovute a fattori ambientali.

Le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) evidenziano che 1 su 4 sono le cause di morte nel mondo attribuibili a fattori ambientali che contribuiscono ad un ampio spettro di malattie e di infermità.

Ebbene, lavorando sulla riduzione dei fattori di rischio ambientali, migliorando la conoscenza del rapporto inquinanti ambientali e salute, sarà possibile prevenire quasi un quarto del carico globale di malattie.

VIII L'IMPORTANZA DELLE TECNOLOGIA NEL SSN



"Senza crisi non c'è merito. È nella crisi che emerge il meglio di ognuno, perché senza crisi tutti i venti sono lievi brezze." (da "Il mondo come io lo vedo" di A. Einstein, 1931). Nonostante siano state scritte ormai quasi 90 anni fa, queste parole risultano più che mai attuali; basta, infatti, scorrere le home delle più importanti testate giornalistiche in questo periodo per trovare incredibili esempi di inventiva e genialità, in cui tecnologie emergenti e sanità si interconnettono e danno il loro meglio per affrontare l'ampia gamma di problemi causati dalla pandemia e non solo.

Prendere in esame alcuni di questi casi è sicuramente utile per analizzare l'odierna situazione italiana, e cercare di capire come e se sia possibile migliorarla. Una delle tecnologie più "sulla cresta dell'onda" negli ultimi anni è sicuramente la stampa 3D, grazie alla sua incredibile flessibilità che ne consente l'utilizzo in innumerevoli campi, dall'architettura alla tecnica geo-spaziale, dalla archeologia alla sanità, trovando largo uso anche durante questa crisi.

Ovviamente questa soluzione non è sostitutiva di una visita di persona, ma permette al personale medico di ricevere informazioni e dati di carattere medico e di avere un contatto audio/video col paziente con il solo requisito di una connessione ad internet stabile e veloce, anche a chilometri di distanza. Inoltre, grazie alle ricette elettroniche, è possibile anche prescrivere medicinali a distanza, semplificando ed alleggerendo in questo modo il lavoro dei farmacisti.

Come ultima analisi sono sicuramente da prendere in esame, e non escludere, la robotica, l'automazione e le intelligenze artificiali, che per i più potranno sembrare una lontana utopia fantascientifica, ma in realtà hanno già raggiunto uno stato di maturità impressionante. Oltre all'ovvio impiego nelle filiere produttive, in cui viene utilizzato sempre più un approccio automatizzato piuttosto che manifatturiero, la robotica ha sviluppato anche un ramo biomedico di indubbia utilità. Nella crisi odierna, sempre per venire incontro alle necessità dei medici che trattano pazienti colpiti dal Covid-19, è costante il diffondersi di computer teleguidati che, dotati di telecamere e microfoni, entrano nei reparti e permettono una valutazione dello stato di salute del paziente, evolvendo il concetto di telemedicina, citata poco sopra, in un contesto a cortissimo raggio. Laddove infatti negli ospedali italiani scarseggiavano gli ormai celebri DPI (Dispositivi di Protezione Individuale) ed i ventilatori polmonari, un'azienda genovese specializzata in maschere da snorkeling ha brevettato un adattatore stampato in 3D da connettere ad uno dei loro prodotti full-face, che accoglie filtri a vite P3 e può addirittura essere connesso ai suddetti respiratori. Ma questa non è che una piccola goccia in un mare di contributi forniti dalla stampa 3D alla sanità. Per evitare il rischio da contagio o semplicemente per venire incontro ai pazienti che hanno difficoltà nello spostarsi anche in situazioni normali, nelle visite di routine o nei casi che lo permettono si sta facendo uso della cosiddetta Telemedicina, che mette in comunicazione dottore e paziente senza esporli a possibili contagi.

IX LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI SULL'USO DELLE NUOVE TECNOLOGIE E DELLA RETE PER CONTRASTARE L'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA CORONAVIRUS.



L'attuale emergenza epidemiologica del nostro Paese ha prodotto la compressione dei diritti fondamentali sanciti dalla Costituzione, ponendo quello alla salute di cui all'art. 32 della Costituzione a rango più elevato.

Sul punto, il Parlamento Europeo si è espresso dichiarando la prevalenza del diritto alla salute rispetto a quello sulla privacy, purché siano osservati i limiti e le garanzie fondamentali e soprattutto purché vi sia coordinamento tra stati membri. In Italia, sin dalle primissime ordinanze, emanate pochi giorni dopo la delibera dichiarativa dello stato di emergenza, è emersa la necessità di trattare dati personali in materia sanitaria per motivi di interesse pubblico connessi alle obbligatorie terapie sanitarie (art. 9 Regolamento UE 16/679).

Il Garante della protezione dei dati personali, chiamato a esprimere parere sull'utilizzo dei sistemi di tracciamento personale attraverso i dispositivi mobili, nell'audizione informale alle Camere dell'8 aprile 2020, ha ricordato come il problema del bilanciamento tra i due interessi

costituzionalmente garantiti (quello alla salute e quello alla protezione dei dati personali) si risolve entro il perimetro ben definito dei principi di legalità, necessità, proporzionalità, adeguatezza. Valutata entro questa cornice, l'ipotesi della raccolta dei dati sull'ubicazione o sull'interazione dei dispositivi mobili dei soggetti risultati positivi, con altri dispositivi, si presenta lecita, se si prefigge altresì come finalità, l'analisi dell'andamento epidemiologico o la ricostruzione della catena dei contagi, osservando un certo criterio di gradualità, temporaneità e necessità, nel senso che misure meno invasive non possono essere sufficienti a fini di prevenzione epidemiologica. In tale prospettiva non pone particolari problemi l'acquisizione di trend di mobilità collettiva, garantita dalla piena sponenzializzazione del dato, che mirino a ricostruire mappe descrittive dell'andamento dell'epidemia, utilissime a fini prognostici e statistici. Altrettanto consentita sarebbe la geo-localizzazione del dato attraverso l'uso del telefonino, verso la quale il Garante non ha evidenziato grandi problemi se non una criticità di fondo legata all'intrinseco collegamento tra lo strumento e la persona, così che il fatto di non portare con sé il portatile non consente di raggiungere la finalità di tutela della salute pubblica.

Come alternativa, il Garante ha rilevato che l'utilizzo di droni da parte delle forze di polizia sarebbe pienamente lecito come strumento per segnalare "impersonali" assembramenti, e non in un'ottica repressiva e personalistica, ma per monitorare il rispetto puntuale degli obblighi di permanenza domiciliare.

Per quanto riguarda la fase della mappatura a ritroso dei contatti tenuti da soggetti risultati contagiati nel periodo d'incubazione, fase che richiede una ricostruzione dei contatti attraverso l'incrocio di tipologie di dati diversi (quelli sulle transazioni commerciali, sulle celle telefoniche, quelli sull'interazione con altri dispositivi mobili desunti dal ricorso a tecnologie Bluetooth),

il Garante ha affermato che, in astratto, essa non presenterebbe particolari problemi di violazione della privacy, allorché il fine perseguito da tale misura sia di tipo solidaristico e non già repressivo (come invece nel caso della sorveglianza del soggetto in quarantena obbligatoria mediante la sua geo-localizzazione); in questo caso prevale l'esigenza di sottoporre ad accertamenti quanti siano entrati potenzialmente in contatto con un soggetto risultato positivo al virus o, comunque, di adottare le misure utili a prevenire il contagio. Si perseguirebbe, dunque, quella componente solidaristica del diritto alla salute quale interesse collettivo, valorizzata dalla giurisprudenza costituzionale sugli obblighi vaccinali.

L'utilizzo di tale tecnologia avrebbe, del resto, poche valide alternative ai fini della ricostruzione della catena epidemiologica.

Nel concreto, tuttavia, come nell'ipotesi precedente, il metodo presenta il forte limite della "portabilità" del mezzo da parte del soggetto indagato. Queste limitazioni hanno indotto le autorità a lavorare sull'idea di sistemi fondati sulla volontaria attivazione di una app di tracciamento, funzionale alla raccolta dei dati, all'interazione dei dispositivi e sul successivo trattamento, che richiede che i dati stessi vengano conservati per il tempo strettamente necessario per allertare i potenziali contagiati

Ad avviso del Garante, tale opera di personalizzazione offrirebbe le garanzie dell'art. 9 dl Reg. (Ue) 2016/679 - ed in particolare il comma 2 lett. 13 - solo se l'utilizzo dell'app venga limitata ai soggetti risultati positivi, ed a coloro che siano entrati in contatto significativo con quest'ultimi, e ciò per il solo periodo di potenziale contagiosità.

Si eviterebbe così la conservazione di dati personali in banche dati dei gestori, che riproporrebbe le criticità rilevate dalla giurisprudenza della Cgue sulla data retention (e cioè nella misura strettamente necessaria a perseguire fini rilevanti, con il minor sacrificio possibile per gli interessati). Seguendo questo criterio, ai fini della raccolta, il Bluetooth, restituendo dati su interazioni più strette di quelle individuabili in celle telefoniche assai più ampie, parrebbe lo strumento migliore per selezionare i possibili contagiati all'interno di un campione più attendibile perché, appunto, limitato ai contatti significativi (così sembrerebbero orientati Singapore e Germania). In particolare, sarebbero apprezzabili quelle tecnologie che mantengono il diario dei contatti esclusivamente nella disponibilità dell'utente, sul suo dispositivo, ragionevolmente per il solo periodo massimo di potenziale incubazione.

In ogni caso, occorre che detti trattamenti c.d. di contact tracing vengano inseriti in un'efficace strategia sanitaria, con modalità tali da imprimere nella popolazione una consapevole accettazione.

Come messo in evidenza di recente dalla Commissione Europea, dal Parlamento europeo e dai Garanti privacy dei paesi europei, l'app di tracciamento dovrebbe avere le seguenti caratteristiche:

essere basata sull'adesione volontaria; utilizzata solo per uno scopo preciso; progettata in stretta collaborazione con chi realizza il tracciamento dei dati; disponibile per un tempo strettamente necessario; idonea alla raccolta di dati strettamente necessari da cancellare non appena trascorsa la loro utilità; liberamente disponibile con relativi codice sorgente, specifiche tecniche ed altri documenti rilevanti; basata su una tecnologia distribuita, in modo tale da evitare rischi associati alla creazione di un data-base centralizzato; gestita e supervisionata da un soggetto pubblico.

X LA NUOVA MOBILITÀ AI TEMPI DELL'EMERGENZA SARS-CV-2 .

Il periodo di emergenza sanitaria connessa alla pandemia da SARS-CoV-2 ha portato alla necessità di adottare importanti azioni contenitive che hanno richiesto, fra l'altro, la sospensione temporanea di numerose attività produttive e inevitabilmente la riduzione drastica se non totale della rete dei trasporti pubblici in tutto il territorio nazionale.

Secondo stime riportate nella memoria scritta presentata dall'ISTAT al Senato della Repubblica il 25 marzo scorso, l'insieme dei settori attualmente non sospesi comprende 2,3 milioni di imprese (il 51,2% del totale). Questo insieme rappresenta un'occupazione di 15,6 milioni di lavoratori (66,7% del totale), mentre i sospesi ammontano a circa 7,8 milioni (33,3%).

Ad oggi, salvo diverse disposizioni, l'intero comparto scuola e università - attraverso l'uso della tecnologia - riprenderà solo a settembre 2020. Tuttavia, importante è scongiurare il rischio di un ritorno massiccio all'uso dell'auto privata (considerata probabilmente più sicura), con conseguenze drammatiche sull'inquinamento atmosferico e la congestione del traffico specie nelle aree urbane, per non parlare dell'aumento dei costi per i cittadini.

Nel corso della seconda fase da SARS-CoV-2, sarà presumibile attendersi un utilizzo del mezzo di trasporto pubblico quasi esclusivamente per motivazioni legate al lavoro e a situazioni di necessità, mentre sarà plausibile prevedere un calo delle frequentazioni dei mezzi Tpl legato al trasferimento di una parte di utenza che preferirà affidarsi alla mobilità privata. La previsione è che in un primo periodo (medio/lungo) la domanda di mobilità pubblica potrebbe subire una riduzione di circa il 50%. Ebbene, se da un lato ciò potrebbe essere visto come un calo drastico e perdurante di fatturato per il settore della mobilità, dall'altro dovrebbe permettere all'intero sistema di farsi trovare pronto per i grandi flussi previsti con la riapertura di settembre, ed essere l'occasione per porre le basi con lungimiranza ad una mobilità più efficiente e rispettosa dell'ambientale. Il variegato mondo dei trasporti è suddivisibile in tre macro aree: - trasporto locale urbana ed extra-urbana: composto da mezzi su gomma o rotaia come autobus, metropolitana, tram e treni a media percorrenza;- trasporto a lunga percorrenza: composto da mezzi su gomma e rotaia per le lunghe distanze; - trasporto merci su gomma e rotaia.

La sfida più difficile –anche in un'ottica di contemperamento delle risorse economiche di mezzi e di personale– è quella che si appresta ad affrontare il trasporto locale urbano ed extra-urbano. Sino a quando non verrà scoperto un vaccino o una terapia efficace e sostenibile dal SSN, è evidente che proprio nel trasporto locale urbano ed extra-urbano, con la riattivazione di grandi masse di popolazione le tre variabili raggiungono il massimo livello di allarme. Ad oggi le strategie ipotizzate ove possibile ed economicamente sostenibile sono: - nelle stazioni metro, realizzare una segnaletica a terra sulle banchine per far rispettare la distanza di sicurezza, saranno affissi cartelli agli ingressi e creati corridoi per realizzare percorsi in cui incanalare i passeggeri e impedire situazioni di assembramento; - prevedere l'utilizzo di personale, interno o esterno, che abbia il compito di monitorare i flussi di utenti e di segnalare eventuali criticità, richiedendo l'intervento dei soggetti competenti (Forze dell'Ordine o soggetti dotati di poteri), ma ciò se pur più agevolmente realizzabile per i sistemi metro-ferroviari, nei sistemi urbani, per l'elevato numero di fermate, sarà possibile solo a campione e/o nelle fermate con maggiore afflusso di utenza; - provvedere alla separazione, ove possibile, dei flussi in salita-discesa (autobus dotati di due o tre porte prevedere la salita da una porta e la discesa dall'altra) o entrata/uscita (nelle metropolitane le vie di entrata in stazione e quelle di uscita dalle stazioni devono essere separate); - incrementare le corsie preferenziali e della semaforica intelligente per aumentare la velocità commerciale dei mezzi, con l'effetto benefico di aumentare le frequenze del servizio e ridurre i tempi di stazionamento; - ipotizzare l'installazione di grafiche come scritte droplet per il distanziamento lungo i percorsi; - ipotizzare di imporre l'obbligo agli utenti, di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale come mascherine e guanti, mentre potranno trovare gel disinfettanti nelle stazioni e nelle fermate di attesa. Una prima e naturale soluzione potrebbe trovarsi nella c.d. mobilità "dolce", ovvero bici e monopattini, concentrando le iniziative già da tempo intraprese e le risorse per la realizzazione di vere e proprie Smart city.

Ma se per alcune città italiane ciò potrebbe ritenersi pur in parte attuabile, per la maggior parte di esse e per parte della popolazione pur troppo oggettivamente risulta impraticabile. Laddove non è possibile confidare nel buon senso e nel rispetto civile della regola del distanziamento sociale, un aiuto inaspettato, potrebbe arrivare – come per le nuove forme di lavoro agile - dalla tecnologia, proprio attraverso l'uso di strumenti che possono aiutare a gestire il distanziamento, tracciandone movimenti e interazioni ed evitare gli assembramenti. Per i sistemi a gate (metropolitane) sarà utile l'utilizzo di tecnologie atte ad individuare l'afflusso alle banchine ed a segnalare il raggiungimento dei livelli di saturazione stabiliti. Dovrà essere incoraggiata e supportata economicamente, l'uso di tecnologie in grado di fornire indicazioni sulla concentrazione dei passeggeri sui mezzi o alle fermate (geolocalizzazione o videosorveglianza intelligente), ma anche l'uso di App per l'acquisto on line dei biglietti - con transazioni elettroniche come in molte Nazioni Europee anche per l'acquisto di biglietti urbani - e che permettano – come per le file nei supermercati - anche da remoto la possibilità di prenotarsi in fila per l'accesso ai mezzi e che, restando collegati all'applicazione, permetteranno di seguire l'avanzamento della coda, in modo da poter calcolare meglio le tempistiche per uscire di casa e ridurre i tempi della fila.

Ci si augura, che lo Stato attraverso scelte mirate e di medio lungo periodo, al fianco degli operatori del settore, ponga in essere politiche per la Vera innovazione tecnologica ed energetica, in modo da rendere le città più vivibili e fare dell'intero sistema di mobilità un esempio virtuoso per l'intera Nazione.

XI LE VARIE REALTA' REGIONALI - A) OSSERVATORIO SANITA' PIEMONTE

L'Ente di ricerca della Regione Piemonte, l'IRES, ogni anno pubblica una relazione sull'andamento socio economico e territoriale della Regione, ed effettua un'analisi dei fenomeni più rilevanti.

Con riferimento al " Sistema Salute", la relazione IRES 2019 è illuminante, espressione di un modo diverso di approcciarsi al diritto alla salute del cittadino, la cui garanzia e tutela si considera non di esclusiva competenza del SSN, ma rientrante nell'ambito di una più ampia visione, che riconosce la salute quale risultato di un insieme di fattori che si affiancano alla qualità delle cure: l'organizzazione del lavoro, gli stili di vita, la salubrità degli ambienti, l'istruzione ed il reddito.

La salute è una questione sociale. I dati dimostrano come la stessa sia più precaria tra i più svantaggiati. C'è un rapporto di proporzione diretta tra il disagio sociale, la povertà, il benessere e lo stato di salute. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ad ampio raggio, prevedere un sistema di promozione del bene salute, al di là di ottiche meramente finanziarie, al fine di raggiungere l'obiettivo nel medio lungo periodo, attraverso un miglioramento dello stato di salute generale, e con una riduzione del costo della sanità.

I fattori più incidenti sono "la condizione lavorativa" e "il livello di istruzione". Alcune malattie, come quelle psichiche, l'ansia cronica e la depressione, sono direttamente proporzionali all'instabilità lavorativa ed economica, essendo maggiori tra gli inattivi ed i disoccupati, nonché tra coloro che hanno un livello di scolarizzazione più basso.

Gli elementi di criticità del sistema salute piemontese sono:

- 1) L'invecchiamento della popolazione che determina nuovi bisogni di salute e cura, con un aumento di malati cronici. La soluzione potrebbe essere il potenziamento dei servizi territoriali;
- 2) L'aumento delle patologie mentali, dimostrato da un incremento esponenziale dell'uso di farmaci ansiolitici ed antidepressivi, che in Piemonte dal 2004 al 2017 ha raggiunto il + 77,3%, dato in forte crescita rispetto alla media nazionale, che si assesta sul 54,3%. Data la stretta connessione tra stato di salute mentale e stato socio economico, l'intervento dovrebbe essere trasversale, volto a favorire il raggiungimento di un benessere generalizzato;
- 3) La questione giovanile, aumentano infatti il numero di giovani che fa uso di sostanze stupefacenti o alcoliche, con conseguenze che possono ripercuotersi sulla salute in età adulta. La soluzione a tale problema è quella di investire sull'istruzione e sull'informazione delle giovani generazioni, promuovere stili di vita, comportamenti sani e responsabili sin dai primi anni. Ciò anche con interventi diretti a favorire l'attività fisica per tutti i bambini, anche i più disagiati, ovvero favorendo un cambio di paradigma culturale che porti le scuole a potenziare e sostenere i giovani atleti;
- 4) I servizi territoriali, in linea di massima il sistema sanitario piemontese è uscito dal Piano di rientro con un accettabile rapporto qualità-prezzo, ma il rafforzamento dei servizi territoriali è troppo lento e non adeguato rispetto all'invecchiamento della popolazione ed ai diversi bisogni di salute.
- 5) L'innovazione della rete ospedaliera; tra il 2012 ed il 2018 sono stati chiusi ben 12 ospedali per mancanza di fondi e di risorse, con una ridefinizione del loro ruolo. Da luoghi di tutela della salute di prima istanza a luoghi di tutela della salute di ultima istanza. A causare ciò è l'eccessiva apertura, che aveva portato, negli ultimi anni, ad un accesso spropositato in pronto soccorso per codici bianchi e verdi, con conseguente ingolfamento del sistema, e necessità di rivederne la funzione. Alla chiusura degli ospedali si aggiunge l'elevata percentuale, tra quelle attive, delle strutture obsolete, pari al 65%. La soluzione, in questo caso potrebbe essere quella di investire sull'innovazione, sul presupposto che una rete ospedaliera efficiente debba costituire un motore di sviluppo sociale;
- 6) L'investimento sulle persone; il personale sanitario è diminuito negli ultimi 10 anni di 2500 unità, e nel contempo sono aumentati gli operatori sanitari over 60, la cui quota è passata dal 4 al 21%. A breve emergerà il problema della carenza di personale medico ed infermieristico. Per ovviare a tutto ciò sarebbe opportuna una programmazione dell'offerta formativa a diversi livelli, e la creazione di condizioni di lavoro adeguate e competitive per i giovani.

B) OSSERVATORIO SANITARIO NELLA REGIONE DEL VENETO.

L'Ordine professionale dei Medici del Veneto, invita la Regione a ripristinare i ruoli secondo competenza, lasciando da parte ogni tipo di ideologia di appartenenza, poiché "la prima esigenza del popolo, che sembra sfuggire, è quella della salute, del diritto alle cure e di una sanità pubblica che sia efficace".

Se da un lato abbiamo una Sanità che ha sempre proclamato le dovute attenzioni senza mai essere ascoltata, d'altro lato l'emergenza odierna ha fatto aprire gli occhi su gravi lacune che hanno condizionato non poco la gestione del quadro ospedaliero - sanitario in termini di strutture.

Secondo i medici di Vicenza, le cause principali d'inefficienza, sono da rinvenirsi:

- nell'indirizzo politica di spostare la sanità pubblica verso il privato, con il conseguente tagliando posti letto (che determinano il numero dei medici),

- nell'adozione per gli operatori del settore di protocolli sempre più contingentati (con tempi e orari scadenziati al minuto).

- nell'elevato numero di neolaureati, ma del basso tasso di specialisti.

- nell'inserimento nei Pronto Soccorso di giovani medici non specializzati.

Le proposte molto spesso inascoltate sono quelle di: attuare politiche che permettano gli avanzamenti di carriera per merito; aumentare i posti nelle scuole di specializzazione; concedere il tempo di aggiornarsi senza l'obbligo di seguire corsi on-line su argomenti avulsi dalle proprie specializzazioni e fare in modo che esami, diagnosi, terapie, sistemi di prevenzione, vaccini, vengano guidati da studi scientifici e non imposti sulla base di correnti di opinione.

La regione Veneto ad oggi, nonostante le suddette segnalazioni, sta affrontando in maniera decorosa l'emergenza CoVid-19, ma va sottolineato che nel caso specifico il focolaio è sta individuato in un Comune molto piccolo - Vo' Euganeo di appena tremila abitanti - e tale azione pronta e drastica ha consentito di poter fronteggiare in tempo debito l'emergenza evitando il collasso.

Altra nota positiva è il lavoro effettuato dai dati pubblicati dall'Azienda Zero (l'ente sanitario a cui fanno capo le ASL venete) che pubblica due volte al giorno dettagliatamente tutti gli aggiornamenti del COVID-19 per ogni singolo ospedale del Veneto. Ebbene, il dato dolente e di mal costume italiano purtroppo, anche in un momento delicato come questo, resta sempre il parapiglia politico i cui risvolti negativi ricadono sempre sul bene primario del cittadino, ovvero la tutela del diritto alla sua salute.

C) OSSERVATORIO SANITA' EMILIA ROMAGNA.

L'Emilia-Romagna si è distinta da altre regioni per l'imponente azione di informatizzazione delle informazioni sanitarie. Il Fascicolo Sanitario Elettronico che in precedenza era possibile attivare solo tramite presenza fisica oggi è attivabile anche da remoto tramite personal computer. Per le donne gravide e puerpere è stata attivata un'app per accompagnarle nel percorso nascita, già di per sé difficile oggi ostacolato dalle politiche sociali. Altro fiore all'occhiello è stata l'organizzazione di strutture sanitarie o la riorganizzazione delle stesse in risposta all'emergenza: si pensi all'ospedale da campo piacentino di recente chiuso (in virtù del rientro dell'emergenza). Inoltre l'Emilia Romagna è diventata "hub" (riferimento al modello anglosassone "hub&spoke") per le terapie intensive di tutta la nazione, creando 146 nuovi posti letto per i malati COVID-19.

Ma l'Emilia-Romagna nasconde anche varie ombre. Si pensi a tutte le residenze dove vengono assistite le persone inabili o anziane, queste sono state letteralmente abbandonate, e oggi di interesse solo grazie ad un sguardo mediatico nazionale. Per non parlare della sorveglianza sanitaria nei confronti degli operatori che è stata disomogenea e purtroppo continua ad esserlo.

Bisogna investire per far diventare permanente la percezione sociale del ruolo dell'infermiere, fatta anche del contenuto etico della professione". Gli infermieri hanno il dovere di far emergere il valore e richiedere i dovuti riconoscimenti sociali, affinché un giorno diventino parte della nostra cultura. Questo non significa piegarci al mero guadagno e accettare a testa bassa denaro erogato dallo Stato per l'emergenza, significa battersi affinché detta professione sia conosciuta ed emerga in quanto tale.

D) OSSERVATORIO SANITÀ NELLA REGIONE LAZIO

La Regione Lazio è in linea con la riduzione dei finanziamenti per la Sanità italiana. Negli ultimi otto anni, infatti, molti ospedali hanno chiuso o sono stati ridimensionati. Secondo i dati del Ministero della Salute nel 2011 il Lazio aveva complessivamente 72 strutture di ricovero pubbliche, scese a 56 nel 2017, con un saldo negativo di 16 strutture. In particolare, nel 2011 il Lazio aveva 46 ospedali a gestione diretta, nel 2017 (ultimi dati disponibili) 33. A Roma il Forlanini, il Santa Maria della Pietà, il San Giacomo hanno chiuso; il San Filippo Neri, il Sant'Eugenio e il San Camillo sono stati ridimensionati. Emblematico il caso dell'ex Forlanini, il polo di eccellenza per la ricerca e la cura della tubercolosi, definitivamente chiuso nel 2015 e classificato con una delibera del 2016 come bene disponibile, in vendita, per 70 milioni di euro.

Nel 2017 a seguito di proteste popolari furono stanziati 250 milioni per la conversione del complesso in un polo della pubblica amministrazione. Del progetto non si hanno notizie. Intanto il complesso, immerso in un parco di 28 ettari, sarebbe passato in gestione a Cassa Depositi e Prestiti.

Gli ospedali chiusi sono stati sostituiti da un nuovo modello di sanità diffusa, una rete di cura, incentrato sulle Case della Salute, presidi territoriali aperti dalle 8,00 alle 20,00 dove si erogano prestazioni sanitarie e sociali.

Il concetto di salute viene inteso, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), non come assenza di malattia, ma come stato completo di benessere fisico, psichico e sociale. In Italia il Servizio Sanitario Nazionale, pur con le difficoltà attuali, presiede il più importante dei servizi sociali: la tutela della salute di tutti i cittadini. Oggi costituisce uno dei più importanti comparti del settore pubblico dal punto di vista finanziario, occupazionale e produttivo, con un valore aggiunto nella ricerca scientifica e farmaceutica.

Nell'ultimo Piano Sanitario Regionale si osserva come il quadro demografico della popolazione laziale sia caratterizzato da una tendenza all'invecchiamento, con un incremento della classe di età pari a 65 anni sino a livelli decisamente più critici e, quindi, più pesanti dal punto di vista sanitario, rispetto agli anni precedenti.

Secondo i dati Istat al 1 gennaio 2018, la popolazione residente nella Regione Lazio è costituita da 5.896.693 persone, così divisa, per circa il 21%, da anziani con 65 anni, per circa il 6,5% da ultra ottantenni, per il 13% da minorenni (0-14 anni), il 65% della popolazione si colloca nella fascia d'età tra 15 e 64 anni.

Il tasso di ospedalizzazione della Regione Lazio mostra un andamento decrescente nel quinquennio 2012-2017, collocandosi nell'ultima annualità ben al di sotto della soglia di riferimento individuata dal DM 70/2015. In questo contesto ritroviamo che le malattie del sistema circolatorio rappresentano il gruppo di cause di ricovero più frequenti, seguite dalle malattie dell'apparato digerente e dai tumori maligni.

Dato allarmante è il numero di cittadini che soffrono di depressione maggiore. La depressione, malattia riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della

Sanità come prima causa di disabilità a livello mondiale, riguarda circa 3 milioni di italiani, di cui circa 1 milione di persone soffrono della forma più grave, la depressione maggiore. Considerando solo il Lazio, dai dati Istat si stima che circa 112.000 cittadini soffrano di depressione maggiore, di cui circa 11.000 non rispondono ai trattamenti, con gravi ripercussioni sulla qualità della vita dei pazienti stessi e dei loro familiari.

Diventa perciò di fondamentale importanza mettere a punto interventi efficienti e sostenibili per un potenziamento dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali che possa consentire l'accesso alle cure al maggior numero di pazienti possibile, non solo a malati psichiatrici.

Obiettivo della regione Lazio nel prossimo triennio 2019-2021 sarà quello di avviare un percorso di trasformazione del sistema verso la piena integrazione tra ospedale, territorio e prevenzione, al fine di garantire la semplificazione dei percorsi dei cittadini, adeguati e appropriati livelli di assistenza ai pazienti, nonché azioni di promozione della salute.

Il Piano Regionale della Prevenzione, in linea con le indicazioni nazionali individua quattro setting principali su cui agire: la scuola, l'ambiente di lavoro, la comunità e i servizi sanitari. I setting sono definiti come il luogo o il contesto sociale in cui più facilmente è possibile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione.

Ulteriore aspetto da affrontare è quello legato alla definizione di fabbisogni formativi. In linea generale, la Regione Lazio intende investire in una relazione strategica e programmatica con le Università presenti sul territorio, al fine di innescare circuiti virtuosi tra la fase di rilevazione del fabbisogno formativo espresso dal SSR (sia per la dirigenza medica e tecnico specialistica, sia per le professioni sanitarie, sia infine per le funzioni manageriali), e la fase di programmazione dell'offerta formativa delle Università. Ferma restando la distinzione necessaria tra fabbisogno formativo del SSR e capacità formativa degli atenei presenti nel Lazio, alcuni dei quali godono di prestigio a livello nazionale e internazionale, rispondendo quindi a una domanda formativa che travalica i confini regionali, la Regione Lazio intende sviluppare con le Università un rapporto improntato alla partnership nel raggiungimento di obiettivi di miglioramento e di crescita dell'intero sistema sanitario, in termini di qualità e di efficienza attraverso l'adozione di nuovi Protocolli d'Intesa.

Il Lazio è una delle Regioni italiane in cui viene condotto un numero rilevante di studi clinici e di ricerca sanitaria - di base, traslazionale e clinica - del nostro Paese. In tale contesto, la ricerca può assumere una particolare valenza, sia come strumento di governo dell'innovazione nel Servizio Sanitario Regionale, sia al fine di produrre ricadute sempre maggiori nelle capacità di risposta ai bisogni di salute della popolazione assistita.

Il sostegno delle Aziende sanitarie e degli IRCCS regionali nella conduzione dell'attività di ricerca avviene anche attraverso il supporto concreto nella partecipazione ai bandi di ricerca, attraverso un servizio di assistenza nella costruzione delle proposte di studio da inviare ai finanziatori pubblici e privati. A tal proposito degno di nota è sicuramente uno degli ultimi bandi emanati dalla regione Lazio denominato "Contributi per la permanenza nel mondo accademico delle eccellenze" che prevede uno stanziamento di risorse a valere sul Fondo sociale europeo di 2,3 milioni di euro. La Regione garantisce alle università così pubbliche e private con sede nel Lazio la possibilità di erogare borse di studio ai dottori di ricerca più meritevoli, che potranno vedersi riconosciuto non solo un assegno mensile ma anche finanziamenti per la realizzazione delle proprie ricerche.

XII STUDIO COMPARATO DEI SISTEMI SANITARI IN EUROPA E NEL MONDO

Con l'arrivo dell'emergenza mondiale da COVID-19 ci sono stati molteplici casi di persone che si sono trovate in giro per il mondo ignare del sistema sanitario del luogo in cui si dimoravano. In alcuni casi, per evitare disagi e per obbedire alle prescrizioni governative emanate dai vari stati hanno fatto ritorno nel proprio paese di origine o di residenza per essere assistite dal punto di vista medico in sicurezza. In altri casi, invece, è stato necessario ricorrere alle cure nel paese in cui la persona interessata si trovava in quel momento.

La Pandemia in atto, dunque, ha messo in evidenza l'importanza dell'organizzazione dei sistemi sanitari nazionali ed esteri per poter fronteggiare un problema comune a livello europeo e mondiale.

Di recente il direttore dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato l'iniziativa di collaborazione per accelerare lo sviluppo, la produzione e la distribuzione equa del vaccino e delle terapie contro il coronavirus sotto forma dell'accordo denominato «Access to Covid-19 Tools Accelerator» o «Act Accelerator» a cui partecipa anche l'Italia, sin dall'inizio in prima linea nella battaglia comune contro la pandemia.

La Commissione Europea ha creato una piattaforma europea di dati sull'emergenza Covid-19 al fine di consentire una raccolta rapida ed un'ampia condivisione dei dati di ricerca disponibili. Tale piattaforma costituisce un importante sostegno ai ricercatori, in Europa e nel mondo, nella lotta contro la pandemia di coronavirus. La finalità è quella di diagnosticare e, alla fine, contribuire a sconfiggere la pandemia.



La nuova piattaforma metterà a disposizione un ambiente facilmente accessibile in cui i ricercatori potranno conservare e condividere set di dati, quali sequenze di DNA, strutture proteiche, dati della ricerca preclinica e delle sperimentazioni cliniche, come pure dati epidemiologici. Ciò consentirà di accelerare fortemente la ricerca e le scoperte e di reagire in modo efficace all'attuale stato di emergenza.

Le ricerche e le comparazioni internazionali a livello generale sono estremamente difficili perché vi sono sistemi complessi in cui i dettagli possono essere importanti e determinanti. Nella sola Europa, all'interno della grande famiglia dei sistemi sanitari, ogni paese ha le sue peculiarità. Nei paesi dell'Europa occidentale, infatti, vi sono sostanzialmente due sistemi di finanziamento delle cure sanitarie; uno basato sull'assicurazione sociale, finanziata tramite prelievi sui salari o altri contributi, con i fornitori di cure che sono liberi professionisti; l'altro, invece, è fondato sul servizio statale, prevalentemente finanziato con le imposte, con la presenza dei medici stipendiati dal settore pubblico. Per quanto riguarda i paesi extra europei è complesso ricondurre i loro sistemi sanitari a specifiche categorie per cui è preferibile uno studio a sé stante per ragioni di specificità.

Una classifica -sviluppata con una metodologia scientifica solida e pubblicata a maggio 2018 - della prestigiosa rivista scientifica The Lancet che si chiama Healthcare Quality and Access Index mette in relazione la mortalità evitabile per diverse malattie con altri elementi, come la spesa sanitaria pro capite. L'Italia è al nono posto in questa graduatoria, su 195 paesi al mondo, davanti a tutti gli altri grandi paesi europei e ai membri del G7. Ai primi tre posti qui troviamo Islanda, Norvegia e Paesi Bassi.

La classifica sulla sanità pubblica del 2019 secondo il GHS (Global Health Security), prodotta dopo l'analisi degli esperti di Bloomberg di 169 paesi, ha rilevato un dato importante. La dieta mediterranea - molto diffusa in Israele, Spagna e Italia (numero uno e due della lista) - è stata premiata dagli analisti che hanno redatto il Global Health Index. In ordine la TOP TEN: Spagna, Italia, Islanda, Giappone, Svizzera, Svezia, Australia, Singapore, Norvegia e Israele. La ricerca tiene conto di vari fattori come l'aspettativa di vita, l'accesso alle cure medico-sanitarie e alle fonti idriche e penalizza quelle nazioni in cui c'è un largo consumo di tabacco e alti tassi di obesità.



www.meritocrazia.eu
Facebook: <https://www.facebook.com/ilMeritoAlPopolo>
Instagram: @ITALIACHEMERITA
Twitter: @italiachemerita



L'Italia del merito e dell'equità★