

Articoli Selezionati

SCENARIO

02/12/18	Corriere della Sera	52 I «Drg» (fra luci e ombre) e i «Lea» per conciliare spesa e diritti	A.Bz.	1
02/12/18	Corriere della Sera	51 Il commento - Qualcosa di prezioso	Fontana Luciano	2
02/12/18	Corriere della Sera	52 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale Italiano - Dalle mutue si è passati alle cure per tutti	Bazzi Adriana	3
02/12/18	Corriere della Sera	61 L'imbutto formativo che rischia di lasciarci senza medici	De Bac Margherita	7
02/12/18	Corriere della Sera	60 Un grande cambiamento che risolve il problema della lontananza medico-paziente	...	9
03/12/18	Repubblica Affari&Finanza	62 Premi alle aziende risorse umane al top	I.d.o.	12
04/12/18	Stampa Tuttosalute	37 Intervista a Stefano Vella - Più vicini al vaccino per sconfiggere l'Aids - "Sulla superficie dell'Hiv si cela l'arma segreta per il futuro vaccino anti-Aids"	Pivato Marco	13
10/12/18	Italia Oggi Sette	7 Rc sanitaria, prevale il fai-da-te	Unnia Federico	15
10/12/18	Fondazione Marisa Bellisario	35 Avanti Welfare	Papetti Roberto	17

I «Drg» (fra luci e ombre) e i «Lea» per conciliare spesa e diritti

Drg

Per ogni ricovero l'ospedale riceve un rimborso dal Ssn in base alla patologia

Lea

Sono le prestazioni e i servizi che il Ssn deve fornire a tutti, gratis o con ticket

È sempre un problema di soldi, da un lato. E di diritti dei cittadini, dall'altro. La riforma sanitaria 833 del 1978 ha portato la sanità italiana ai massimi livelli mondiali (in certi momenti è stata seconda solo a quella francese), ma costava. Troppo. Così è arrivata la riforma bis, del 1993, che ha introdotto, nella gestione della sanità, criteri manageriali.

Ma i conti, comunque, non tornavano ancora, almeno in certe realtà. Così si sono pensati altri strumenti contenere la spesa: i Drg (Diagnosis related group, cioè raggruppamento omogeneo di diagnosi) per le prestazioni ospedaliere e il nomenclatore tariffario per quelle ambulatoriali, introdotti a metà degli anni Novanta.

«Il sistema Drg — spiega Luigi Macchi, igienista ed ex direttore generale del Policlinico di Milano — prevede che per ogni ricovero correlato a una certa patologia ci sia una tariffa precisa che poi viene rimborsata dal sistema sanitario all'ospedale. È un sistema che viene aggiornato nel tempo. L'altro, il nomenclatore tariffario, stabilisce rimborsi per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali».

Ma il sistema, nel tempo, ha continuato e continua a rispondere ai bisogni di salute dei cittadini, così come li aveva previsti la legge 833?

Per garantire a tutti i cittadini un'assistenza di base, nel 2001 sono stati introdotti i Lea, i livelli essenziali di assistenza. Il «minimo sindacale» per i pazienti.

Che cosa sono, in pratica? Ecco la spiegazione «tecnica» sul sito del Ministero della Salute: «I Lea sono prestazioni e

servizi che il Sistema sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (cioè di un ticket)». I Lea, dunque, sono un diritto del cittadino: come poi le prestazioni vengano erogate dipende dalle varie strutture e dalla regole del sistema sanitario.

«I Lea sono definiti dallo Stato e le Regioni concorrono all'elaborazione — precisa Macchi — Poi devono essere avallati dalla Conferenza Stato-Regioni».

Le Regioni, appunto: devono recepire i Lea nazionali, ma possono stabilire prestazioni aggiuntive (Lea locali) che saranno a loro carico. Dipende dalle loro risorse economiche e da particolari esigenze territoriali di sanità.

«Anche i Lea vengono rivisti periodicamente — aggiunge Macchi. — L'ultimo aggiornamento è del 2017. Ma i tempi sono sempre un po' lunghi. È invece indispensabile che questo sistema non sia "ingessato", ma venga rivisto in modo dinamico in base ai mutamenti dell'epidemiologia delle malattie e dei bisogni della popolazione».

Il sistema sanitario italiano è ancora a un buon livello, ma ecco la domanda finale: riuscirà a tenere il passo con una realtà, sociale, politica, medico-scientifica, tecnologica, economica in continuo movimento?

A.Bz.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il commento

di **Luciano Fontana**

QUALCOSA DI PREZIOSO

È difficile sfuggire, quando si fa il bilancio di qualcosa molto importante nelle nostre vite, alla semplificazione, all'umore dell'ultimo istante.

Quello magari generato dalla foto di un ospedale sporco oppure di un caso di malasanità.

Ma proviamo a chiudere per un attimo gli occhi e pensiamo a com'era la cura della salute in Italia prima della nascita del Servizio sanitario nazionale: capiremo quanto sia stata importante quella scelta, quanto abbia migliorato le condizioni del Paese.

In tutto il mondo ci viene riconosciuto questo primato di qualità delle prestazioni in un sistema pubblico universale che non crea le feroci disuguaglianze presenti invece in altre nazioni che si affidano a sistemi privatistici.

Naturalmente anche nella sanità pubblica ci sono due e forse più Italie: quelle della qualità media molto alta delle regioni del Nord e del Centro, e quella delle eccellenze presenti anche in aree del Meridione, dove il sistema però fa fatica a trovare omogeneità.

E il tema della spesa sanitaria è entrato prepotentemente nel dibattito sui nostri conti pubblici e sulla sostenibilità del debito che abbiamo accumulato.

Il Servizio sanitario nazionale, dopo i suoi primi quarant'anni, ha bisogno di un modello economico sostenibile e di scelte organizzative che portino qualità ed efficienza in ogni parte del Paese.

Con la consapevolezza che il dovere di contribuire, ognuno secondo i suoi mezzi, a un sistema universale permetterà di mantenere qualcosa di prezioso: qualcosa che ha migliorato le nostre vite, la nostra salute e anche il nostro status di cittadini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



40 anni di Servizio Sanitario Nazionale Italiano

Il 23 dicembre 1978 la Legge 833 ha istituito l'attuale sistema universalistico di assistenza per consentire a tutti i cittadini di ricevere le cure necessarie senza distinzione di censo e di reddito. Ora però questo modello deve affrontare nuove (e non facili) sfide

La legge 833 del 23 dicembre 1978 stabilisce una serie di principi che prevedono l'uguaglianza di trattamento per ogni cittadino italiano e l'universalità dei destinatari indipendentemente dal lavoro da essi svolto, con finanziamenti che derivano dalla fiscalità generale

Dalle mutue si è passati alle **cure per tutti**

L'introduzione delle Usl

A scopo organizzativo furono istituite le Unità Sanitarie Locali, che riassumevano tutte le competenze in materia

Le malattie croniche

La nuova norma ha di fatto risolto anche il problema della cronicità. Le vecchie mutue prevedevano un termine e una copertura limitata

Nella nostra «Carta»

La legge 833 si è ispirata all'articolo 32 della Costituzione che parla della salute come diritto fondamentale dell'individuo



Il risultato
La riforma ha portato la sanità italiana ai massimi livelli mondiali. In certi momenti è stata seconda solo a quella francese



o spartiacque si chiama legge 833, quella legge di Riforma sanitaria che, nel 1978, ha cambiato

il volto della sanità italiana e che, ora, compie quarant'anni.

Così c'è un prima e c'è un dopo (e un futuro, da immaginare): cominciamo a raccontare, il prima e il dopo, con due storie cliniche. La prima, ambientata negli anni Settanta, è di una quindicenne con forti dolori alla pancia. Si chiama il medico della mutua (per chi la mutua ce l'ha: siamo, appunto, nell'epoca pre-riforma) oppure il medico condotto (che assicura un'assistenza a tutti, ventiquattro ore su ventiquattro, per le emergenze, e si occupa, per il resto, solo dei poveri, iscritti in appositi Registri comunali): si sospetta un'appendicite. Ricovero in ospedale per l'intervento che sarà pagato dalla mutua (se quella dei genitori della quindicenne prevede anche l'assistenza ai familiari), altrimenti la famiglia dovrà sborsa-



re i soldi per la degenza e l'operazione. Ai poveri provvede l'ospedale (all'epoca gli ospedali erano autonomi, economicamente, potendo contare su un loro patrimonio, grazie ai lasciti dei benefattori).

Oggi, di fronte a questo stesso caso, si chiama il medico di medicina generale o la guardia medica oppure si va al Pronto Soccorso: se la diagnosi di appendicite è confermata, la ragazza viene ricoverata, operata e rimandata a casa. Senza pagare un euro (o quasi).

Seconda storia, sempre pre-riforma: una donna deve partorire. Anche qui, se ha una mutua, può rivolgersi a un ginecologo e prevedere un ricovero in ospedale per il parto: le spese saranno coperte nei limiti previsti dalla sua mutua. E se per caso il parto è complicato e richiede interventi extra, magari dovrà integrare di tasca propria. Altrimenti c'è l'ostetrica «condotta», per chi l'ospedale non se lo può permettere, che farà nascere il bambino in casa, se tutto va bene. Ma un parto può anche comportare complicanze, a maggior ragione quando, in anni passati, si usava ancora il forcipe: per esempio danni cerebrali. In quel caso l'assistenza e le cure per il bambino erano tutte a carico della famiglia.

Oggi una mamma può essere assistita prima, durante (in ospedale, di solito) e dopo il parto con il nostro Sistema Sanitario Nazionale gratis, salvo pagamenti di ticket. E se il bambino ha problemi, per esempio nasce con una malattia congenita, nella stragrande maggioranza dei casi può contare su un'assistenza sanitaria, più o meno gratuita a seconda dei casi.

Era una sanità disordinata, quella prima della 833, fatta di tante mutue (gestite con criteri assicurativi: lavoratori e aziende versavano il loro contributo per usufruire dell'assistenza), di medici della mutua, appunto, di medici (e ostetriche) condotti (questi ultimi dipendevano dai comuni e si occupavano anche di igiene pubblica) e di tanti enti che funzionavano per conto loro. Per esempio: per la gestione dei malati di tubercolosi, una malattia che fino ad alcuni decenni fa rappresentava una vera piaga sanitaria, c'erano ancora i dispensari, dove si «distribuivano» trattamenti, si facevano i test tubercolinici e le schermografie (ancora negli anni Settanta, per chi si ricorda, a tutti gli studenti) e i sanatori, dove ancora prima dell'avvento dei farmaci antitubercolari, si curavano i pazienti con l'aria buona, la luce del sole e una corretta alimentazione: erano strutture gestite da Comuni e Province. E poi smantellate, in seguito alla riforma.

«La legge di riforma sanitaria ha voluto mettere ordine in questo caos — commenta Gaetano Maria Fara, igienista, professore Emerito dell'Università di Roma La Sapienza — Tutto era disperso in una miriade di competenze, con enti diversi dedicati a specifiche malattie, come, appunto, la tubercolosi. Ma, tanto per fare un altro esempio, c'erano anche gli ospedali materno-infantili e ancora prima l'Omni, l'Opera nazionale per l'assistenza alla maternità e infanzia, istituita durante il fascismo (però soppressa nel 1975, ndr)».

E c'erano l'Inail, l'Istituto per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e l'Inps (Istituto Nazionale della previdenza sociale) che forniva all'epoca, anche assistenza.

Ecco allora il principio ispiratore della Ri-

forma Sanitaria: dare a tutti i cittadini italiani una sanità globalizzata, gestita in maniera coerente e uniforme. Con input nazionali declinati, poi, nelle realtà locali.

«La legge 833 — ricorda l'igienista Luigi Macchi, che è stato per anni direttore generale del Policlinico di Milano — si è ispirata all'articolo 32 della Costituzione (che parla di salute come fondamentale diritto dell'individuo e di cure gratuite, ndr) e stabilisce principi che prevedono l'uguaglianza di trattamento per tutti i cittadini italiani e l'universalità dei destinatari indipendentemente dal lavoro che svolgono, con finanziamenti che derivano dalla fiscalità generale».

Con la nuova legge vengono smantellati tutti gli enti prima esistenti (o quasi).

«Se prima le prestazioni dipendevano dai contributi versati alle varie casse-mutue — precisa Macchi — ora sono erogate in relazione ai bisogni del malato e sono alla portata di ogni paziente che ha la facoltà di scegliere le cure nell'ambito di quello che il sistema sanitario fornisce».

La 833 ha avuto molti padri e padrini: fra i più importanti, l'igienista Augusto Giovanardi che fin dal 1945 aveva elaborato un progetto di riforma dell'ordinamento sanitario italiano. La legge è stata promulgata il 23 dicembre del 1978 ed è stata, sul piano politico, il frutto di un'intesa bipartisan, fondamentalmente fra la Democrazia Cristiana (che all'epoca aveva espresso Tina Anselmi come Ministro della Sanità) e il Partito Comunista, nel clima culturale del «compromesso storico».

«La 833 ha integrato i due binari su cui si muoveva la sanità in Italia a partire dalla fine del 1800: quello della tutela della salute pubblica (che risale alla legge Crispi -Pagliani del 1888, ndr) e quello dell'assistenza ai singoli che aveva visto l'introduzione del sistema delle casse mutue a partire dal 1898 fino alla loro unificazione nell'Inam (Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie, l'ente mutualistico più importante) nel 1943» commenta Macchi.

Sul piano organizzativo, la 833 ha previsto l'istituzione delle Usl, Unità sanitarie locali che riassumevano tutte le competenze, dalla prevenzione alla cura, dall'assistenza ambulatoriale e specialistica a quella ospedaliera, secondo una concezione di salute intesa come benessere complessivo.

Con l'eccezione della Lombardia che, con il suo speciale «Rito ambrosiano» anche in Sanità, istituisce le Ussl: Unità socio-sanitarie assistenziali, che inglobano anche il concetto di assistenza sociale (dal 2016 trasformate in Asst, Azienda socio-sanitaria territoriale).

«Le Usl sono governate dalla Regioni — commenta Fara — E nelle Usl sono confluite tutte le attività sanitarie compresi i servizi di igiene pubblica, per esempio, o le attività domiciliari dei medici, o i servizi veterinari». Ma c'è di più.

«Questa legge di riforma ha risolto un altro problema — aggiunge Fara — Quello della cronicità. Le vecchie mutue avevano un "termine" e una copertura limitata per le malattie croniche: chi ne soffriva o pagava di tasca propria o si affidava all'assistenza dei poveri».

Nel tempo la 833 ha subito alcune modifiche, tanto che si parla di seconda Riforma (la legge De Lorenzo numero 502 del 1992 e com-

pletata dal decreto Garavaglia del 1993) e di riforma Ter, la legge Bindi del 1999 numero 229.

Con la riforma De Lorenzo le Usl sono diventate Asl, cioè aziende sanitarie e così pure i grandi ospedali (che, per la verità erano già stati oggetto di riforma prima del 1978, ed erano stati trasformati in enti pubblici e classificati in diversi livelli, per esempio, provinciale, regionale). «La riforma bis era dettata dalla necessità di contenere i costi “esplosivi” della sanità — continua Macchi — legati soprattutto al processo di invecchiamento della popolazione e alle nuove tecnologie. La legge introduce il concetto di aziendalizzazione e, quindi, di gestione manageriale della sanità: in pratica

si sostituiscono gli organi politici, che la gestivano, con organi tecnici».

Ultimo atto di riforma, la legge Bindi «per la razionalizzazione del sistema sanitario»: fra le altre cose, ristabilisce i rapporti fra gli enti locali, dando più autonomia alle Regioni, introduce il concetto di *accreditamento* per le strutture sanitarie così da garantire un buon livello di prestazioni ai cittadini che, a loro volta, sono chiamati a partecipare alla valutazione di queste ultime. E cerca di migliorare la comunicazione fra pazienti e sistema sanitario attraverso la carta dei servizi.

Adriana Bazzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il «prima»

Era una sanità disordinata, quella prima della 833, fatta di tante mutue (gestite con criteri assicurativi: lavoratori e aziende versavano il loro contributo per usufruire dell'assistenza) di medici della mutua, appunto, di medici (e ostetriche) condotti (questi ultimi dipendevano dai comuni e si occupavano anche di igiene pubblica) e di tanti enti che funzionavano per conto loro.

Legge Basaglia

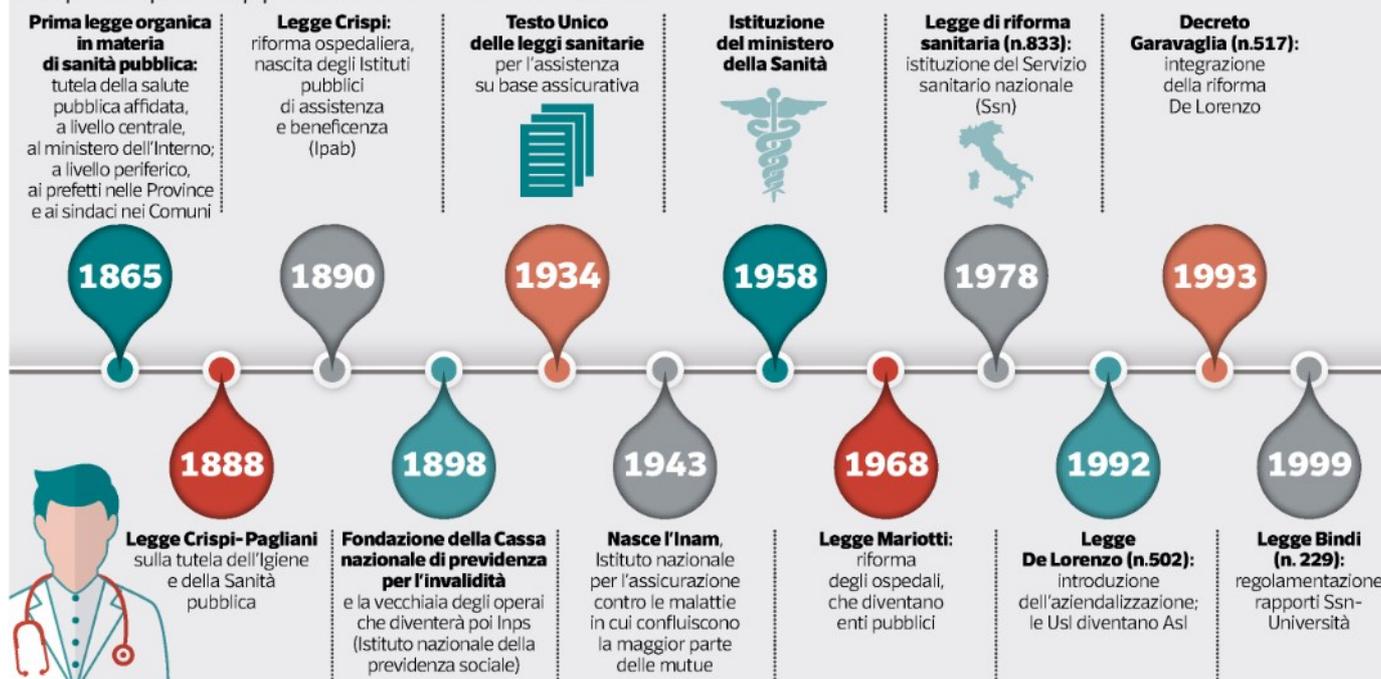
Nello stesso anno anche la chiusura dei manicomi

Il 1978 non è stato soltanto l'anno della Legge di riforma del Sistema sanitario nazionale italiano, la 833. È stato l'anno anche della Legge Basaglia, la 180, che ha portato alla chiusura dei manicomi in Italia. In sé ha avuto vita breve perché poi è stata inglobata nella 833, con alcune puntualizzazioni. Con la Legge Basaglia (dal nome dello psichiatra veneziano che ne fu l'ispiratore), l'Italia è stato il primo Paese al mondo a de-istituzionalizzare i malati psichiatrici. La Legge ne

demandò l'attuazione alle Regioni, che, però, hanno legiferato in maniera eterogenea.

E, a quarant'anni dalla sua approvazione, la situazione nel nostro Paese è ancora molto disomogenea da Nord a Sud: esistono parecchie disuguaglianze per quanto riguarda la presa in carico di questi malati, nonostante, nel frattempo, siano stati istituiti servizi di assistenza sul territorio (oltre alla possibilità di ricovero per i casi acuti nei reparti ospedalieri).

Le principali tappe verso il Ssn e le riforme



I tre principi ispiratori del Ssn



Universalità:

la salute è non soltanto un bene individuale ma soprattutto una risorsa della comunità



Uguaglianza:

i cittadini devono accedere alle prestazioni senza nessuna distinzione di condizioni individuali, sociali ed economiche



Equità:

a tutti i cittadini deve essere garantita parità di accesso in rapporto a uguali bisogni di salute

Corriere della Sera

L'imbutto formativo che rischia di lasciarci senza medici

Ricambio

Dalle scuole esce un numero inadeguato di ricalzi per sostituire i colleghi anziani

Costi

Il numero dei nuovi specialisti è limitato a causa della carenza di fondi per pagarli

Questa storia comincia dalla fine. Da quando cioè un'azienda ospedaliera che potrebbe essere collocata indistintamente al Nord o al Sud (su questo non c'è differenza) bandisce un concorso per ortopedici o pediatri o per il Pronto soccorso. In una fase di disoccupazione generale del Paese ci si aspetterebbe la corsa al posto fisso. Invece succede esattamente il contrario. Candidati da contare sulla punta delle dita o addirittura bandi deserti.

Andiamo a ritroso, allora, e cerchiamo di capire perché succede. Si scopre che per riempire gli spazi a corto di specialisti non esistono abbastanza medici. Soffrono in particolare certe figure. Ortopedici, chirurghi, medici dell'urgenza, ginecologi, anestesisti sono alcune delle discipline più in affanno.

Il problema è che dalle scuole esce un numero insufficiente di ricalzi per sostituire i colleghi anziani che vanno in pensione, i giovani fuggono dalla sanità pubblica per lavorare nel privato oppure scelgono di andare all'estero dove gli stipendi sono più gratificanti e gli italiani molto apprezzati (sì, la preparazione viene considerata buona a livello internazionale), anche senza raccomandazioni.

Le scuole di specializzazione hanno a disposizione un certo contingente di borse di studio e una parte degli aspiranti viene esclusa. Le borse di studio costano (lo stipendio di uno specializzando si aggira attorno a 1.700 euro mensili), lo Stato in un periodo di bilanci striminziti non può finanziarne più di tante e le Regioni non hanno la forza

economica necessaria per intervenire sostenendo tutti i posti aggiuntivi. In altre parole: le facoltà di medicina sfornano laureati che poi non possono continuare la strada, intrappolati nel cosiddetto «imbuto formativo»: 1.100 borse di studio all'anno da spartire. Coperta corta.

La categoria è in allarme e dovrebbero esserlo anche i pazienti. La forbice tra domanda e offerta si sta divaricando sempre più. Gli ultimi dati (di Fiaso, la Federazione dei dirigenti, e Anaa Assomed, gli ospedalieri) mostrano una carenza che fra dieci anni ammonterà a circa 47.300 unità. I sindacati medici stimano che anche in caso di totale sblocco del turnover, rallentato nelle Regioni con piano di rientro dal deficit (ora sono sette), sarà arduo compensare nel prossimo quinquennio i dipendenti in uscita tra pensionati, prepensionati e fuggitivi.

Non stanno meglio i medici di famiglia. Secondo i calcoli della federazione Fimmg, nel 2028 avranno lasciato l'ambulatorio oltre 33 mila dottori e i pazienti avranno difficoltà a trovare sostituti di riferimento. Dunque la criticità di fondo non sta nel numero di laureati ma nel post laurea. L'ipotesi di aprire l'iscrizione alle facoltà di medicina riformando il test di ingresso, o eliminandolo addirittura, non è una soluzione. In questo caso gli atenei dovrebbero sostenere l'assalto dei circa 77 mila matricole l'anno, quanti sono i giovani che hanno affrontato nel 2018 la prova d'ingresso con la prospettiva di poco meno di 10 mila posti disponibili. Non ci sarebbero aule e docenti per garantire una forma-

zione di qualità. Per Cosmed, sindacato di medici e dirigenti della pubblica amministrazione, sarebbero 25 mila i camici bianchi pronti ad andare in pensione con la nuova riforma «quota 100». In 10 mila lavorano con contratti precari.

Dal ministero della Salute, il ministro Giulia Grillo e il sottosegretario Armando Bartolazzi hanno a più riprese affermato di considerare la penuria di medici «una priorità» e di voler affrontare la criticità in modo risolutivo col Miur, il ministero di Università e ricerca.

La volontà di intervenire dovrebbe essere concretizzata nella legge finanziaria ora in discussione. Servono però azioni sistematiche che vadano oltre l'emergenza attuale, sulla base di una strategia a lungo raggio dove si tenga conto dei fabbisogni di personale medico.

La Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e odontoiatri (Fnomceo) propone a governo e parlamento una serie di misure partendo dal fatto che «l'abolizione del numero programmato non farebbe altro che ingigantire l'imbutto formativo tra laurea e formazione post laurea. Oggi migliaia di giovani si trovano in un limbo di inoccupazione».

Occorrerebbe, secondo il presidente Filippo Anelli, creare un percorso unico dall'ingresso in facoltà fino alla specializzazione o al diploma in medicina generale. Si chiede inoltre la «ristrutturazione del contenuto didattico del sesto anno di corso in senso abilitante», cioè per mettere già in condizione il neo medico di esercitare.

La professione medica at-



traversa un brutto momento. Lo sciopero del 23 novembre scorso è stato proclamato per chiedere al governo di «inserire la sanità ai primi punti dell'agenda, ridare fiducia al personale sanitario e rilanciare il servizio pubblico».

Tremila le borse di studio invocate dalla piazza. Da dieci anni il contratto dei medici dipendenti non viene rinnovato e non vengono individuate le risorse per il rinnovo dei contratti.

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le dimensioni del problema

Laureati		Percentuale di laureati che non possono accedere alle scuole di specializzazione
2008/09	6.795	6,5%
2009/10	6.687	5%
2010/11	6.709	4,2%
2011/12	6.702	3,4%
2012/13	6.564	9%
2013/14	6.615	1,7%
2014/15	6.777	-
2015/16	7.640	-
2016/17	8.555	9,2%
2017/18	9.397	3,6%
2018/19	9.135	12,1%



Emergenza

In nove ospedali su dieci, anestesisti sotto organico

In nove ospedali italiani su dieci, l'organico di anestesisti-rianimatori è incompleto. Ad affermarlo è l'associazione Aaroi Emac, la più rappresentativa del settore. Un recente sondaggio racconta degli stratagemmi attuati dalle aziende ospedaliere per coprire i vuoti di personale medico. Anche strutture che dovrebbero assicurare la presenza notturna di questa figura giorno e notte ricorrono a soluzioni discutibili. Il presidente nazionale Alessandro

Vergallo denuncia una seconda irregolarità: gli specialisti vengono utilizzati su più sedi lavorative, prassi in contrasto con i tempi dell'emergenza, che non aspetta: «Sono escamotage rischiosi. Siamo in 3 mila in meno, 4 mila se calcoliamo il rispetto delle prestazioni indicate dai Lea (Livelli essenziali di assistenza) che prevedono l'analgesia, di fatto, però, mai veramente decollata».

M.D.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un tablet in mano a un medico di base per inviare dati a uno specialista lontano: un progresso che avanza a livello mondiale

Tecnologia e medicina

Che il mondo sia sempre più interconnesso e tecnologico è ormai cosa nota, che l'high-tech possa fare la differenza tra vivere e morire anche nei paesi più isolati è un fatto inimmaginabile anche fino a poco tempo fa. La robotica e la telemedicina sono sicuramente il futuro in un mondo globalizzato dove l'aspettativa di vita della popolazione è in costante crescita: in questo mondo l'equità di accesso alle cure è un traguardo ancora da conquistare. La strada la può tracciare la tecnologia ma anche i governi ed i decisori pubblici sono chiamati a svolgere un ruolo da protagonisti.

La telemedicina: l'innovazione che consente di avere cure e controlli costanti, veloci, di qualità

Un grande cambiamento che risolve il problema della lontananza medico-paziente

La conferenza mondiale dell'OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, ha riconosciuto nella tecnologia uno dei pilastri del rilancio della sanità

Occorre passare da una concezione "ospedalocentrica" alla medicina diffusa

La rivoluzione digitale non poteva non toccare uno dei pilastri del progresso umano, le cure mediche garantite a tutti, anche a coloro che vivono in paesini sperduti tra le montagne o che non hanno i mezzi economici sufficienti per pagarsi costosi viaggi per raggiungere l'ospedale più attrezzato o il medico specializzato. Oggi la telemedicina è una necessità, per questo rientra nelle politiche dell'Unione Europea che si è prefissata l'obiettivo di migliorare la salute dei cittadini, elevando la qualità dell'assistenza sanitaria e rendendo disponibile ogni tipo di intervento, da quello domiciliare a quello on line. In Europa Francia, Danimarca e Svezia sono già sul podio dei primi della classe, mentre fuori dall'Unione abbiamo il caso di Israele, con una assistenza on line che arriva a fare ecografie fetali a distanza. In Italia, dai dati dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano, risulta che solo il 21 per cento dei cittadini sa di che cosa si tratta, uno su tre ne ha sentito parlare, il 37 per cento tra i malati cronici è informato. Ma la direzione intrapresa è già quella giusta anche nel nostro paese.

MINORI SPESE PIÙ EFFICACIA

In una società in cui la fascia degli over sessanta diventa sempre più numerosa, il problema dell'assistenza medica rischia di diventare molto complicato. Dalla telemedicina può arrivare il contributo decisivo alla sostenibilità della sanità pubblica",

spiega Francesco Gabrielli, direttore del Centro Nazionale per la Telemedicina e le Nuove Tecnologie Assistenziali Istituto Superiore di Sanità, "oggi molte persone vanno incontro a più patologie croniche che si manifestano in contemporanea come il diabete, l'ipertensione, le malattie cardiache, quelle renali, respiratorie e tante altre. Ciò rende le cure più difficili. Però con poca spesa e usando la telemedicina si può portare a casa del paziente un insieme di servizi, dall'assistenza infermieristica a quella medica. Gli smartphone hanno reso possibile che software semplici per le persone siano collegati a server di grandi strutture, così ogni singolo paziente può essere raggiunto". Ma per organizzare un sistema di telemedicina a livello nazionale resta forse da risolvere il problema di come farlo e anche di far cambiare la mentalità dei cittadini e degli operatori sanitari. "I due piani su cui stiamo lavorando sono quello organizzativo e quello che riguarda l'aggiornamento: in molti ospedali le cartelle cliniche sono ancora scritte a penna, se spiegata bene la telemedicina è un vantaggio di cui i pazienti sono contentissimi. Ma anche il personale medico e amministrativo ne ha un vantaggio: ad esempio quello di avere contatti in tempo reale invece di dover perdere ore e intere giornate per recarsi dal paziente. Non dimentichiamo che la dura realtà per tanti ammalati è di farsi centinaia di chilometri per i controlli, perché abitano in paesini che non superano i 100 abitanti e sono distanti da ospedali e centri medici attrezzati per le loro patologie. Si farebbe prima ad arrivare in elicottero, ma ciò sarebbe insostenibile. Bisogna quindi aggiornare le procedure mediche alla luce delle possibilità che le nuove tecnologie offrono".

UN SISTEMA SANITARIO INTERCONNESSO

Negli ultimi dieci anni ci sono state esperienze singole sganciate dalle altre realtà, questo deve essere superato. "Bisogna lavorare secondo un metodo che consenta a ogni Regione di sviluppare il proprio stile, ma basandosi su pilastri che siano condivisi, uniformi, in modo che i differenti servizi di telemedicina rappresentino un insieme compatto a supporto del SSN. Mi occupo da venti anni di innovazione in medicina, negli ultimi dieci abbiamo avuto soluzioni veramente nuove come la robotica, ma troppo spesso ci siamo limitati ad esperienze singole, anche di successo ma isolate e realizzate solo grazie ai fondi europei o a elargizioni filantropiche. E' mancato un coordinamento che faccia sistema. Oggi alcune Asl e qualche ospedale sono avviati in questa direzione, un centinaio di esperienze in tutta Italia, che vanno potenziate e diffuse. Occorre la supervisione di un'entità nazionale che sia un punto di riferimento, che analizzi, studi, valuti, le esperienze regionali fatte, analizzando i costi-benefici e l'efficacia clinica e la sicurezza, per capire quali sono le migliori, e che sia capace anche di fare da consulente delle organizzazioni sanitarie. Questa è la missione del Centro Nazionale di Telemedicina. Il problema al momento è rendere tutto questo attuabile, bisogna lavorarci, adattare sistemi informatici diversi in modo che possano comunicare tra loro, sarebbe opportuno avere un modello unico di riferimento, perché abbiamo avuto l'esperienza del fascicolo sanitario elettronico, realizzato su sistemi regionali differenti che non parlano tra loro.. Inoltre, attendiamo l'estensione della banda larga sul territorio italiano, che è sempre più necessaria



Dir. Resp.: Luciano Fontana

www.datastampa.it

Tiratura: 326768 - Diffusione: 308275 - Lettori: 2136000: da enti certificatori o autocertificati

e che favorirà il superamento di molti problemi nell'erogazione dei servizi", spiega Gabbrielli.

NELLE MALATTIE ACUTE È QUESTIONE DI TEMPO

La telemedicina si applica in modo diverso secondo le situazioni. In generale si possono distinguere due gruppi di attività: quelle nelle emergenze e quelle nelle malattie croniche. Nel caso di infarto o di ictus, per esempio, il fattore tempo è fondamentale per scongiurare il decesso o conseguenze gravi e invalidanti. La telemedicina fa da supporto all'operatore che ha preso in carico la persona, consentendo un collegamento immediato con uno specialista che spiegherà a distanza come procedere per bloccare prima possibile l'aggravarsi del problema. Anche un familiare può eseguire manovre utili pur non essendo presente sul posto un neurologo o un cardiologo. Il vantaggio è evidente: agendo immediatamente si risparmia tempo prezioso, il che sarebbe impossibile mettendo in atto le lungaggini che

richiede il trasporto in ospedale. Si stima che nei prossimi 20 anni le malattie croniche rappresenteranno l'ottanta per cento di tutte le patologie diffuse a livello mondiale. Le cure mediche e i nuovi farmaci hanno consentito un innalzamento dell'aspettativa di vita mai visto nei secoli passati: sconfitte le gravi epidemie e grazie alla ricerca di cure sempre più efficaci si vive a lungo e i centenari non sono più una rarità. Ma l'organismo non resta quello dei 30 anni, comunque invecchia, e va incontro a disturbi di varia natura che bisogna tenere sempre a bada, dai deficit respiratori alle aritmie, dal diabete all'asma, dalle insufficienze renali croniche alle malattie epatiche, l'elenco è lungo. La telemedicina consente di seguire il paziente nella quotidianità, inviando le informazioni sui suoi parametri a un centro sanitario tramite alcuni device è possibile prevenire le complicanze o agire subito alle prime avvisaglie. Si può correggere la terapia ed evitare il ricovero ospedaliero. Tutto ciò, come già dimostrato, riduce le riacutizzazioni,

abbassa l'impatto delle comorbidità, prolunga lo stato di salute. "L'innovazione nella ricerca scientifica ha permesso di scoprire molecole che sono in grado di curare malattie come l'epatite virale, il nuovo tipo di radioterapia con acceleratori di particelle contro i tumori e tante altre, ma sono molto costose. Quindi dobbiamo gestire al meglio le risorse per mantenere il servizio pubblico. La telemedicina è una realtà concreta, non è fantascienza, e può essere il punto di forza, con l'uso adeguato della tecnologia, per ottimizzare le risorse. Poi i dati del paziente saranno utilizzati con sistemi di Intelligenza Artificiale per potenziare le possibilità di cura fin dalla fase diagnostica o meglio ancora dalla prevenzione. Il Servizio Sanitario Nazionale potrà ancora essere sostenibile e i cittadini avranno un pool di medici che garantirà esami, accertamenti, visite", conclude Gabbrielli.



Il Futuro della Sanità

Uno spaccato dello stato dell'arte dell'innovazione nella sanità italiana ci viene direttamente dal palco de Il Futuro della Sanità, l'evento che abmedica annualmente organizza, e che giovedì 22 novembre ha celebrato la sua XV edizione. Grazie ad un ricco e variegato parterre di ospiti, la conduzione di Nicola Porro ha raccontato di un sistema sanitario che, nonostante le sue difficoltà, quest'anno compie 40 anni e accetta nuove e stimolanti sfide. Indubbiamente la tecnologia è un ingrediente fondamentale per assicurarsi una sanità moderna, dove la tecnologia rappresenti un valore, o meglio un diritto per tutti. Dalla chirurgia robotica che con la sua mininvasività, precisione ed efficacia permette di eseguire interventi complessi, salvaguardando la qualità di vita del paziente, alla telemedicina che assicura costanza e continuità alle cure, in ospedale come al domicilio anche per le figure più fragili. Ma proprio sulla strada verso la meta di un sistema sanitario all'avanguardia che c'è un ostacolo rappresentato da una mancata equità di accesso alle cure e alle stesse tecnologie. Se è vero che reddito ed educazione costituiscono un discriminare sulla qualità di vita, a ciò si aggiunge un'ulteriore variabile, ossia il luogo in cui si vive. È accettabile che un fattore geografico incida pesantemente sulla qualità di vita di una persona? La domanda è retorica ma la sua risposta non è così banale; nasce da qui l'esigenza di ripensare a modelli organizzativi che contribuiscano fattivamente a diffondere l'innovazione tecnologica, mettendola a disposizione di ogni cittadino, senza discriminazione alcuna. Un percorso fattibile potrebbe prevedere che il SSN conduca una preventiva valutazione delle grandi tecnologie (come può essere la chirurgia robotica o la telemedicina) a livello centrale, per inserire queste ultime in adeguati protocolli terapeutici o percorsi diagnostici. A questo punto, si, sarebbe pensabile procedere invece ad una programmazione su base regionale, così da rispettare criteri epidemiologici e demografici, caratteristici di ogni singolo territorio.

La telemedicina arriva anche nei reparti ospedalieri

I ricoverati indossano dispositivi wireless

Il campanello posto vicino al letto del malato può andare in pensione. Se ancora non è proprio così ci stiamo avvicinando a queste novità. Oggi la tecnologia consente realtà prima impensabili. Sono stati creati dispositivi wireless da indossare tutto il giorno che consentono il monitoraggio in tempo reale e continuo di numerosi parametri fisiologici. Il sistema, in grado di fornire molti dati che possono essere utilizzati all'interno della pratica clinica, è già utilizzato con successo nei reparti a bassa intensità di

Il server centrale, che si trova in una stanza di controllo, acquisisce, elabora e memorizza i dati ricevuti

cura, come le aree mediche, le pneumologie e i post chirurgici; nei reparti che hanno bisogno di isolare il malato (reparti infettivi, terapie radiometaboliche, reparti a bassa carica microbica) in cui il sistema risulta essere un prezioso alleato per prevenire contaminazioni

ambientali e rischi di contatto con il personale sanitario; reparti di lungo degenza come le RSA, Ospedale di comunità e Geriatrie, grazie al wireless si conosce il quadro delle condizioni del paziente in tempo reale. Ogni malato, a letto e in movimento all'interno dell'ospedale, viene controllato tramite una semplice interfaccia grafica e un sistema di avvisi che segnalano le situazioni anomale.

Le storie

Premi alle aziende
risorse umane al top

Vittorio De Luca
(De Luca
& Partners)

In un momento di grandi cambiamenti abbiamo voluto premiare le aziende che hanno realizzato progetti innovativi nel campo delle risorse umane, con l'auspicio di poter contribuire alla diffusione ed emulazione delle migliori pratiche». Spiega così lo spirito dell'Excellence & Innovation HR Award Vittorio De Luca, managing partner di De Luca & Partners, ideatore e promotore dell'iniziativa che si è conclusa nei giorni scorsi con la vittoria di Fiat Chrysler Attomobiles tra le società quotate e di AFV Beltrame Group tra quelle non quotate. Le premiazioni sono arrivate al culmine di un processo che ha visto la presentazione di oltre trenta candidature, con sei aziende ammesse alla fase finale. Oltre alle due già citate, sul podio delle quotate si sono piazzate American Express e Rai Way (al secondo posto ex aequo), e per le non quotate Farco e Bricoman, rispettivamente al secondo e terzo posto.

Ad analizzare i progetti, per individuare quelli con la maggiore capacità di promuovere la coesione e sostenere lo sviluppo delle persone, è stata una giuria indipendente composta da esperti di risorse umane, di sostenibilità e Csr ed economisti noti nel settore. Un modo per assicurare l'assoluta autonomia nel giudizio. Fca è stata premiata per Learning City, una piattaforma di formazione interattiva accessibile 24/7 dai dipendenti, pensata per valorizzare la responsabilità individuale e rafforzare l'agilità di apprendimento grazie anche al ricorso alla gamification. «Un'iniziativa che vede la tecnologia non costituire una minaccia per il lavoro delle persone, ma piuttosto un'opportunità per operare meglio e sentirsi coinvolti nell'organizzazione», spiega l'avvocato. Ricordando come il progetto sia «su larga scala, con la possibilità di coinvolgere fino a 50mila persone».

Nel caso di AFV Beltrame Group, invece, il riconoscimento è legato soprattutto all'innovazione nelle relazioni sindacali. «L'azienda ha vissuto una fase di crisi seguita da una ristrutturazione – spiega De Luca – Con i rappresentanti dei lavoratori si è raggiunto un accordo in virtù del quale, al momento del ritorno a un Ebitda positivo, i benefici sarebbero stati condivisi tra tutti. Così è stato e c'è da scommettere che il successo di questo progetto potrà essere replicato da altre aziende». – **i.d.o.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Più vicini al vaccino per sconfiggere l'Aids

MARCO PIVATO

PAG. 37

Le prospettive di cura, secondo l'infettivologo Stefano Vella

"Sulla superficie dell'Hiv si cela l'arma segreta per il futuro vaccino anti-Aids"

INFETTIVOLOGIA

MARCO PIVATO

La prospettiva di vita di una persona con l'infezione da Hiv, in Occidente, assomiglia sempre più a quella di una persona senza Hiv. Ci siamo arrivati, però, dopo oltre 35 milioni di morti, dagli Anni 80, quando cominciò l'epidemia planetaria, ed è comunque presto per cantare vittoria: nei Paesi a risorse limitate si muore di meno, grazie alla battaglia per l'accesso ai farmaci, ma l'infezione continua a uccidere un paio di milioni di persone ogni anno. E se non riusciamo a prenderci cura anche delle persone più marginalizzate, la lotta non finirà mai.

È una regola che vale non solo per l'Aids, ma per tutte le minacce alla nostra esistenza, perché nel mondo globale e interconnesso non esistono isole di benessere: è il motivo per cui, tra gli «Obiettivi di sviluppo sostenibile», stabiliti dall'Onu per il 2015-2030, c'è quello di raggiungere la copertura sanitaria universale per tutti gli abitanti della Terra. E in Italia già esiste un modello di Sanità universale, che molti ci invidiano. È questa l'analisi, in occasione della Giornata mondiale contro l'Aids dello scorso 1° dicembre (che quest'anno coincide con il 40° anniversario dalla fondazione del sistema sanitario), di Stefano Vella, direttore del Centro nazionale per la salute globale dell'Istituto Superiore di Sani-

tà, tra i 10 ricercatori più importanti al mondo - secondo «Science» - per la qualità delle pubblicazioni sull'Aids.

Professore, lei sostiene che gli altri Paesi dovrebbero copiare il nostro sistema sanitario, perché è l'unico per far fronte alle epidemie globali come l'Aids. Ma la Sanità scricchiola e i ticket aumentano. Il futuro sarà delle assicurazioni private?

«Al massimo possono complementare la Sanità pubblica, che però resta essenziale se vogliamo abbattere le disuguaglianze. Nei Paesi dove la Sanità è fondamentalmente privata, come gli Usa, le differenze tra ricchi e poveri in termini di mortalità prematura è impressionante. Le donne nere e ispaniche, per esempio, arrivano in ospedale già con il cancro in fase avanzata, perché chi ha meno non ha accesso ai controlli periodici. E anche dal punto di vista economico non conviene risparmiare con la Sanità: una società in salute è una società che lavora e crea ricchezza. Cure e assistenza vanno garantite universalmente, secondo il concetto "One Health"».

Cosa significa in concreto?

«La salute degli esseri umani è legata a quella dell'habitat e, quindi, alla salute degli altri individui, mondo animale compreso. Il principio è diventato evidente a partire dalle epidemie degli inizi del 2000 come aviaria, Sars, ed Ebola: tutte zoonosi trasmesse dagli animali all'uomo. Ce ne aspettiamo altre e dobbiamo a prepararci».

Che tasso di successo ha questo approccio globale nella lotta all'Aids?

«L'Aids è stata la prima vera malattia globale che ha posto il problema delle disuguaglianze: 20 anni fa era sinonimo di malattia mortale, quando la terapia consisteva in 28 farmaci al giorno con insopportabili effetti collaterali. La svolta avvenne nel 1996, con la "triplice terapia" a base dei nuovi antiretrovirali. Attualmente siamo riusciti a portare le cure di cui dispongono i Paesi ricchi in ogni angolo della Terra: una risposta globale a una malattia globale».

Con quale efficacia?

«Chi diventa sieropositivo oggi ha una aspettativa di vita sempre più simile a quella di una persona normale e prende farmaci, sotto forma di una compressa al giorno».

Ma la battaglia è tutt'altro che vinta, giusto?

«Da malattia mortale l'Aids è diventata una malattia cronica. Però, attenti a cantare vittoria. Ogni anno nel mondo si infettano quasi due milioni di persone. E milioni di persone non sanno di essere infettate e non accedono alle cure».

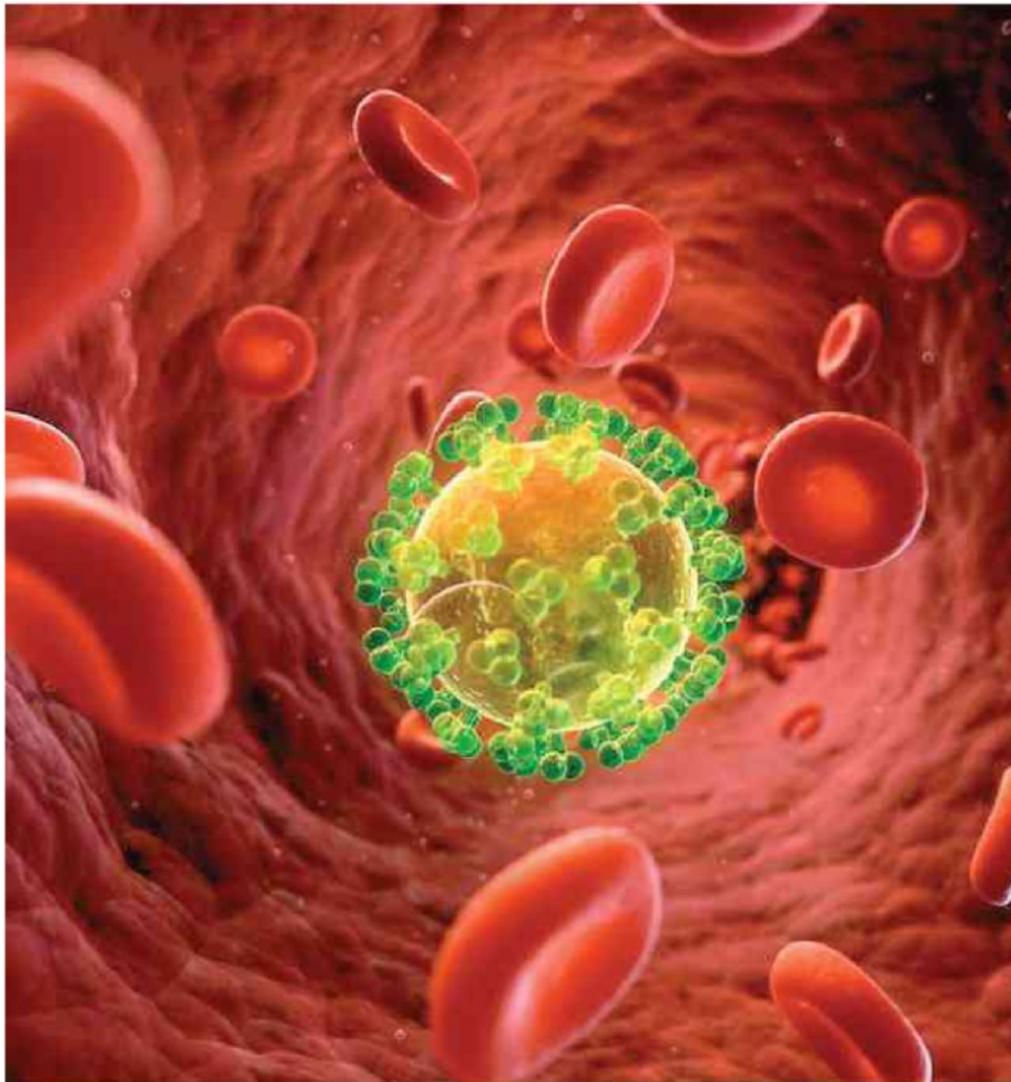
Quando avremo il vaccino?

«Non siamo mai riusciti a re-



alizzare un vaccino, perché non riuscivamo a individuare l'antigene virale che induce gli anticorpi neutralizzanti: si tratta di quegli anticorpi che sono alla base del funzionamento di qualsiasi vaccino. Abbiamo scoperto solo da poco che l'Hiv nasconde queste strutture in una "sacchetta" sulla superficie. Oggi il problema è sintetizzare proprio queste strutture "antigeniche" che costituiranno, finalmente, il vaccino vero e proprio». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Il virus Hiv ha una struttura sferica, del diametro di 100-120 nanometri, con due membrane

Un bilancio su cosa è cambiato dopo la legge Gelli sulla responsabilità professionale

Rc sanitaria, prevale il fai-da-te

Calo delle compagnie assicuratrici da strutture pubbliche

Pagina a cura
di **FEDERICO UNNIA**

Nel 2017 il numero delle strutture pubbliche assicurate sui rischi da responsabilità civile sanitaria è diminuito. Lo rivelano recenti dati Ivass, secondo i quali si è passati dalle 1.404 strutture del 2010 alle 685 del 2017. I premi raccolti nel 2017 hanno raggiunto quota 585 milioni di euro (in calo del 2,4% rispetto al 2016), cifra di lunga inferiore rispetto ai premi complessivamente saldati a titolo di risarcimento. È quindi evidente come uno degli effetti che la legge Gelli (la legge 24/2017, «Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie») si era prefissata non sia stato al momento raggiunto. La norma, infatti, con lo scopo di ribadire il principio secondo cui «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute», prevede, tra le altre misure, l'assicurazione obbligatoria della responsabilità sanitaria, con la previsione di una azione diretta risarcitoria del paziente danneggiato nei confronti della società assicuratrice e l'istituzione di un Fondo di garanzia.

Si spera che i regolamenti attuativi, in fase di redazione, possano aiutare a invertire questo trend, ma quel che appare evidente è come soprattutto nel settore pubblico stia prendendo quota la c.s. autoritenzione, ovvero la possibilità per le regioni di sviluppare forme di gestione del rischio e risarcimento dei danni liquidati sia al termine di una causa sia in sede di mediazione, con sostanziale ricarico della spesa risarcitoria direttamente sul bilancio sanitario della regione. Tra il 2012 e il 2016 è cresciuto in modo significativo il numero delle strutture pubbliche che accantonano risorse finanziarie per gestire al proprio interno il rischio. Il valore dei fondi accantonati nel 2016 è stato pari a 511 milioni di

euro, superiore al 70% a quelli dei premi versati nello stesso arco temporale per la gestione assicurativa del rischio stesso. Una funzione, quella della autoritenzione, cui le regioni stesse non sarebbero adeguatamente preparate e disciplinate dalla normativa vigente, soprattutto, finendo per porre a carico di tutti gli eventuali risarcimenti dovuti ad errori di pochi.

A fare un primo bilancio sulla legge è stato un convegno, tenutosi a Milano su iniziativa della Simla (Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni), chiamata a capire come si stia attuando uno dei pilastri della riforma, ovvero il ruolo che hanno assunto i consulenti tecnici di ufficio ai sensi dell'art. 696 bis del cpc.

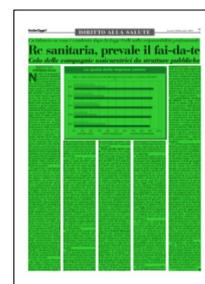
La cura della salute in Italia è stata nel 2017 pari all'8,9% del pil. Ovvio quindi che alla sua tutela guardi da sempre con attenzione il legislatore. La legge Gelli, come detto, ha di fatto, nel tentativo di alleggerire la conflittualità legata agli esiti dei trattamenti operatori e curativi in ospedale, spinto molto sia sull'assicurazione della struttura di cura sia sulla mediazione. I dati Ivass pongono in evidenza come sia in atto una ritirata delle compagnie di assicurazione dalle strutture pubbliche. I premi per le coperture delle strutture sanitarie pubbliche nel 2017 hanno toccato quota 272 milioni di euro, -6,2% rispetto all'anno prima e -47,1% rispetto al 2010. La gestione del contenzioso giudiziario ha riguardato il 13,8% dei sinistri risarciti a titolo definitivo tra il 2010 e il 2017 e il 27,1% di quelli messi a riserva alla fine del periodo.

Il premio medio pagato dai professionisti sanitari ammonta a 803 euro (+13,1% rispetto al 2016). Un medico in media paga 1.040 euro, contro i 173 euro da parte di un'unità di personale sanitario non medico.

L'effetto di questa tendenza è che il mercato della rc sanitaria è fortemente concentrato

in mano a pochissime compagnie, quasi tutte straniere. Infatti, il 96,4% dei premi delle strutture sanitarie pubbliche raccolti fanno capo ai 5 maggiori operatori mentre quella del personale sanitario vede il 71,4% fatto dai 5 operatori più grandi.

Pochi premi, molte cause. Le denunce con seguito pervenute nel corso del 2017 sono state circa 14 mila (+21% rispetto al 2016). Alla fine del 2017 il 23% delle denunce con seguito pervenute nel 2010 non erano ancora state risarcite. Un dato che evidenzia la lunghezza dei processi liquidativi del settore e, più in generale, la litigiosità esasperata che non porta in pratica vantaggi a nessuno. Nel periodo 2010-2017, per le denunce pervenute, le compagnie di assicurazione hanno liquidato risarcimenti per complessivi 1,85 miliardi di euro; per le medesime denunce erano stati accantonati a riserva 3,2 miliardi di euro in previsione di esborsi futuri. Come fronteggiare questo scenario? «La mancanza delle coperture assicurative crea a cascata una serie di problemi che impattano sia sulla sostenibilità della stessa spesa sanitaria regionale sia sull'effettiva tutela del dettato costituzionale previsto dall'art. 32 Cost. in relazione al diritto alla salute», spiega a *Italia-Oggi Sette* **Franco Marozzi**, addetto alla comunicazione del consiglio direttivo della Società italiana di medicina legale e delle assicurazioni. «La mancanza a oggi dei regolamenti attuativi accresce l'indecisione con la quale le compagnie di assicurazioni affrontano il problema. La legge Gelli ha avuto il merito di portare nuova certezza nella giungla delle problematiche legate alla «malpractice» e delle conseguenti azioni risarcitorie. È però altrettanto vero che per le compagnie di assicurazioni l'indeterminatezza nell'interpretazione di queste regole pone dei gravi problemi di sostenibilità economica del rischio assicurato», aggiunge.



Questa situazione porta a un pericoloso sbilanciamento tra quanto viene liquidato per il risarcimento del danno per errate prestazioni mediche da parte delle strutture pubbliche rispetto a quelle private. Consultando la voce risk management di siti internet di alcune strutture di cura, fatto questo previsto dalla stessa legge Gelli, si apprende che l'Istituto Cardiologico Monzino di Milano, eccellenza nel trattamento delle patologie cardiologiche, nel periodo 2013-2017 ha risarcito 8 milioni di euro per 44 sinistri. L'Humanitas di Rozzano, nel medesimo arco di tempo, ha liquidato 12,7 milioni di euro. Il Careggi di Firenze nel periodo 2009-2016 ha liquidato 554 posizioni, per complessivi 31,5 milioni di euro (con una media di 56 mila euro di liquidazione).

Se quindi le compagnie si tengono alla larga dalle strutture pubbliche, queste hanno sviluppato formule diverse di trattamento del rischio. Le strutture sanitarie possono infatti gestire al proprio interno, totalmente o solo in parte, il rischio di responsabilità civile sanitaria. Scegliendo questa soluzione, infatti, le strutture costituiscono dei fondi di riserva specificamente destinati a risarcire i pazienti che hanno subito dei danni a seguito di errori sanitari. Tali fondi sono

alimentati da accantonamenti annuali.

Gli accantonamenti effettuati nel 2016 ammontavano complessivamente a 510,5 milioni di euro (249 milioni da strutture del Nord, 163,1 del Sud e 97,6 del Centro Italia). Un dato complessivamente in costante crescita (nel 2012 erano a livello Paese 170,2 milioni di euro, 467,6 nel 2015). A questo dato va poi sommato l'ammontare dei fondi di copertura che a fine 2016 erano pari a 1,559 miliardi di euro (+37,9% rispetto al 2015).

La consulenza tecnica di ufficio. La legge Gelli all'art. 8, comma 1 ha previsto il tentativo obbligatorio di conciliazione. Chi intende esercitare un'azione innanzi al giudice civile relativa a una controversia in materia di risarcimento del danno derivante da responsabilità sanitaria è tenuto preliminarmente a proporre ricorso ai sensi dell'art. 696-bis del codice di procedura civile dinanzi al giudice competente oppure attraverso l'utilizzo della «mediazione», seguendo i dispositivi di legge che la regolano.

«Ci stiamo operando come Società scientifica a diffondere la cultura della conciliazione anche presso un pubblico, gli operatori sanitari, gli avvocati e gli stessi specialisti in medicina-legale, che non conoscono a fondo gli aspetti

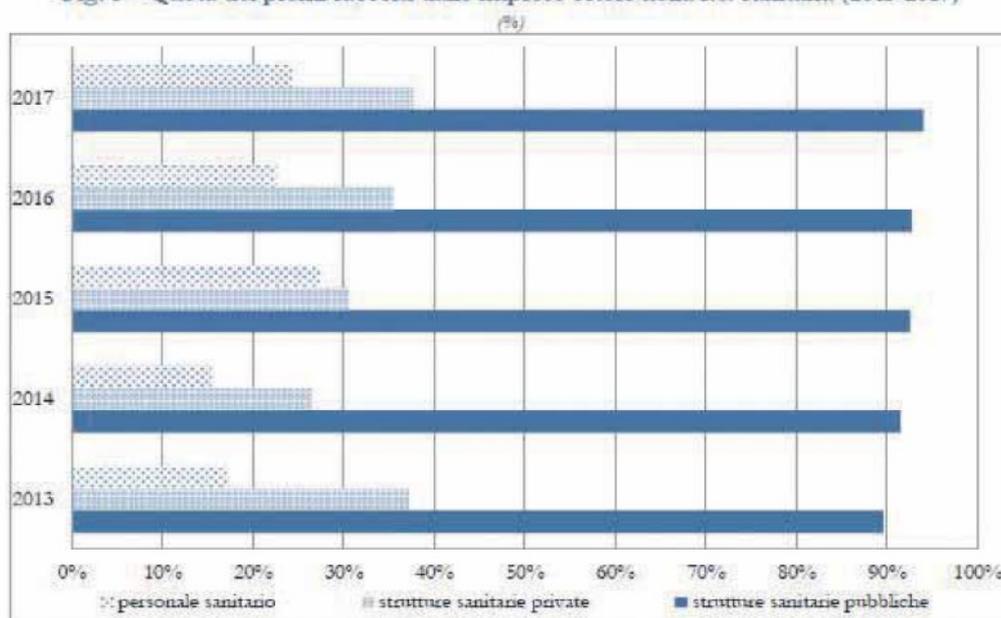
tecnici e processuali. Vogliamo far capire che conviene sempre un accordo fuori da un'aula di tribunale in quanto raggiunto con una maggiore serenità tra le parti e, soprattutto, in tempi ridotti» aggiunge Marozzi. In questo scenario acquista grande importanza, quindi, la consulenza tecnica preventiva ai fini della composizione della lite, prevista appunto dall'art. 696-bis. Nell'espletamento di una consulenza tecnica ai sensi del 696-bis, il consulente, prima di provvedere al deposito della relazione, tenta, ove sia possibile la conciliazione delle parti. Se queste raggiungono un accordo, si forma processo verbale della conciliazione, cui il giudice attribuisce efficacia di titolo esecutivo ai fini dell'espropriazione e dell'esecuzione in forma specifica e per iscrizione di ipoteca giudiziale. Se la conciliazione non riesce, ciascuna delle parti può chiedere che la relazione depositata dal consulente sia acquisita agli atti del successivo giudizio di merito.

«La Simla», conclude Marozzi, «tenterà di proporre, attraverso la formazione dei medici-legali italiani, un modello di partecipazione attiva dei consulenti tecnici specialisti, nel solco delle disposizioni del 696-bis adottato dalla legge Gelli, per giungere a soluzioni dei contenziosi attraverso procedure conciliative».

—© Riproduzione riservata—

La quota delle imprese estere

Fig. 3 – Quota dei premi raccolti dalle imprese estere nella r.c. sanitaria (2013-2017)





Tavolo di lavoro

AVANTI WELFAREModerato da **Roberto Papetti**
Direttore Il Gazzettino

Il Welfare è una realtà dai confini non facilmente definibili e forse per questo la nostra discussione è stata appassionata, ricca e difficilmente sintetizzabile. Siamo partiti da alcune parole chiave proposte dal coordinatore del Tavolo, il Professor **Giorgio De Rita**: incertezza, disuguaglianza, rancore, polarizzazione, disintermediazione. Oggi esiste una forte polarizzazione nel mondo del lavoro – tra lavoratori poco e molto qualificati e quelli che stanno in mezzo e soffrono –, in quello delle imprese – tra chi è riuscito a restare dentro i processi competitivi ed è cresciuto e chi è destinato a uscir fuori dal gioco –, tra Nord e Sud del Paese e tra chi detiene il 55% della ricchezza italiana e il resto del Paese. Queste polarizzazioni hanno certamente aggravato quel rancore sociale che non è tanto rabbia quanto lutto per quello che non è stato, per le aspirazioni fallite e che sta erodendo la voglia di rimettersi in gioco e vedere un ascensore sociale che riparte. Di fronte a tutto ciò, avvertiamo anche forte

la crisi dei corpi intermedi e della capacità di fare sintesi e mediazione di interessi, culture, istanze. Eugenio Montale concludeva così una sua poesia: «Codesto solo oggi possiamo dirti, ciò che non siamo, ciò che non vogliamo» che ben rappresenta l'attuale difficoltà a dare una direzione all'innovazione e al cambiamento. Una difficoltà particolarmente avvertita su un terreno come il welfare, dove noi oggi ragioniamo di politiche nate in stagioni sociali e a fronte di domande completamente diverse da quelle che abbiamo o percepiamo oggi. Quali sono i possibili punti di sintesi e i passi in avanti che oggi la politica del welfare, intesa come sintesi tra sviluppo e superamento delle disuguaglianze, può



e deve fare?

Da parte mia, ho individuato tre parole che potessero sintetizzare i tanti spunti emersi nella discussione. La prima è "Ascolto". È stata sottolineata la necessità e l'esigenza che i governi nazionali e locali riprendano ad ascoltare e a parlare con le imprese, da intendersi non solo come produttori di ricchezza ma come infrastrutture sociali e come primo luogo dove si può e si deve fare Welfare. Solo dal dialogo con le istituzioni e dall'ascolto reciproco queste imprese possono trarre alimento per sviluppare energie nella società. Nel ricordare una serie di esempi positivi di Welfare aziendale sviluppatosi nel territorio veneto, Luxottica innanzitutto, **Maria Cristina Gribaudo** – e con lei in tanti al tavolo – hanno sottolineato che oltre a prendere a esempio da simili e virtuosi laboratori di Welfare, soprattutto **le Piccole e Medie Imprese italiane devono creare e studiare soluzioni a misura delle esigenze del proprio territorio**, commisurandole al suo grado di sviluppo, all'indice di natalità, all'efficienza dei suoi fattori produttivi, al livello di qualità dei servizi pubblici erogati. Tanto è vero che è stato introdotto il concetto di **Welfare differenziato**, ossia modellato sulle diverse realtà territoriali. La chiave in materia di Welfare, secondo **Antonella Candioto**, è imparare su più fronti ad ascoltare le necessità delle persone ed essere capaci di trasformarle in servizi e soluzioni che migliorano la qualità della vita, il benessere e la competitività dell'impresa.

La seconda parola è "Fiducia". Welfare significa benessere ed è difficile ottenerlo senza fiducia, anzi senza iniezione di fiducia, soprattutto nei confronti delle giovani generazioni.

Il nostro tavolo ha trovato nel concetto di fiducia una delle priorità per una **nuova idea di Welfare intesa anche come accompagnamento, sollecitazione, aiuto ai giovani** di cui non si sono messe in discussione le capacità, la determinazione e la disponibilità al sacrificio, piuttosto si sono sottolineate alcune fragilità in termini di tensione ideale e consapevolezza. Fiducia anche nelle istituzioni. **Silvia Furlan** al Tavolo ha citato la sua esperienza nella realizzazione di asili nido aziendali,

Lella Golfo
e Mariacristina Gribaudo;
Giorgio De Rita

Al tavolo, insieme alle
associe della Fondazione
Marisa Bellisario

Roberto Papetti
Direttore Il Gazzettino

Giorgio De Rita
Segretario Generale Censis

Antonella Candioto
General Manager Galdi

Claudia Cattani
Presidente Rfi

Maria Cristina Gribaudo
Amministratrice unica Keyline

Marina Migliorato
Responsabile Sustainability
Innovation and Stakeholder
Engagement Enel, Vice Chair
CSR Europe



◀ *Serve un patto generazionale. Il nostro Paese non ha bisogno di anticipare le pensioni ma di redistribuire il reddito e il lavoro, unendo l'esperienza e il saper fare di ieri all'energia e innovazione delle nuove generazioni.*

◀ *Chi ha inventato il Welfare aziendale, l'ha chiamato Welfare di comunità. È stato Adriano Olivetti.*



Caterina Navach
e Giuseppe Bartolucci;
Cesj Castiglion;
Suor Giuliana Bragantini

- 

Welfare come possibilità di porre in essere misure di salvaguardia per i più deboli.
- 

Il Welfare deve essere prima di tutto una filosofia di vita da applicare in tutti gli ambiti, anche quello aziendale.
- 

Think global, act local!

costellata da ostacoli burocratici di ogni tipo.

La nostra convinzione è che lo Stato debba trasformarsi in interlocutore disponibile e consapevole delle esigenze reali più che delle regole e delle forme e che – come ha insistito **Marina Migliorato** – la Pubblica Amministrazione venga misurata con criteri più simili a quelli delle aziende e meno a quelli del pubblico impiego.

La terza parola è **“Risorse”**, anche qui in una duplice declinazione. **Chi oggi si appresta a uscire dal mondo del lavoro** – e, se la riforma che il governo si appresta a varare andrà in porto saranno molti – ma anche chi è già fuori, **va reso partecipe e protagonista di questo nuovo concetto di Welfare** e quindi inteso come risorsa, o di volontariato o di accompagnamento di giovani e imprese. In poche parole, potremmo liberare e non sprecare competenze ed esperienze e pensare per loro anche a nuove forme di lavoro retribuito. L'altra risorsa è il **Mezzogiorno**, che assorbe notevoli quantità di denaro, anche dal punto di vista del Welfare, con risultati non sempre adeguati. Al contrario, il Sud, come ha ribadito **Claudia Cattani**, va considerato una risorsa, un'area da rivitalizzare anche in questa chiave. Il modo per farlo, secondo noi, non è distribuendo risorse a pioggia ma offrendo opportunità, anche sul fronte della gestione del Welfare.

Concludo con una citazione esemplificativa a mio avviso dell'atteggiamento che sarebbe opportuno avere nei confronti del Welfare, e di altre tematiche che ci riguardano quotidianamente. **Keynes**, che qualcosa del *Welfare State* sapeva, diceva che la più grande difficoltà nasce non tanto dal persuadere la gente ad accettare le nuove idee ma ad abbandonare le vecchie.

- 

Diceva Leopardi che non è dato tempo della società umana che non ci sia mutamento. Tutto è transizione ma è bene che ogni transizione sia fatta a grado a grado per non dover ricominciare daccapo.
- 

L'analfabetismo funzionale che caratterizza la società attuale nasce dall'incapacità di comprendere una sfera del quotidiano. Per colmare questo gap, per esempio nell'ambito della salute o del digitale, il corpo intermedio del terzo settore potrebbe fare la differenza.
- 

Diceva un alpinista: arranca dietro il progresso chi non ascolta. Bisogna ascoltare i lavoratori e le imprese.
- 

La funzione del Welfare è interrompere l'appiattimento che abbiamo sia nelle organizzazioni sindacali sia nelle aspettative dei ragazzi.
- 

La sfida del Welfare è decidere cosa fare di nuovo o di più e a cosa rinunciare perché le esigenze e la domanda aumentano ma le risorse sono sempre di meno. Bisogna ridefinire anche la scala delle priorità.
- 

Il Welfare è uno strumento imprescindibile per uno sviluppo armonico e sostenibile anche con effetti positivi sull'raggiungimento degli obiettivi aziendali.



Marina Migliorato; Filomena Greco, Anna Maria Forzano, Zarabeht Yaquilin Linares, Lella Golfo, Paola Balducci, Luisa Delgado e Vincenza Cassetta; Claudia Cattani e Luigia Tauro; le Amiche della Fondazione Marisa Bellisario