



Università  
Ca' Foscari  
Venezia

Corso di Laurea Magistrale  
in Governance delle Organizzazioni Pubbliche

Tesi di Laurea

# **Le molteplici dimensioni del fare sanità**

Professionisti e pazienti nella crisi dei sistemi pubblici di salute

**Relatore**

Chiar.mo Prof. Michele Marzulli

**Laureanda**

Giorgia Orecchio

Matricola 974132

**Anno Accademico**

2023 / 2024



# Indice

<b>INDICE</b>	<b>1</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUZIONE</b>	<b>4</b>
<b>CAPITOLO 1</b>	
<b>IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: EVOLUZIONE NORMATIVA E FUNZIONAMENTO</b>	<b>6</b>
1.1 La situazione precedente: cenni storici	6
1.2 I primi tasselli	10
1.3 Nascita del Servizio Sanitario Nazionale ed evoluzione normativa	14
1.3.1 La legge n. 833 del 1978	16
1.3.2 Riforme successive	18
1.4 Enti pubblici e figure che operano nel campo sanitario	21
1.5 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale	24
<b>CAPITOLO 2 CRITICITA' EMERSE</b>	<b>26</b>
2.1 Com'è cambiata la società italiana	26
2.1.1 Calo demografico e Invecchiamento della popolazione	28
2.2 Gestione Pandemia Sars-CoV-2	34
2.2.1 Il problema dei posti letto in terapia intensiva	39
2.3 La carenza di personale sanitario	43
2.3.1 Il dibattito sul numero chiuso nelle facoltà sanitarie	45
2.4 La crescente difficoltà per l'accesso alle cure	49
2.5 Un confronto con la situazione degli altri paesi	51
<b>CAPITOLO 3</b>	
<b>LE STRUTTURE SANITARIE COME SISTEMI SOCIALI COMPLESSI</b>	<b>56</b>
3.1 I sistemi sociali complessi	56
3.2 Le strategie decisionali	58
3.3 Il rapporto tra burocrazia, scienza e politica	62

3.4 Le strutture sanitarie come organizzazioni complesse	67
3.5 Ripensare il funzionamento degli apparati sanitari	69
<b>CAPITOLO 4</b>	
<b>LA CRISI DEL RAPPORTO TRA PROFESSIONISTI E PAZIENTI</b>	<b>74</b>
4.1 Professionalità e burocrazia	74
4.2 Il rapporto di cura tra personale sanitario e pazienti	79
4.3 Disumanizzazione e alienazione	87
4.4 Gli impatti della pandemia su personale e pazienti	95
<b>CAPITOLO 5 UNO SGUARDO AL FUTURO DELLA SANITA'</b>	<b>101</b>
5.1 P.N.R.R. Missione 6: Salute	101
5.1.1 Il progetto degli ospedali di comunità	105
5.1.2 Sanità digitale e telemedicina	108
5.2 Verso una nuova modalità di cura e di relazione	111
5.3 Il problema della futura sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale	114
5.4 Le sperimentazioni dei sistemi sanitari regionali: il modello della Regione Veneto	117
5.5 Il mondo della sanità privata e le assicurazioni sanitarie	124
<b>CONCLUSIONI</b>	<b>133</b>
<b>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</b>	<b>138</b>

## Abstract

Questo elaborato intende muovere dalle complessità relative alla gestione del Sistema Sanitario Nazionale italiano legate a problematiche quali il calo demografico e all'invecchiamento della popolazione così come alla mancanza di personale sanitario qualificato e di una corretta formazione dello stesso. Tali criticità si affronteranno volgendo altresì uno sguardo ai sistemi sanitari internazionali. Si considereranno le politiche pubbliche nel medesimo ambito con particolare riferimento alla situazione pandemica e post-pandemica e la difficile conciliazione tra un apparato burocratico ancora fortemente gerarchico in relazione ai più recenti afflatti teorici relativi alla governance delle organizzazioni e alla governance multilivello. Oltre ad una visione macroscopica, si vorrebbe offrire un'analisi a livello micro in modo da cogliere entrambe le dimensioni del fare sanitario. In questo senso, non si può prescindere dall'affrontare il ruolo del personale sanitario inteso come figura cardine del rapporto di cura ma anche l'attuale degenerazione che ha investito tale categoria: da "health and care givers" a burocrati incastonati (in modo più o meno cosciente) all'interno di un rigido – a tratti inceppato - meccanismo composto da protocolli, linee guida e prassi. Ed è ancor più pregnante, a mio avviso, affrontare il punto di vista dell'utente/paziente il quale, nel momento più delicato della propria esistenza come la fase della malattia, si ritrova fagocitato all'interno di una struttura burocratica – non solo metaforicamente - vetusta e pericolante, frutto di politiche errate e, peraltro, in un rapporto fortemente asimmetrico quale quello che si instaura con il personale. In ultimo, si porrà una riflessione sul futuro del settore relativo alla salute con particolare riguardo verso le sperimentazioni di alcuni sistemi sanitari regionali – quali quello veneto - in un'ottica di partnership pubblico-privato e, infine, alla lenta ma costante insinuazione del settore assicurativo nel ramo della sanità.

## Introduzione

Il presente elaborato intende muovere dalla nascita del Sistema sanitario italiano in termini normativi e organizzativi. Il Servizio sanitario italiano è quell'apparato che sorge al fine di tutelare il diritto individuale alla salute, se oggi giorno ciò risulta scontato, tale diritto è "un diritto del singolo che si ripercuote sul bene della collettività"<sup>1</sup>. Si consideri che il Sistema sanitario italiano esiste da circa poco più di quarant'anni, di conseguenza circa quattro italiani su dieci sono nati quando la salute non era un diritto per legge.<sup>2</sup> Pertanto, si muoverà dai primi tasselli che hanno istituito il Sistema sanitario italiano per occuparsi di quella che è la sua evoluzione normativa; ci si occuperà, finanche, della sua organizzazione, procedendo nell'occuparsi delle articolazioni in cui si suddivide. Si considereranno, peraltro, le problematiche che hanno investito il Sistema sanitario quali il calo demografico così parimenti la pandemia da Covid-19. A causa della crisi pandemica, le strutture sanitarie hanno con molta difficoltà preso in carico le condizioni di pazienti affetti da malattie acute e croniche causata dal rinvio di attività chirurgiche programmate e ambulatoriali, dalla riorganizzazione delle strutture di assistenza e dalla riallocazione del personale, nonché dall'assorbimento pressoché totale delle risorse territoriali<sup>3</sup>. Si volgerà un'analisi, inoltre, relativamente alla mancanza cronica di personale sanitario, al recente dibattito inerente ai test nelle facoltà universitarie e, tuttavia, dal punto di vista del paziente, si affronterà la difficoltà nell'accesso alle cure confrontata con la situazione estera. Nel terzo capitolo si intende offrire un approccio sociologico alla materia sanitaria, analizzando le strutture sanitarie quali organizzazioni sociali complesse: si tratterà il complesso rapporto tra burocrazia, scienza e politica. "Scienza, burocrazia e politica. Giusto arrovellarsi intorno ai rapporti essenziali che intercorrono fra loro. Sbagliato attendersi risposte definitive dalla scienza che procede anche attraverso errori e correzioni. Sbagliato criticare pregiudizialmente la burocrazia che applica regole e procedure scritte dalla politica, ma giusto chiedere ai burocrati apprendimento e flessibilità. Sbagliato dare tutta la responsabilità ai politici che abbiamo eletto noi. Scienza, burocrazia, politica: un triangolo dove s'incontrano virtù e

---

<sup>1</sup> Rai Cultura, 1978: *nasce il Sistema Sanitario Nazionale, la salute non è più un privilegio, ma un diritto*, s.d., <https://www.raicultura.it/storia/articoli/2020/04/1978-nasce-il-Sistema-Sanitario-Nazionale-4deb7027-e47d-466b-9a57-0d9ea90d7c8d.html>, cons. il 24/03/24.

<sup>2</sup> *Ibidem*.

<sup>3</sup> Mangò E., "La pandemia ha messo a nudo tutte le falle del Ssn. Tra risorse insufficienti e scarsa capacità organizzativa salute degli italiani destinata a peggiorare". *Il Rapporto Osservasalute*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 15/06/2022, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=105539](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=105539), cons. il 24/03/2024.

vizi.”<sup>4</sup> Tale triangolo non può essere analizzato senza affrontare quella che è la degenerazione che ha investito la burocrazia ed il sistema gerarchico tipico delle organizzazioni sì governate. Altro concetto chiave, affine alle organizzazioni complesse, è quello della governance quale modalità emergente per ordinare strutture quali quelle sanitarie. In tal senso, si porrà una riflessione relativa al mondo della sanità in relazione a tali afflitti provenienti dalla disciplina sociologica. Nel quarto capitolo ci si occuperà del rapporto tra professionisti e pazienti, la dimensione che investe professionalità e burocrazia nonché la disumanizzazione del paziente da parte del personale, acuitasi con il fenomeno della pandemia. “C’è una questione di fondo sottesa alle conseguenze sociali del coronavirus: è una questione dirompente dal punto di vista filosofico e psicologico. Si tratta della crisi di una società fondata su rapporti sociali vetusti, ancestrali ormai desueti e destinati ad una trasformazione. Nell’era post pandemia si può ragionevolmente prevedere che la società sarà fondata su schemi e modi completamente diversi da quelli conosciuti sin qui.”<sup>5</sup>. La pandemia ha segnato uno spartiacque inevitabile nel mondo della sanità, mediante i regolamenti e le leggi che si sono avvicinati per contenere la malattia. Per questo motivo, ci si occuperà anche dei fenomeni di violenza che investono il settore sanitario, i quali per forza di cose si sono manifestati con ancor più veemenza a seguito della pandemia da Covid-19. Infine, nell’ultimo capitolo, si guarderà al futuro del settore sanitario tramite gli investimenti orditi dal Piano di Ripresa e Resilienza previsto a seguito della pandemia, ma non solo, con particolare attenzione ai movimenti politici e strategici della Regione Veneto, sono di fondamentale pregnanza le problematiche relative alla possibilità di sostenere e finanziare il sistema sanitario. Il mondo della sanità privata incede e compare laddove il pubblico viene meno, si pensi alle cliniche private o al settore assicurativo che intervengono per offrire prestazioni sanitarie o una retribuzione qualora si verifichi un sinistro del medesimo ambito. Vi è, dunque, una prospettiva futuribile per il settore sanitario pubblico? E il Sistema sanitario nazionale è pronto ad affrontare le sfide che si prospettano? Tramite il presente elaborato, si proverà – seppur in minima parte – a rispondere a tali quesiti.

---

<sup>4</sup> Pasquino G., *Scienza, burocrazia e politica: un triangolo dove si incontrano virtù e vizi*, Gianfrancopasquino qualcosachese, s.d., <https://gianfrancopasquino.com/2022/01/06/scienza-burocrazia-politica-un-triangolo-dove-sincontrano-virtu-e-vizi/>, cons. il 24/03/2024.

<sup>5</sup> Antonel R., *Secolarizzazione e disumanizzazione post CoViD-19*, 26/09/2020, GognaBlog, data pubblicazione: 21/07/2020, aggiornato al 26/09/2020, <https://gognablog.sherpa-gate.com/secolarizzazione-e-disumanizzazione-post-covid-19/>, cons. il 24/03/2024.

# Capitolo 1 Il Servizio Sanitario Nazionale: evoluzione normativa e funzionamento

## 1.1 La situazione precedente: cenni storici

Uno dei principi cardine del nostro ordinamento è il diritto alla salute, di seguito si riporta l'articolo 32 della Costituzione italiana laddove si enuncia: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”<sup>6</sup>.

In questo senso, i costituenti sono stati chiari nell'esprimere quanto pregnante sia che la Repubblica tuteli un diritto quale quello alla salute e, pertanto, lo Stato come istituzione non può sottrarsi all'impegno di garantire che esso si concretizzi: dunque, se in capo allo Stato vi è la tutela di tale diritto, allora, alla luce dell'introduzione del Servizio sanitario nazionale avvenuta nel 1978, diventa fondamentale garantire per la tenuta economica dello stesso e di un determinato standard di prestazioni poiché è proprio attraverso di esso che si rende anche “esigibile” il citato diritto alla salute.

Tuttavia, la centralità del diritto alla salute, per quanto oggi riconosciuta in termini assoluti ed universalistici, non è sempre stata cristallizzata in modo così preciso a livello normativo finanche sociale. Per questi motivi, si procederà tramite un breve excursus al fine di comprendere i primi germi che, hanno fatto sì che si realizzasse quella che – a mio avviso – è la grande conquista del diritto alla salute e della sanità pubblica.

Storicamente sono sempre esistiti luoghi deputati alla cura dei malati; tuttavia, è solo in epoca moderna che si può affermare sia iniziata la concretizzazione di una sanità pubblica, dove la stessa *diviene una pratica in cui si intrecciano medicina e amministrazione, scienza e controllo*.<sup>7</sup>. Le frequenti epidemie a cavallo tra il XV e XVIII secolo hanno portato alla necessità di pianificare e

---

<sup>6</sup> Costituzione italiana, *Titolo II – Rapporti etico-sociali, Art. 32*, Governo italiano, <https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-,Art..non%20per%20disposizione%20di%20legge.,> cons. il 01/04/2024.

<sup>7</sup> Delogu G., *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto adriatico*, Como – Pavia, Ibis edizioni, 2022, p. 8.



organizzare l'intervento sanitario al fine di prevenire i danni arrecati dalle crisi pandemiche: in una situazione in cui la conoscenza medica era ancora precaria, le prassi igienico-sanitarie erano altrettanto incerte, a fare la differenza era dunque un preciso controllo amministrativo.

*Historia vero testis temporum, lux veritatis, vita memoriae, magistra vitae, nuntia vetustatis*<sup>8</sup>, afferma Cicerone nel De Oratore, la Storia è testimone dei tempi, luce della verità, vita della memoria, maestra della vita, messaggera dell'antichità.

In relazione ai temi sin ora trattati, tale affermazione acquisisce ancor più valore alla luce delle vicende che si susseguono in epoca contemporanea: si pensi alla pandemia da Covid-19 ed allo stanziamento di fondi per la ripresa economica della comunità europea<sup>9</sup> (si veda il Piano di Ripresa e Resilienza italiano di cui si farà cenno nel quinto capitolo). Tali strumenti economici, hanno come finalità non soltanto quella di rimettere in moto l'economia dei paesi ma anche e soprattutto quella di investire su un potenziamento dei sistemi sanitari affinché possano tenere di fronte alle difficoltà causate da eventuali future pandemie.

Dunque, se è vero che l'esistenza stessa di cicli di pandemie, che hanno da sempre investito l'uomo nella propria storia, hanno condotto al bisogno di organizzare le prassi sanitarie, uno dei primi luoghi in cui le stesse si sono cristallizzate in veri e propri protocolli normativi, con magistrature sanitarie permanenti, è proprio la Repubblica Serenissima di Venezia, la quale nel proprio corso è stata duramente colpita dalle epidemie di peste.

Venezia è una città dove si usava dire che *l'anima del commercio è la salute*<sup>10</sup> e, dunque, non poteva permettersi che l'epidemia di peste minasse l'economia; per questo motivo, nel 1348 allo scoppio della pandemia, vennero nominati tre sapienti deputati alla conservazione della salute: questi si concentrarono su misure come l'immediata sepoltura dei cadaveri in località remote della laguna, sperando di arginare il contagio.<sup>11</sup> Le autorità veneziane, a metà del XVII secolo, tenevano monitorata

---

<sup>8</sup> Cicerone M. T., *De oratore*, a cura di Li Causi P., Marino R., Formisano M., Alessandria, Edizioni dell'Orso, 2015.

<sup>9</sup> Commissione europea, *Piano per la ripresa dell'Europa*, s.d., [https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe\\_it#:~:text=Per%20ricostruire%20l'Europa%20dopo,pi%C3%B9%20ecologica%2C%20digitale%20e%20resiliente.](https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/recovery-plan-europe_it#:~:text=Per%20ricostruire%20l'Europa%20dopo,pi%C3%B9%20ecologica%2C%20digitale%20e%20resiliente.,), cons. il 01/04/2024.

<sup>10</sup> Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto adriatico*, op. cit., p.23.

<sup>11</sup> *Ibidem*.

la situazione sanitaria delle altre città italiane e tale documentazione costituiva la base per prendere provvedimenti di fronte a nuove minacce sanitarie.<sup>12</sup>

Nel corso del secolo successivo all'avvento della Peste Nera, le misure per contrastare le emergenze sanitarie constavano per lo più in decisioni emergenziali: si applicavano rigidi controlli nella fase di picco della pandemia quali, ad esempio, la sepoltura dei cadaveri in punti estremi della laguna<sup>13</sup>, periodi di Quarantena per le merci che entravano in porto<sup>14</sup>, e, nella fase di declino della stessa, la Repubblica elargiva dei sussidi allo scopo di agevolare la ripresa economica. E, tuttavia, tali interventi di carattere emergenziale, a causa di una scarsa conoscenza medica, erano legati prettamente ad un sentimento di paura nei riguardi di un morbo misterioso, pertanto, non si trattava di prevenzione ma di dimostrare che la Repubblica interveniva nei momenti di crisi.

A ben vedere, si può riscontrare un'ulteriore similitudine con la gestione della pandemia da Covid-19: si pensi all'adozione dei dpcm<sup>15</sup> da parte del Presidente del Consiglio italiano Giuseppe Conte nel 2020 per fronteggiare l'emergenza e che contenevano norme sulla limitazione degli spostamenti o le chiusure di scuole ed esercizi commerciali. Si ricorda, in particolare, il dpcm del 9 marzo 2020 che sancì il lockdown e riportò in Italia, per la prima volta dopo la Seconda Guerra Mondiale, il coprifuoco<sup>16</sup>. A rilevare è proprio il carattere emergenziale di tali strumenti normativi, i quali si resero necessari al fine di coprire in tempi rapidi lacune normative relative alla gestione di emergenze pandemiche (in merito alla gestione della pandemia da Covid-19, si farà approfondimento nel secondo capitolo).

Tornando all'esperienza offerta dalla Repubblica Serenissima, nel 1440, per la prima volta, si istituì una commissione che non dovesse semplicemente arginare la pandemia a livello emergenziale

---

<sup>12</sup> *Ibidem*.

<sup>13</sup> Nel 1423 una delle isole della laguna Veneta, precedentemente abitata dai Padri Eremitani, venne destinata al ricovero sia di persone che merci infette prendendo il nome di Lazzaretto: all'interno di essa venne istituito un ospedale per i malati di Peste. Nel 1468 un'altra isola della Laguna, che si trova vicino al canale di Sant'Erasmus, venne scelta come sede del Lazzaretto Nuovo. In tal modo, le persone e le merci che giungevano a Venezia sospettate di contagio trascorrevano un periodo di Quarantena nel Lazzaretto Nuovo, dopodiché chiunque avesse sviluppato i sintomi della malattia veniva trasferito nell'ospedale del Lazzaretto Vecchio.

<sup>14</sup> La Repubblica Serenissima di Venezia fu la prima, non solo a fondare un Lazzaretto per confinare gli appestati, ma anche ad emanare il provvedimento della Quarantena per arginare la diffusione della Peste: persone e merci rimanevano isolate per quaranta giorni, trascorsi i quali il rischio di contagio veniva considerato minimo o nullo e, quindi, potevano circolare nella città relativamente in sicurezza.

<sup>15</sup> I dpcm sono decreti ministeriali di tipo amministrativo emanati dal Presidente del Consiglio dei ministri, di rango inferiore rispetto alla legge e con carattere emergenziale: sono atti di contenuto particolare o astratto che hanno il merito di essere rapidi e non coinvolgono il Parlamento.

<sup>16</sup> Il Giorno, *Covid, un anno fa il primo lockdown: tutte le tappe*, data pubblicazione: 9 marzo 2021, <https://www.ilgiorno.it/cronaca/lockdown-1a8da54b>, cons. il 01/04/2024.

bensì doveva studiarne le possibili cause sino ad arrivare al 1486 in cui si fondò la prima magistratura permanente di sanità, un modello di grande successo presto seguito in tutta Europa<sup>17</sup>. Il Magistrato alla Sanità era presieduto da tre Provveditori, cui si aggiungevano due Sopra-provveditori. Il nucleo della magistratura era politico ed amministrativo e, a questa parte, sovrintendeva un avvocato fiscale, ma vi era anche una componente medica rappresentata dal protomedico del Magistrato e da un chirurgo.<sup>18</sup>

Nel corso dell'età moderna, un'altra innovazione presente nelle città del commercio italiano, con particolare riferimento a Venezia, fu quella della fede o patente di sanità: si trattava di foglietti prestampati che accertavano lo stato di salute del viaggiatore e consentivano il controllo della circolazione delle persone. Ogni nave, inoltre, per entrare in porto e poter scaricare le proprie merci, doveva mostrare la patente di sanità, la quale veniva via via compilata e aggiornata dai magistrati di sanità delle località in cui la nave aveva fatto tappa.<sup>19</sup>

Ancora una volta, in tale frangente, si possono riscontrare delle somiglianze con le misure atte ad arginare la pandemia da Covid-19: si pensi all'introduzione del Green Pass che serviva ad attestare che il cittadino avesse ricevuto le dosi di vaccino e che permetteva, dunque, di poter circolare liberamente nel paese entrando nei luoghi ancora sottoposti a restrizioni altrimenti vietati a chi ne fosse sprovvisto.

Quando nel 1743 fece la propria ricomparsa la peste, Venezia costituiva ormai modello per la gestione delle epidemie mediante le proprie terminazioni ovvero decisioni che venivano stampate e distribuite in tutta la zona del Mediterraneo affinché venissero diffuse le informazioni sulle epidemie ma anche sui protocolli sanitari della Serenissima. In questa fase, inizia a delinearsi il moderno concetto di diritto alla salute e di sanità pubblica, tramite le parole del fiscale Bernardino Leone Montanari: “Come la salute de' popoli è la prima cura demandata da Dio a' governi et a principi, così tra le massime di questa religiosa Repubblica elle ebbe sempre il primo luogo. [...] A ciò di continuo veglia un Magistrato cospicuo in questa alma Dominante le cui ispezioni non si estendono in altro che divertire li pregiudizi interiori che possono in qualunque forma contaminare la salute pubblica ed

---

<sup>17</sup> Delogu, *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto adriatico...Op. cit.*, pp. 25-31.

<sup>18</sup> *Ibidem*.

<sup>19</sup> *Ibidem*.

in tener lontani tutti quei pericoli esteriori che potessero offenderla. Su di tal esempio, in tutte le città suddite, così da terra come da mare trovansi uffici di sanità”<sup>20</sup>.

Altra testimonianza dell’importanza del diritto alla salute a Venezia, proviene dal Provveditore generale da mar, Daniele Dolfin cui, nel corso del 1743, spettava il governo delle Isole Ionie veneziane allo scoppio dell’epidemia di peste. Egli, pronunciando delle massime di sanità al fine di arginare l’epidemia, affermava che la sanità fosse *ius supremo* e doveva avere *unità di direzione e di legge e conformità e prontezza di esecuzione*.<sup>21</sup>

Nel corso del Settecento a Venezia la sanità non era dunque più solo sinonimo di controllo ma anche presenza sul territorio per garantire assistenza ai malati e, laddove nelle aree periferiche mancassero medici, si procedeva derogando alle rigide regole che normavano la professione così che un chirurgo potesse agire da medico fisico.<sup>22</sup> Al tempo, vi era un’unica distinzione nell’ambito della professione medica: vi era il medico chirurgo o cerusico il quale svolgeva un lavoro prettamente manuale in quanto interveniva direttamente sul corpo e il medico fisico – dal greco *fùsis*, natura - ossia colui che, avendo studiato la scienza intesa nella propria accezione antica di studio della natura, diagnosticava le patologie e offriva terapie tramite rimedi e farmaci.

Nonostante il successivo declino della Repubblica Serenissima che ne avrebbe decretato la scomparsa, le innovazioni portate da Venezia in termini di gestione sanitaria hanno avuto, senz’altro, un grandissimo impatto in tutta Europa e, in particolare, nella storia della penisola italiana. A Venezia, si sono altresì palesati i primi germi concernenti il diritto alla salute e la sanità pubblica che avrebbero caratterizzato determinate politiche dell’Italia ottocentesca fino ad arrivare alla grande riforma di settore avvenuta nel corso del XX secolo: il Servizio Sanitario Italiano.

## 1.2 I primi tasselli

Proseguendo nell’illustrare i presupposti storici e normativi che hanno portato alla costituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si giunge al XIX secolo con il Regno dei Savoia: nel 1847 il Regio

---

<sup>20</sup> *Ivi*, pp. 42-53.

<sup>21</sup> *Ibidem*.

<sup>22</sup> *Ibidem*.

Editto di Carlo Alberto<sup>23</sup> abolì la giurisdizione dei Magistrati di Sanità, stabilendo un Consiglio superiore e dei Consigli provinciali affinché tutelassero la sanità pubblica e armonizzassero l'organizzazione amministrativa allora vigente.

A seguito dell'Unità d'Italia, avvenuta nel 1861, venne approvata l'anno successivo la legge Rattazzi n. 753 con lo scopo di ordinare le istituzioni private del settore sanitario che erano sorte nei secoli precedenti<sup>24</sup>. Nel 1865 venne approvata la prima legge organica (n. 2248, allegato C) che affidasse la tutela della salute pubblica alle istituzioni: a livello centrale vi era il Ministero dell'Interno, a livello periferico i Prefetti, le Province e i Sindaci dei Comuni.<sup>25</sup> Si consideri che la tutela della salute sarebbe stata in capo al Ministero dell'Interno sino a circa gli anni Cinquanta del XX secolo. Questa legge uniformò anche la gestione finanziaria dell'assistenza sanitaria dichiarando l'obbligo ex lege da parte dei Comuni di mantenere medici, chirurghi ed il personale sanitario affinché si occupasse dei poveri, che altrimenti non avrebbero potuto permetterselo.

In merito all'evoluzione normativa dell'Italia ottocentesca, vi furono altre due tappe fondamentali: il Codice per la pubblica igiene approvato nel 1885 e la legge sanitaria n. 5849 del 1888. Il Codice per la pubblica igiene aveva lo scopo di introdurre la figura del medico condotto il quale veniva per la prima volta investito della carica di ufficiale sanitario dello Stato. Con la legge n. 5849 del 1888 venne istituito il Consiglio Superiore di Sanità in capo al Ministero dell'Interno, il quale disciplinava l'intera organizzazione della sanità. Nel 1889 il Testo Unico della legge di pubblica sicurezza n. 6144 e il Regio Decreto Legislativo n. 6535 si occuparono di normare l'assistenza dei poveri inabili al lavoro. Il più importante evento normativo del periodo fu la legge Crispi n. 6972 del 1890: tutti gli enti privati deputati all'assistenza vennero trasformati in Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficenza (IPAB). Nel 1901 si emanò il Regolamento generale Sanitario affinché venissero disciplinate in maniera ordinata le professioni sanitarie, ancora nel 1904, invece, si istituirono i manicomi provinciali e l'assistenza psichiatrica allo scopo di allontanare dalla società gli elementi considerati pericolosi per sé o per gli altri o per la pubblica morale.

---

<sup>23</sup> Biblioteca centrale giuridica, *Raccolta degli atti di Governo di sua maestà. Il re di Sardegna*, vol. decimoquinto, Atti preunitari 025, MSR 176731, Torino, Stamperia reale, 1847, [https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/RD\\_638\\_30\\_ottobre\\_1847.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/RD_638_30_ottobre_1847.pdf), cons. il 02/04/2024.

<sup>24</sup> Prospero R., *Evoluzione del sistema sanitario dall'unità d'Italia ad oggi*, dispense di Legislazione Sanitaria, Università degli Studi di Cagliari, A.A. 2011-2012, pp. 20-23.

<sup>25</sup> *Ibidem*.

Il docente dell'Università di Cagliari, Roberto Prosperi, nella propria ricostruzione legislativa dell'evoluzione del sistema sanitario italiano, afferma in merito: "E' da notare che in questo periodo le norme relative ai servizi sanitari e quelle concernenti l'assistenza degli inabili al lavoro, degli alienati, degli esposti e dei poveri abili al lavoro sono ancora ispirate prevalentemente ai vecchi principi di integrazione delle manchevoli forze individuali e di tutela dell'ordine pubblico. Solo le norme relative alla vigilanza igienica comunale, alla profilassi delle malattie sociali e alla tutela delle donne e dei fanciulli impiegati nei lavori industriali cominciano ad adeguarsi al nuovo concetto di assistenza sociale."<sup>26</sup>.

Con l'avvento del fascismo in Italia e la natura accentratrice della dittatura, si concretizzò l'azione assistenziale del governo che aveva lo scopo di creare una popolazione forte in grado di veicolare la narrazione di uno Stato imperialista vigoroso, capace di dominare altre nazioni sulla base di un rinforzato legame con la storia di Roma antica. Nel 1922 si ebbero i primi Dispensari e Consorzi che avevano l'intento di offrire assistenza per le malattie sociali più diffuse. Il Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato nel 1934 con il Regio Decreto n. 1265, servì a regolare le funzioni degli organi amministrativi della Sanità e normò l'esercizio delle professioni sanitarie.

Secondo l'Annuario Statistico Italiano del 1932, nel 1926 i Comuni in Italia concorrevano ai servizi di assistenza locale mediante spese ingenti: per un ammontare di 8342 Comuni del regno, le spese assistenziali e per contributi facoltativi di beneficenza constavano in £ 579.303.029, di cui £ 139.540.000 per l'assistenza sanitaria domiciliare, £ 147.847.000 per la cura di infermi di malattie acute in ospedali, £ 20.125.000 per il mantenimento di fanciulli illegittimi abbandonati e £ 21.602.000 per l'assistenza degli indigenti inabili al lavoro.<sup>27</sup>

Con la fine della Seconda Guerra Mondiale, nel 1945 venne fondato l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica, il quale era più in carico al Ministero dell'Interno bensì alla presidenza del Consiglio dei ministri con lo scopo di tutelare la salute pubblica; tra le funzioni dell'Alto Commissariato si ricordano la vigilanza sulla Croce Rossa, la protezione di Maternità ed Infanzia, nonché controllo e vigilanza delle organizzazioni sanitarie e prevenzione delle malattie sociali. Nel periodo che va dai primi del Novecento al 1946, allorché non esistesse ancora un sistema sanitario nazionale, la formula di assistenza prevalente era di tipo mutualistico: per questi motivi vennero

---

<sup>26</sup> *Ibidem.*

<sup>27</sup> *Ivi*, p. 26.

istituiti enti pubblici con compiti previdenziali e sanitari (INAIL, INPS, ENPAS, INAM, di cui si farà approfondimento nei paragrafi successivi). Fino a quel momento, ad eccezione degli indigenti per i quali erano previste le tutele già citate, l'assistenza di tipo mutualistico era l'unico modo per tutelarsi dal punto di vista sanitario. In tal senso, esistevano varie mutue dedicate esclusivamente a categorie di professionisti quali commercianti, artigiani, coltivatori diretti, lavoratori pubblici e privati.

Il 1° gennaio 1948 entrò in vigore la Costituzione e, al già citato articolo 32, si diede finalmente dignità al principio del diritto alla salute e a un'idea di sanità pubblica. Finalmente la salute diventa un qualcosa di interesse pubblico, una rilevanza non solo sostanziale come era già avvenuto nei secoli precedenti – si pensi all'esempio offerto da Venezia – ma guadagna una propria cristallizzazione formale all'interno delle norme fondanti lo Stato italiano. Altra norma di fondamentale importanza è l'articolo 117, il quale venne poi riscritto con la legge costituzionale n. 3/2001, poiché si attribuiva ad un livello regionale e dunque territoriale la materia della tutela alla salute. Particolare considerazione, a mio avviso, merita la disposizione costituzionale, contenuta nell'articolo 32, che reca le seguenti parole: *“La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*<sup>28</sup>. Ecco, in questo senso, è altrettanto importante che al centro sia stata inserita la persona in quanto essere umano, senziente, il quale non può e non deve essere definito mai come mero oggetto di disposizioni normative e, non solo, ma come oggetto di prestazioni rese come servizio pubblico (di ciò si farà ampia menzione nel quarto capitolo del presente elaborato).

Nel 1956 si istituì il Ministero della Sanità nel quale confluirono tutti gli oneri relativi all'alto Commissariato disposto dalla dittatura fascista; vennero, altresì, istituiti la figura del Medico Provinciale e gli Ufficiali sanitari comunali. Si denoti come in questa circostanza per la prima volta nel corso della storia dello Stato italiano, ad occuparsi della salute pubblica, non era un apparato di ordine pubblico quale il Ministero dell'Interno bensì un Ministero ad hoc corredato da professionisti in materia sanitaria.

Con la riforma ospedaliera del 1968 si attuò quanto disposto dall'articolo 32 della Costituzione: gli ospedali si distaccarono dagli enti pubblici di beneficenza (IPAB), diventando veri e propri enti autonomi. Si ebbero, dunque, ospedali di zona, provinciali e regionali.

---

<sup>28</sup> Costituzione italiana, *Titolo II – Rapporti etico-sociali, Art. 32, op. cit.*

In tal senso, giungiamo ai passaggi normativi che hanno condotto alla legge che ha istituito il Sistema sanitario nazionale. Nel 1972 il Decreto del Presidente della Repubblica n.4 ha trasferito ufficialmente le funzioni di carattere sanitario alle regioni. Nel 1974 la legge n. 386 istituì il Fondo Nazionale per l'Assistenza Ospedaliera, estinguendo i debiti che le mutue avevano con gli enti ospedalieri, in tal senso l'assistenza di carattere ospedaliero divenne gratuita per gli iscritti alle mutue e soprattutto per i non iscritti qualora avessero pagato una somma forfettaria. Nel 1977 il Decreto del Presidente della Repubblica n. 616 conferì, nuovamente, alle regioni funzioni di carattere sanitario. Ecco che ci apprestiamo a giungere alla grande riforma avvenuta con la legge n. 833 del 23 dicembre 1978 che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, uno spartiacque nella storia politica e sociale dello stato italiano.

### **1.3 Nascita del Servizio Sanitario Nazionale ed evoluzione normativa**

Nel periodo in cui venne approvata la legge n. 833 del 1978, il governo era retto da Giulio Andreotti arrivato al quarto mandato personale, nominato in seguito ai difficili giorni del sequestro di Aldo Moro e sostenuto, quindi, del Partito Comunista Italiano. Gli anni '70' avevano portato alla crisi petrolifera ma non solo, in Italia si viveva negli "anni di piombo", passati alla storia come quelli della "strategia della tensione", in cui sigle terroristiche e gruppi eversivi di destra e sinistra hanno messo in discussione e minacciato con attentati, stragi e uccisioni, l'intera istituzione repubblicana e gli uomini a sua difesa.<sup>29</sup>

Questo decennio, tuttavia, viene ricordato non soltanto per la tensione sociale e politica ma anche per tutta una serie di importanti riforme sociali democratiche, oltre a quella che avrebbe portato ad una sanità universalistica quivi presa in esame. Si menziona, a tal proposito, la legge n. 898 del 1970 con la quale si introdusse la possibilità di sciogliere il matrimonio civile tramite il divorzio: la ratio legis riguardava una visione laica del rito, il quale non costituiva una promessa suggellata di fronte a Dio e quindi eterna e inscindibile, bensì il risultato di un accordo tra due parti, i coniugi, che stringevano il proprio legame sulla base di un interesse inteso come amore, qualificato come sentimento suscettibile al tempo. In tal senso, se fosse venuta meno la ragione che aveva condotto alla scelta di sposarsi, per la coppia non vi sarebbe stato motivo di rimanere legata ad infinitum.

---

<sup>29</sup> Rai Cultura, *Gli anni di piombo, L'Italia della Repubblica*, sez. Storia, s.d., <https://www.raicultura.it/storia/articoli/2019/01/-Gli-anni-di-piombo-c1178c6f-1279-46f7-986e-b918c65080a1.html>, cons. il 03/04/2024.



Grazie all'introduzione del divorzio, si aprì alla possibilità da parte del cittadino di decidere arbitrariamente per la propria individualità senza trovarsi forzato in un rapporto per senso del dovere.

A tale riforma, seguì nel 1975 quella del diritto di famiglia, importantissima nell'ottica del raggiungimento della parità dei sessi: si superò l'impostazione patriarcale contenuta nel Codice civile del 1942 con la quale l'uomo come marito e padre si trovava in posizione di dominio nei confronti di moglie e figli. Si pensi che tra i doveri del marito, rientrava non solo l'educazione dei figli ma anche quella della moglie, la stessa non poteva decidere dei propri beni né scegliere di lavorare senza il consenso del coniuge, tale era la *potestà maritale*. Questa nuova impostazione giuridica decretò la totale parità delle parti legate dal vincolo matrimoniale nel decidere come educare la prole e amministrare i beni. Vi furono innovazioni non solo nell'ambito familiare ma anche a livello lavorativo con l'approvazione dello Statuto dei lavoratori nel 1970. Tale norma sanciva un superamento dell'approccio padronale da parte del datore di lavoro, in favore della libertà del lavoratore di esprimere le proprie opinioni politiche e sindacali. Nell'ambito dell'istruzione, a seguito della contestazione studentesca di fine anni '60, si ebbero una serie di riforme: tra queste, si deliberò che tutti i corsi della scuola secondaria di secondo grado venissero estesi con medesima durata quinquennale. Ciò permise a chiunque avesse conseguito un diploma di scuola superiore tramite uno qualunque di questi corsi – quindi non soltanto i licei – di poter accedere agli studi universitari. L'importanza di tale innovazione risiede nel fatto che l'istruzione ai livelli più alti non sarebbe più stata appannaggio unicamente dei ceti superiori ma di chiunque, indipendentemente dalla propria posizione economica e sociale.

In un siffatto contesto di riforme sociali, si giunse, dunque, alla legge che istituiva il Servizio Sanitario Nazionale: la stessa metteva fine al sistema mutualistico, il quale si rendeva iniquo per la cittadinanza poiché, come accennato nel paragrafo precedente, si trattava di una tutela riservata solo a determinate categorie di lavoratori: la mutua era un sistema assicurativo che discriminava a seconda della classe sociale.<sup>30</sup> Altro aspetto che rendeva le mutue obsolete riguardava i costi sanitari che erano cresciuti a dismisura, per questo motivo nel 1974 lo Stato italiano dovette agire per estinguere i debiti contratti da parte di esse nei confronti degli ospedali. Le mutue, altresì, essendo per propria natura delle assicurazioni, avevano la caratteristica di intervenire in base alla prestazione erogata, dunque al verificarsi del sinistro. Non esisteva un meccanismo di prevenzione o di tutela sociosanitaria. Per

---

<sup>30</sup> Maturò A., *23 dicembre 1978: Nasce il Servizio Sanitario Nazionale*, Il Mulino, 2023, sez. Calendario civile, data pubblicazione: 23 dicembre 2020, <https://www.rivistailmulino.it/a/23-dicembre-1978>, cons. il 03/04/2024.

questi motivi, si rese fondamentale organizzare la prassi sanitaria in un unico Servizio nazionale che, peraltro, avrebbe dovuto avere il fine di contenere la spesa sanitaria o, quantomeno, di controllarla.

### 1.3.1 La legge n. 833 del 1978

L'allora Ministro della Sanità Tina Anselmi, prima donna a ricoprire la carica di ministro in Italia, si occupò del varo della riforma, successivamente, ad attuarla sarebbe stato il ministro Renato Altissimo, liberale, facente parte del governo successivo. I principi della legge, in armonia con il già citato articolo 32 della Costituzione, riguardavano in particolare l'uguaglianza da parte di tutti i cittadini nei confronti del servizio, diversamente da come fino a quel momento avevano agito le mutue. Gli obiettivi, così come previsti dalla legge n. 833, riguardavano la prevenzione delle malattie, l'igiene e salubrità di ambienti di vita e di lavoro, controllo degli alimenti e igiene ambientale, nonché diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie, superamento degli squilibri territoriali presenti nella penisola italiana, in particolare tra settentrione e meridione, ed infine la tutela di maternità ed infanzia, ma, non solo, veniva tutelata anche la salute degli anziani, dei giovani e la salute mentale.<sup>31</sup>

Per dare attuazione alla legge, si prevede una divisione di compiti tra Regioni, Province e Comuni. Di seguito, si offrirà schematicamente la ripartizione dei compiti così come suggerita dal docente R. Prosperi nel proprio lavoro concernente l'evoluzione del Sistema Sanitario dall'unità d'Italia ad oggi<sup>32</sup>.

Lo Stato si occupava della programmazione sanitaria nazionale, tenendo conto di quella economica; si occupava, altresì, del livello delle prestazioni erogate dai cittadini a seguito del Piano Sanitario Nazionale (PSN). Individuava e coordinava l'attività delle regioni al fine di controllarne la spesa: per questo motivo, lo Stato divideva tra le Regioni il Fondo Sanitario Nazionale (FSN). Alle Regioni, invece, spettava il compito di legiferare in materia sanitaria e ospedaliera con il limite, dovuto alla gerarchia delle fonti, di rimanere nel tracciato posto dalla legislazione nazionale. In ultimo, le Regioni dovevano dividere tra i nascenti enti delle USL – di cui si farà cenno a breve – i finanziamenti derivanti dal Fondo Sanitario Nazionale che per ogni Regione prendeva il nome di

---

<sup>31</sup> Prosperi R., *Evoluzione del sistema sanitario dall'unità d'Italia ad oggi*, op. cit., p. 31.

<sup>32</sup> *Ivi*, p. 33.

Fondo Sanitario Regionale (FSR). Venivano, inoltre, stipulate delle convenzioni tra le USL e le Università di Medicina nonché gli Enti di ricerca. Le Province invece approvavano il Piano Sanitario Regionale (PNR) proposto dalle Regioni, venendo chiamate in causa anche per le delimitazioni del territorio delle USL. I Comuni esercitavano tutte le funzioni amministrative relative alla sanità mediante le USL. Ma che cos'erano effettivamente questi nuovi enti denominati USL? Si trattava di strutture operative dei comuni o delle comunità montane. Le USL, abbreviazione di Unità Sanitaria Locale, avevano un'organizzazione interna tale per cui vi era un'assemblea generale, composta dal Consiglio comunale o un'assemblea di associazione di comuni, con lo scopo di organizzarne l'attività: si discuteva in merito all'approvazione dei bilanci, i conti consuntivi, piani, programmi, spese, il personale, regolamenti e convenzioni. Vi era, altresì, il Comitato di Gestione eletto dall'Assemblea Generale che aveva poteri di tipo amministrativo, emanando delibere di sorta. Altro organo presente era il Presidente del Comitato di Gestione, eletto dal Comitato, e rappresentava le USL, adottava gli atti di gestione ed urgenti che venivano ratificati dal Comitato stesso. In ultimo si aveva il Collegio dei Revisori dei Conti che aveva lo scopo di controllare la conformità alle leggi e la contabilità degli atti delle USL.

L'avvento della legge che istituì il Servizio Sanitario Nazionale, tuttavia, portò con sé una serie di problemi; innanzitutto, vi fu un aumento incontrollato della domanda di servizi sanitari dovuta al fatto che le prestazioni venivano erogate gratuitamente ai cittadini senza che questi fossero sensibilizzati sui reali costi in capo alle amministrazioni. Altra problematica che si realizzò riguardava la non uniformità dei livelli dei servizi tra le Regioni italiane dovute alle caratteristiche economiche e sociali dei vari territori. La criticità maggiore venne costituita proprio dalla spesa sanitaria che era aumentata a dismisura giacché la legge n. 833 non aveva fissato dei limiti alla stessa, inoltre, nonostante fosse stato previsto, non veniva approvato il Piano Sanitario Nazionale che avrebbe dovuto, difatti, vigilare proprio sulla spesa sanitaria.

Altra questione riguardava il Fondo Sanitario Nazionale il quale, dovendo finanziare gli enti sanitari tramite l'erogazione di risorse economiche alle Regioni, veniva determinato ricorrendo al criterio della spesa storica.

*Il criterio della spesa storica prevedeva che gli enti locali ricevessero dei trasferimenti da parte dello Stato sulla base delle spese degli anni precedenti. L'inefficienza si verifica nel momento in cui un ente sperpera le risorse ricevute con conseguente un aumento, a carico dello Stato, della somma del trasferimento da corrispondere. Da ciò deriva anche un comportamento di*

*deresponsabilizzazione degli enti locali poiché si sentono protetti dallo Stato centrale nel caso in cui spendessero più del dovuto*<sup>33</sup>.

La situazione così configurata portò ad una crisi del sistema, motivo per il quale negli anni successivi sarebbero state varate delle riforme necessarie a riportare un criterio di economicità nella gestione delle risorse.

### **1.3.2 Riforme successive**

Negli anni '80 e '90 del XX secolo è emerso un modello definito dagli studiosi ed esperti di settore come New Public Management (Hood, 1995). Lo stesso si è imposto come modello di management pubblico inteso come cambiamento di paradigma (Behn, 2001) che già all'inizio degli anni Novanta si era largamente affermato nella maggior parte dei paesi economicamente avanzati e si era diffuso nella maggior parte dei paesi in via di sviluppo.<sup>34</sup> La razionalità legata al New Public Management riguardava interventi di ridimensionamento del settore pubblico secondo criteri di economicità giacché negli anni precedenti, in particolare in Italia, si era proceduto in un modo che non permettesse un concreto controllo della spesa pubblica all'interno delle pubbliche amministrazioni. Si ricordano, al riguardo, le importanti riforme introdotte negli Stati Uniti e in Inghilterra da parte di Ronald Reagan (1980) e Margaret Thatcher (1979): questi due leader sono associati a interventi di contenimento della spesa pubblica e di privatizzazione e alla critica esplicita all'amministrazione pubblica (Hughes, 2000).<sup>35</sup> Tali afflitti teorici si tradussero in pratica non solo oltreoceano ma anche in Italia, con particolare riferimento alla riforma del decreto legislativo n. 502 del 1992 che investì il settore sanitario italiano.

La riforma agì sul Piano Sanitario Nazionale andando a toccare gli ambiti relativi alla diagnosi, cura e prevenzione nonché i livelli di assistenza e, fondamentale, l'ammontare della spesa prevista per il Sistema Sanitario Nazionale. L'importanza della riforma risiede nel fatto che si diede una maggior autonomia alle Regioni che in questo modo potevano gestire la Sanità tramite un vero e

---

<sup>33</sup> Cabbia D., *Il controllo della spesa pubblica: fabbisogni, funzioni fondamentali e costi standard*, Lo strumentario elaborato da SOSE, Tesi di Laurea magistrale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2019-2020, p. 10, <http://hdl.handle.net/10579/19192>, cons. il 03/04/2024.

<sup>34</sup> Cucciniello M., Fattore G, Longo F., Ricciuti E., Turrini A., *Management Pubblico*, Milano, Egea edizioni, 2018, pp 77-78.

<sup>35</sup> *Ibidem*.

proprio Servizio Sanitario Regionale: le stesse potevano agire in merito ad interventi legati ai livelli di assistenza superiori rispetto a quelli uniformi e ripianare eventuali disavanzi di USL e Ospedali utilizzando direttamente le proprie risorse economiche, intervenendo tramite i tickets sanitari, istituendone di nuovi oppure introducendo nuove tasse.<sup>36</sup>

In particolare, i tickets sanitari vennero in introdotti per controllare la spesa sanitaria in un'ottica di responsabilizzazione del cittadino verso un bene pubblico: ponendo un costo – minimo rispettivamente a questo speso dall'amministrazione pubblica – si andava ad evitare che venissero erogate prestazioni altrimenti non necessarie poiché il cittadino in tal modo desisteva dal richiedere visite o esami strumentali di cui non avesse un concreto bisogno ancorché gratuiti. Inoltre, l'introduzione, di un costo – seppur minimo – aveva il fine di responsabilizzare chi fruisse di prestazioni sanitarie, andando a comprendere che queste avevano un costo a carico della collettività.

La riforma impose un'ulteriore e importante novità: USL e ospedali divennero vere e proprie aziende (processo di aziendalizzazione) nonché assunsero personalità di diritto pubblico, autonomia organizzativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica.<sup>37</sup> A livello organizzativo si staccarono dalle USL e diventando aziende ospedaliere, relativamente, invece, agli ospedali che restarono all'interno delle USL, questi ottennero, comunque, un'indipendenza di tipo contabile, definita in tal senso contabilità separata. Con tale riforma, si inserì quello che è il concetto di aziendalizzazione, ovvero un modello tipico dell'ottica del New Public Management, relativo ad una gestione delle pubbliche amministrazioni realizzato con categorie tipiche delle aziende private e del mercato. Tra le varie innovazioni, vi furono la modifica del ruolo del dirigente di una USL o ospedale che ottenne una carica parificabile a quella dell'Amministratore delegato di un'azienda.

Altra questione, concerne l'inserimento di una contabilità tipicamente aziendale: si decise in questa direzione poiché si riteneva che le aziende private tramite la propria organizzazione contabile avessero una gestione economica maggiormente efficiente ed efficace soprattutto per quello che è l'obbligo del pareggio di bilancio. Infine, il fatto che il cittadino potesse liberamente decidere di quali servizi fruire ed a quale azienda ospedaliera rivolgersi, poiché queste erano remunerate in base alle effettive prestazioni erogate, realizzò una sorta di scelta di mercato.

---

<sup>36</sup> Proserpi R., *Evoluzione del sistema sanitario dall'unità d'Italia ad oggi, op.cit.*, pp. 35-38.

<sup>37</sup> *Ibidem.*

La riforma, a livello normativo ed organizzativo, modificò in modo sostanziale quelle che da lì vennero denominate aziende sanitarie. Si ebbe, così, il Direttore Generale, il quale aveva poteri di gestione e rappresentanza al pari dell'Amministratore delegato di una qualunque azienda, assunto dalla regione con un contratto di regime privatistico. Il Direttore Generale aveva facoltà di nominare un direttore amministrativo e sanitario i quali, a livello collegiale, si esprimevano obbligatoriamente relativamente agli atti di propria competenza,

Il Ministero del Tesoro e il Sindaco designavano il Collegio dei Revisori, composto da un numero di membri che variava tra le 3 e le 5 persone a seconda del bilancio: tale organo vigilava a livello normativo e contabile. Vi era, altresì, il Consiglio dei Sanitari e la Conferenza dei Sindaci o Sindaco – a seconda della realtà territoriale. Il Consiglio dei Sanitari, capeggiato dal direttore sanitario, veniva eletto dai dipendenti e aveva funzione di consulenza tecnico sanitaria, offrendo un parere vincolante nei riguardi del Direttore Generale. La Conferenza dei Sindaci o del Sindaco si componeva, per l'appunto, dai sindaci presenti nel territorio della USL, contribuendo alla programmazione regionale e locale, con osservazioni sui bilanci della USL, verificando l'andamento delle attività e offrendo una valutazione. Le aziende ospedaliere, diversamente, erano sprovviste di tale organismo.<sup>38</sup>

Si denota che tale riforma istituì i Dipartimenti di Prevenzioni all'interno delle USL al fine di unire servizi quali igiene e sanità pubblica, prevenzione e sicurezza in ambito lavorativo, igiene alimentare e servizi veterinari. La medicina di base veniva – ed è a tutt'oggi – erogata ad opera di medici o pediatri convenzionati. La medicina specialistica, invece, veniva erogata da Aziende Ospedaliere o USL. Infine, sul territorio le USL si organizzavano mediante i Distretto sociosanitari diventando il centro di coordinamento dei servizi sanitari sul territorio andando a controllare la domanda del bene sanitario nonché la gestione economica delle stesse.<sup>39</sup>

Nel 1999 venne approvata un'ulteriore riforma, ovvero il decreto legislativo n. 229 con l'intento di aziendalizzare ancor più le strutture sanitarie, tramite l'accreditamento di strutture e professionisti, offrendo la possibilità ai cittadini di offrire un riscontro relativamente alle ricevute. Si aumentò l'autonomia da parte delle Regioni, le quali potevano esprimersi sul Piano Sanitario Nazionale, gestendo direttamente i servizi, e, non solo, anche i Comuni, mediante la Conferenza Permanente per la Programmazione sociosanitaria, potevano valutare il Piano Sanitario Nazionale nonché confermare

---

<sup>38</sup> *Ibidem.*

<sup>39</sup> *Ibidem.*

o revocare il Direttore Generale. Le aziende sanitarie godevano delle regole del diritto privato relativamente all'acquisto di forniture superiori alle 200.000 unità di conto europee, senza dover fare gare pubbliche com'è prassi delle amministrazioni pubbliche. Il Collegio dei Revisori viene sostituito dal Collegio sindacale, mantenendo i medesimi compiti. Venne, altresì, istituito il Collegio di Direzione che si componeva comprendendo il Direttore Generale, il Direttore sanitario, il Direttore amministrativo, il Direttore di distretto, di dipartimento e di presidio. Si introdusse, inoltre, la figura del Direttore di distretto unito all'Ufficio di coordinamento delle attività di distretto. Nel medesimo anno, venne approvato ulteriormente il Decreto legislativo n. 517 con il quale venivano sanciti i rapporti tra Università e Servizio Sanitario Nazionale. Infine, nell'anno 2000 si approvò il Decreto legislativo n. 254 con il quale si conferì alle Regioni il l'incarico di decretare la realizzazione di strutture sanitarie per l'attività libero-professionistica. Nel 2001 vi fu la riforma del titolo V della Costituzione, una tra le più importanti avvenute nell'Italia Repubblicana, che stabilì, tra le varie novità, potestà legislativa concorrente tra Stato e Regioni nel settore sanitario.

### **1.3 Enti pubblici e figure che operano nel campo sanitario**

Nel mondo della Sanità operano diversi enti e figure, per tali motivi è necessario compiere un approfondimento relativamente alle stesse, al fine di comprendere pienamente quelle che sono le funzioni del Sistema Sanitario Nazionale.

Innanzitutto, a fare capo al sistema vi è il Ministero della Salute. Lo Stato definisce i LEA, ovvero i livelli essenziali di assistenza e le risorse finanziarie, organizzando i servizi sanitari regionali. Il Ministero, dunque, si occupa della salute umana, del coordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, della sanità veterinaria, della tutela della salute nei luoghi di lavoro e dell'igiene e sicurezza degli alimenti.<sup>40</sup> A seguito del regolamento di organizzazione, varato nel 2014, il Ministero della Salute è passato da una struttura divisa in dipartimenti a una con un segretario generale e 12 direzioni generali. Al Ministero fanno capo strutture quali l'istituto superiore di sanità, il consiglio superiore di sanità, il centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, il comando dei carabinieri per la tutela della salute, l'agenzia italiana del farmaco e l'agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali.<sup>41</sup>

---

<sup>40</sup> Fondazione Openpolis, *Com'è organizzato il ministero della salute*, elaborazione dati aggiornata al 22/04/2022, data pubblicazione: 3/05/2022, <https://www.openpolis.it/parole/come-organizzato-il-ministero-della-salute/>, cons. il 08/04/2024.

<sup>41</sup> *Ibidem*.

L'istituto superiore di sanità, fondato nel 1934, è il principale centro di ricerca, controllo e consulenza tecnico-scientifica a livello di sanità in Italia. Vi lavorano 1800 tra cui ricercatori, tecnici e personale amministrativo. Le principali attività dello stesso si distribuiscono in 6 Dipartimenti, 16 Centri nazionali, 2 Centri di riferimento, 5 Servizi tecnico-scientifici e un Organismo notificato per la valutazione dell'idoneità dei dispositivi medici.<sup>42</sup>

Le strutture dell'istituto superiore di sanità si occupano di politiche sanitarie, prevenzione e promozione nel contrasto del cancro, malattie croniche e neurodegenerative, dell'autismo, le malattie rare, le malattie infettive sino alle dipendenze patologiche.<sup>43</sup>

Il Consiglio superiore di sanità è un organo di consulenza tecnico scientifica, facente capo anch'esso al Ministero della Salute, svolge funzione consultiva prendendo in esame fatti che riguardino la salute pubblica o su richiesta del Ministero stesso. Si propone in merito a problemi attinenti igiene e sanità, nonché per indagini relative ad avvenimento di rilevante interesse nel campo igienico e sanitario, propone alle amministrazioni sanitarie la formulazione di schemi di norme e provvedimenti della medesima materia e, finanche, standard costruttivi per l'edificazione di ospedali, istituti di cura ed altre opere igieniche.<sup>44</sup>

A seguito della riforma apportata dal Decreto Legislativo del 1992, alle strutture sanitarie territoriali che prendevano il nome di USL (Unità Sanitarie Locali), si sono sostituite le ASL (Aziende Sanitarie Locali), le quali a seconda della regione di appartenenza hanno assunto denominazioni diverse. Le ASL erogano i servizi previsti dal Servizio Sanitario Nazionale, si configurano, post-riforma, come aziende con autonomia a livello di gestione e di contabilità economico-patrimoniale.

Altri enti che erogano servizi sanitari ed assistenziali sono le RSA, ovverosia strutture sanitarie non ospedaliere, che ospitano persone – nella maggior parte di casi anziani - non autosufficienti. Le RSA possono, comunque, ospitare anche persone autosufficienti prevedendo un reparto apposito e, eventualmente, un centro diurno a cui le persone designate possano accedere in giornata, senza dover

---

<sup>42</sup> Istituto Superiore di Sanità, *Missione*, sez. Chi Siamo, data pubblicazione 29/10/2019, aggiornato al 25/07/2023, <https://www.iss.it/missione2>, cons. il 08/04/2024.

<sup>43</sup> *Ibidem*.

<sup>44</sup> Ministero della Salute, *Il Consiglio superiore di sanità*, sez. Ministro e Ministero, data pubblicazione 08/02/2018, s.d., aggiornato al 14/03/2022, [https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_7\\_1.jsp?lingua=italiano&label=consigliosuperioresanita&menu=consigliosuperioresanita&id=1326](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_7_1.jsp?lingua=italiano&label=consigliosuperioresanita&menu=consigliosuperioresanita&id=1326), cons. il 08/04/2024.



pernottare in struttura. Le stesse possono avere natura pubblica, oppure in convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale o totalmente private. Vi sono, inoltre le RSSA, ossia Residenze sociosanitarie assistenziali per anziani, che ospitano persone non autosufficienti affette da disturbi gravi di tipo fisico o psichico ed un'età superiore ai 64 anni.

Nel 1923 vennero istituiti gli IPAB, Istituti pubblici di assistenza e beneficenza, con lo scopo di assistere, educare, istruire ed avviare al lavoro gli indigenti. Tali istituti, a seguito della riforma del 2001, si trasformarono in organi di diritto privato denominati APSP, Aziende pubbliche di servizi alla persona. Tali aziende svolgono la medesima funzione degli IPAB, pur non facendo parte del Servizio Sanitario Nazionale.

Le AO sono le Aziende ospedaliere che inglobano al proprio interno ambulatori, ospedali e laboratori di analisi; occorre compiere una distinzione rispetto alle medesime, relativamente alle Aziende ospedaliere universitarie che si trovano sotto la giurisdizione delle Università.

All'interno di Aziende ospedaliere e Aziende universitarie vi sono le UOC, Unità operative complesse che hanno una propria autonomia organizzativa e di budget rispetto a determinati ambiti sanitari (ad esempio, Oncologia, Ginecologia, Gastroenterologia, ecc.). Si hanno, peraltro, le UOS, ovvero Unità operative semplici, gerarchicamente inferiori alle UOC ed assolvono a funzioni limitate in relazione a queste ultime. Le UOSD sono le Unità operative Semplici Dipartimentali, le quali non dipendono dalle UOC ma direttamente ai Dipartimenti delle aziende sanitarie.

Gli IRCCS sono gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico con una particolare situazione giuridica che permette loro di avere un regime di finanziamenti pubblici ad hoc. Tali istituti sono ospedali di eccellenza che si occupano di ricerca, possono essere privati o pubblici, in Italia se ne contano 51, di cui 21 pubblici e 30 privati.

Dopo aver passato in rassegna gli enti che operano nel settore sanitario, s'intende approfondire quelle che sono le professioni che agiscono nel medesimo ambito. Lo Stato italiano riconosce 30 professioni sanitarie per le quali è necessaria l'iscrizione ad un Ordine professionale. In Italia si comprendono all'incirca 1.500.000 professionisti che lavorano all'interno di strutture pubbliche e

private.<sup>45</sup> Le professioni che richiedono l'iscrizione ad un Ordine professionale sono le seguenti: medici e chirurghi e odontoiatri, veterinari, farmacisti, psicologi, chimici e fisici, biologi, professioni infermieristiche, ostetriche, fisioterapisti, tecnici sanitari di radiologia medica e professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Gli Ordini vigilano e controllano l'operato dei professionisti relativamente alle qualità delle prestazioni nonché al rispetto dei codici deontologici. Pur non avendo un ordine apposito, nel Servizio Sanitario Nazionale operano anche gli operatori sanitari, i quali spaziano da mansioni di generica cura ed igiene dei pazienti, a prestazioni più complesse di cura della persona. Tutti i soggetti che operano in ambito sanitario devono perseguire una formazione continua mediante il sistema di formazione continua in medicina ECM.<sup>46</sup> Chi dovesse esercitare in maniera abusiva le già menzionate professioni sanitarie viene punito con la reclusione da sei mesi a tre anni con una multa che varia dai 10.000€ ai 50.000€. È prevista inoltre la confisca di tutto quanto sia servito a commettere il reato.<sup>47</sup>

## 1.5 Il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale

Il Servizio Sanitario Nazionale è organizzato su due livelli di governo: lo Stato e le Regioni. Lo Stato definisce i principi fondamentali, determina i LEA, livelli essenziali di assistenza, che devono essere uniformi su tutto il territorio, garantisce le risorse necessarie a loro finanziamento secondo efficienza e appropriatezza. Le Regioni organizzano i propri servizi sanitari regionale garantendo prestazioni ricomprese nei LEA.

La legge di bilancio, in quanto legge statale, determina annualmente il Fondo Sanitario Nazionale, ovvero il livello complessivo di risorse al cui finanziamento concorre lo Stato. Gli importi, dunque, sono frutto di concertazione tra Stato e Regioni relativamente alle risorse da destinare per i LEA secondo accordi che si traducono nella sottoscrizione del Patto per la Salute.<sup>48</sup>

Vi sono delle componenti del Fondo Sanitario Nazionale, inteso come Fabbisogno sanitario nazionale standard, che sono a destinazione vincolata mentre altre sono indistinte.

---

<sup>45</sup> Ministero della Salute, *Professioni sanitarie*, s.d., aggiornato al 15/02/2023,

<https://www.salute.gov.it/portale/professionisanitarie/dettaglioContenutiProfessionisanitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto>, cons. il 08/04/2024.

<sup>46</sup> *Ibidem*.

<sup>47</sup> *Ibidem*.

<sup>48</sup> Zanette M., *Il federalismo fiscale e il finanziamento della sanità*, dispense di Economia pubblica e federalismo fiscale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2021-2022.

Relativamente alla componente indistinta del Fabbisogno sanitario nazionale standard, questa viene finanziata dalla fiscalità generale delle regioni, da entrate proprie degli enti, dalla partecipazione delle regioni a statuto speciale e delle province autonome, dai tributi erariali, dalla compartecipazione IVA e dalla perequazione.

Concorrono al finanziamento, finanche i tributi regionali, tra cui si annoverano le imposte regionali sulle attività produttive – IRAP (nella componente di gettito destinata al finanziamento della sanità) con aliquota ordinaria fissata al 3.9%. Vi è, inoltre, l'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche, ovvero l'IRPEF con aliquota di base al 1,23%.<sup>49</sup>

I gettiti si considerano applicando le aliquote base nazionali - dunque non derivanti da manovre fiscali regionali – le quali sono uniformi per tutte le regioni.

Altre risorse provengono da entrate proprie degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, ovvero ticket e ricavi determinati dall'attività intramoenia dei medici, e dalla partecipazione delle regioni a statuto speciale e le province autonome. Queste ultime compartecipano al finanziamento sanitario fino a concorrenza del fabbisogno non soddisfatto dalle fonti già citate.

La principale fonte di finanziamento del Servizio Sanitario Nazione è, tuttavia, costituita dal bilancio statale il quale finanzia il Fabbisogno sanitario nazionale standard, non coperto da altre fonti, tramite la compartecipazione all'imposta sul valore aggiunto IVA per le regioni a statuto ordinario, le accise sui carburanti e, solo ed esclusivamente per la Sicilia, al Fondo sanitario nazionale.<sup>50</sup>

I LEA, relativamente al vincolo previsto dall'art. 117 della Costituzione, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; pertanto, lo Stato deve garantire alle Regioni la copertura della spesa sanitaria per erogarli – si precisa che questi ultimi non vengono finanziati qualora le amministrazioni si dimostrino inefficienti e tantomeno ricorrendo al criterio della spesa storica. Le uniche fonti ammesse dalla Costituzione per finanziare il Fabbisogno sanitario standard, secondo l'articolo 119, sono i tributi e le entrate delle Regioni, la compartecipazione al gettito di tributi erariali e i trasferimenti perequativi.

---

<sup>49</sup> *Ibidem.*

<sup>50</sup> *Ibidem.*

## Capitolo 2 Criticità emerse

### 2.1 Com'è cambiata la società italiana

Nel corso dell'ultimo secolo, la società italiana ha subito diversi cambiamenti dovuti agli sconvolgimenti politici, alle guerre, alle riforme sociali ma anche alle oscillazioni dell'economia.

Grazie al progetto di ricerca e comunicazione Italiani.coop, nel 2016 è stato realizzato uno speciale intitolato "Un secolo di italiani" con il quale, attraverso un'elaborazione dei dati ISTAT ed altri istituti statistici italiani ed internazionali, vengono affrontati i mutamenti della nostra società partendo dai primi del Novecento ai giorni nostri.

A rilevare, secondo lo studio, è la lunga metamorfosi degli italiani, i quali nella storia recente sono passati da una spesa media pro capite pari a un decimo di quella odierna (nel 1901 la spesa annua si attestava su un valore rapportato a 1.600 euro annuali, circa 140 euro mensili), ad una situazione di crescente benessere e ricchezza: nel secondo dopoguerra, grazie ai finanziamenti per la ripresa europea attuati dal Piano Marshall,<sup>1</sup> si realizzò quello che sarebbe passato alla storia come il miracolo economico italiano.

Si può ravvisare come già negli anni Sessanta i consumi fossero quasi triplicati rispetto alla situazione precedente (la spesa annua pro capite era arrivata a toccare i 5.000 euro, ovvero 417 euro al mese), nel 1979 la medesima cifra era raddoppiata (circa 10.000 euro annui, ossia 833 euro mensili). La crescita, dunque, rimane costante: nel 2010 si era giunti ad una spesa pro capite annuale pari a 17.000 euro, pari a 1417 euro mensili.

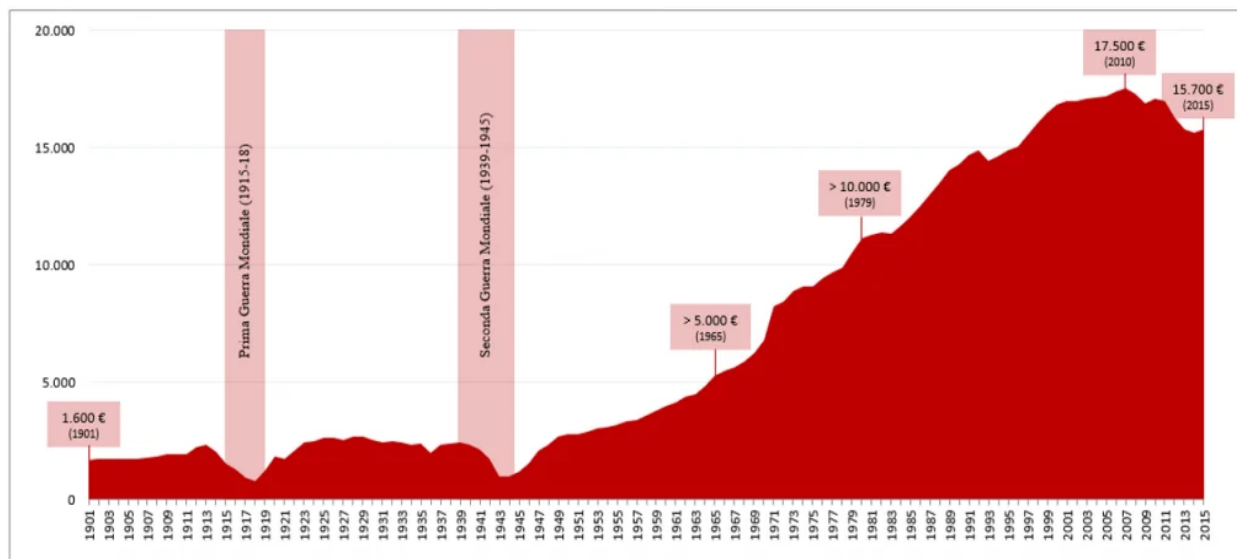
---

<sup>1</sup> Il 5 giugno 1947 George Marshall, segretario di Stato americano, annunciò il progetto volto alla ripresa economica dei paesi europei a seguito degli avvenimenti della Seconda Guerra Mondiale che avevano gravemente minato la situazione socioeconomica delle nazioni del Vecchio continente. Il piano vide il proprio avvio nel 1948 e terminò nel 1952 per un totale di 17 miliardi di dollari; in Italia, tale intervento venne approvato dall'allora presidente del Consiglio dei ministri, Alcide De Gasperi.

Negli anni successivi, il trend positivo si arresta, realizzandosi una diminuzione della spesa pro capite annua degli italiani (15.700 euro annui, ovvero 1.308 euro mensili), a causa della crisi finanziaria del 2008.<sup>2</sup>

### Consumi pro-capite/TAVOLA 1

(Valori espressi in euro costanti, anno di riferimento 2015)



Fonte: Ufficio Studi Coop su fonti varie (Istat, Banca d'Italia)

Il resoconto che ne emerge è quello di un italiano medio che, al 2016, vive una vita più lunga (in 100 anni è raddoppiata), tende a costituire famiglie mononucleari, inoltre, vive mediamente in case più grandi rispetto ai propri avi (oggi, stando ai dati statistici, si ha un rapporto abitativo di due persone per quattro locali a fronte del passato, dove quattro persone vivevano in un trilocale). Si aggiunge, peraltro, un'inversione di tendenza: se negli anni Sessanta le persone emigravano dalle campagne per vivere nelle città, oggi si assiste al fenomeno opposto per cui si preferisce spostarsi dai centri densamente abitati verso realtà periferiche e, finanche, scompare la stessa dicotomia

<sup>2</sup> Nel 2006 negli Stati Uniti ha avuto inizio la crisi finanziaria dei mutui subprime nei termini in cui, per via delle oscillazioni del mercato immobiliare americano, era uso erogare mutui con un alto tasso di rischio, ovvero si accordavano finanziamenti a soggetti che normalmente non sarebbero stati presi in considerazione poiché non in grado di ripagare il debito. Si realizzò, dunque, una bolla immobiliare: se da un lato la Federal Reserve manteneva bassi i tassi di interesse, dall'altro questo si traduceva in una deflessione del costo del denaro, favorendo un significativo aumento della domanda di immobili da parte delle famiglie che, in tal modo, ne decretarono un aumento dei prezzi. Con la ripresa economica americana, la Federal Reserve aumentò i tassi di interesse e questo portò allo scoppio della bolla immobiliare, i mutui – specie quelli a tasso variabile – divennero insostenibili per le famiglie che divennero insolventi. Il risultato fu che alcune tra le più importanti banche americane, si pensi a Lehman Brothers, andarono in default. L'esposizione delle banche europee ai medesimi titoli subprime, mandò in crisi il Vecchio continente: tra il 2007 e il 2008 si realizzò una brusca perdita di reddito ed un importante incremento della disoccupazione. Una buona parte degli studiosi è concorde nell'affermare che la crisi finanziaria abbia visto la propria fine nel 2013, grazie, peraltro, ai piani di salvataggio degli istituti di credito predisposti dalle nazioni europee mediante denaro pubblico.

città/campagna, rendendo le zone cittadine e le zone rurali un unicum di edifici.<sup>3</sup> Altro dato riguarda il fatto che 7 persone su 10, oggi, sono proprietarie della propria casa, il che testimonia il benessere raggiunto da parte degli italiani, di cui si è fatta precedentemente menzione. Tra i vari cambiamenti, si segnala anche l'aver smesso di generare figli (nel corso di un secolo il tasso di natalità è diminuito di meno di un terzo rispetto al 1901); l'italiano medio è passato dall'essere contadino, ad operaio e, infine, impiegato nel terziario con un'evoluzione che ha tralasciato, quasi del tutto, l'intento di creare una famiglia.<sup>4</sup>

### 2.1.1 Calo demografico e Invecchiamento della popolazione

Tra i cambiamenti che hanno investito la popolazione italiana, vi sono due fattori preponderanti: il calo demografico e l'invecchiamento della popolazione. Il numero degli abitanti italiani si trova in progressivo calo: nascono meno bambini e, nonostante, oggi l'Italia da paese di migranti si sia tramutato in paese meta di migrazione, tali flussi non sono in grado di compensare il saldo naturale della popolazione<sup>5</sup>, ovvero la differenza tra il numero di nuovi nati e i decessi.

L'ISTAT offre uno spaccato della popolazione italiana per nulla rassicurante: al 1° gennaio 2022 vi erano 58,9 milioni di residenti in Italia, dei quali 30,2 milioni di donne e 28,7 milioni di uomini. Tra il 2012 e il 2017 l'Italia si è attestata sotto i 60 milioni di abitanti, unicamente tra il 2021 e il 2022 si sono persi all'incirca 253 mila abitanti (circa il totale degli abitanti del Comune di Venezia), tra 2020 e 2021, complice la pandemia da Covid-19, il calo ha raggiunto una cifra di 405 mila abitanti. Il rapporto tra nuovi nati e decessi è in calo dal 1993, a titolo esemplificativo si consideri che nel 2021, a fronte di 399 mila nascite, i decessi ammontavano a 709 mila.<sup>6</sup>

---

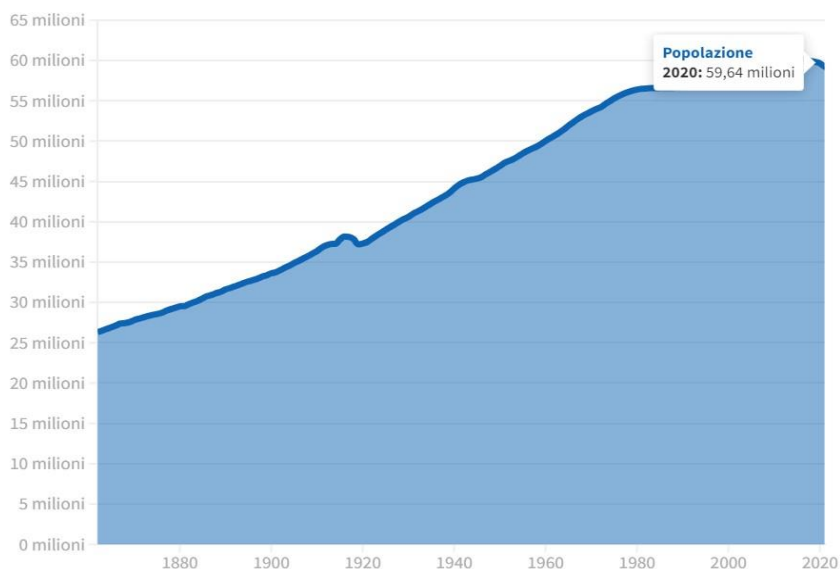
<sup>3</sup> Ciò avviene per via del fenomeno dell'*urban sprawl* (città diffusa) il quale è comparso per la prima volta negli Stati Uniti e si sta diffondendo anche in Europa. In particolare, una buona parte dei residenti nelle zone centrali della città tende a spostarsi per via di vari fattori economici e sociali (degrado, criminalità, aumento dei costi degli immobili), favorendo l'espansione urbanistica delle zone periferiche della stessa città o dei comuni limitrofi.

<sup>4</sup> De Mauro T., Vecchi G., Tirelli D., *Un secolo di italiani*, progetto di ricerca e comunicazione Italiani.coop, data pubblicazione: 06/07/2016, <https://italiani.coop/speciale-italiano-del-secolo/>, cons. il 11/04/2024.

<sup>5</sup> Ruffino L., *Sette grafici per capire la crisi demografica in Italia*, Pagella politica, sez. Popolazione, data pubblicazione: 12/12/2022, <https://pagellapolitica.it/articoli/crisi-demografica-italia>, cons. il 11/04/2024.

<sup>6</sup> *Ibidem*.

## La popolazione italiana



Il 2021 ha rappresentato l'anno con meno nascite nella storia italiana, attestandosi con un valore inferiore alle 400 mila nascite. Nel periodo che intercorre tra il 1995 e il 2009, tale tendenza si era arrestata, al punto che le nascite si erano incrementate dando vita ad un mini baby boom<sup>7</sup>. Dal 2009 le nascite hanno continuato a calare<sup>8</sup>. Tale fenomeno dipende per l'80% da quello che, in demografia, viene definito "effetto struttura": la riduzione della natalità si determina poiché il numero delle donne in età fertile cala progressivamente.<sup>9</sup> L'effetto struttura combinato con l'effetto processo, ovvero quando le coppie decidono di fare meno figli, determina il meccanismo della *trappola anagrafica*<sup>10</sup> che ha come risultato un inevitabile calo demografico. Il calo delle nascite, per il restante 20%, viene attribuito ad un basso tasso di fecondità – s'intende il numero medio di figli per donna in età feconda (tra i 15 e i 49 anni) – che nel 2020 è giunto ad un valore pari al 1,25, distante dalla soglia del 2 che permetterebbe un saldo della popolazione stabile.<sup>11</sup>

<sup>7</sup> Per i nati successivamente agli anni Ottanta, si parla di Echo Boomer ovvero la generazione Millennial, di dimensione inferiore rispetto al Baby Boom degli anni Cinquanta; tuttavia, essi hanno costituito attualmente l'ultimo periodo – quantomeno in Italia – di aumento demografico. Il termine Echo Boomers, coniato oltreoceano, si deve al fatto che tale generazione è figlia dei Boomers, nati tra gli anni Cinquanta e Sessanta, i quali, per l'appunto, avrebbero, per effetto eco, dato vita ad un altro mini baby boom. La generazione degli Echo Boomers è contraddistinta dal fatto che sia a proprio agio con le comunicazioni e le attrezzature digitali, siano tendenzialmente conformisti ed incuranti del divario generazionale, sono i primi a rivendicare i computers come diritto di nascita e risolvono i "problemi informatici casalinghi" per i propri genitori, quali ad esempio la posta elettronica o la gestione degli smartphones.

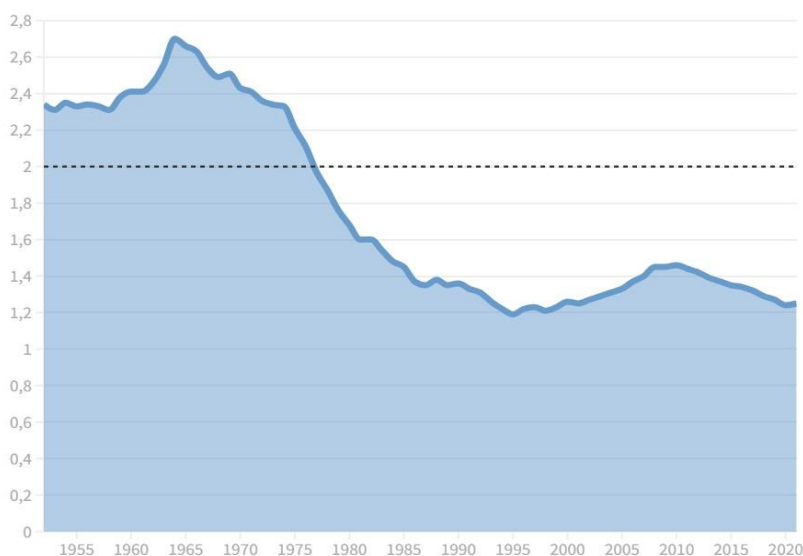
<sup>8</sup> Ruffino L., *Sette grafici per capire la crisi demografica in Italia*, op. cit.

<sup>9</sup> Redazione, *Sempre più anziani in Italia. Record minimo di nascite e massimo di ultracentenari. Il rapporto annuale Istat*, *Quotidiano online di informazione sanitaria*, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 07/07/2023, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=115352](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115352), cons. il 11/04/2024.

<sup>10</sup> Rivellini G., *Le determinanti della bassa fecondità*, in *I dati censuari per conoscere il territorio*, atti del convegno online, 30/05/2022, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, s.d., [https://www.istat.it/storage/censimento-popolazione/censimento-popolazione-NordOvest\\_Rivellini.pdf](https://www.istat.it/storage/censimento-popolazione/censimento-popolazione-NordOvest_Rivellini.pdf), cons. il 11/04/2024.

<sup>11</sup> Ruffino L., *Sette grafici per capire la crisi demografica in Italia*, op. cit.

## Tasso di fecondità totale italiano



Con gli anni, il saldo naturale della popolazione è diminuito, toccando il valore minimo negli anni 2020-21, con una riduzione di oltre 300 mila individui in media annua. Nel 2022 si è verificato un ulteriore saldo negativo pari a 321 mila unità.<sup>12</sup>

Sin qui, si è visto come denatalità e calo demografico stiano conducendo ad un progressivo invecchiamento, altro fenomeno che caratterizza la popolazione italiana. La popolazione ultrasessantacinquenne in Italia, al 1° gennaio 2023, ammontava a 14 milioni 177 mila individui e costituiva il 24,1% del totale. Gli ultraottantenni rappresentavano il 7,7% della popolazione con un numero di 4 milioni e 530 mila. Nello stesso periodo preso in esame, il numero di ultracentenari ha raggiunto il massimo storico arrivando a 22 mila unità.<sup>13</sup> Tra il 2020 e il 2022, anni di emergenza sanitaria dovuta alla pandemia da Covid-19, vi è stato un incremento di decessi (una cifra pari a 2 milioni e 150 mila), dei quali l'89,7% riguardava gli ultrasessantacinquenni poiché più esposti alle complicanze fatali dell'infezione respiratoria del virus. E, tuttavia, nonostante l'elevato numero di decessi, l'invecchiamento della popolazione non si è arrestato tanto che, se nel 2020 l'età media era di 45,7 anni, ad inizio 2023 si è giunti a 46,4 anni<sup>14</sup> - da notare che meno di vent'anni fa si aveva un valore standard pari a 41,9 anni.

---

<sup>12</sup> Quotidianosanità.it, *Sempre più anziani in Italia. Record minimo di nascite e massimo di ultracentenari. Il rapporto annuale Istat, op. cit.*

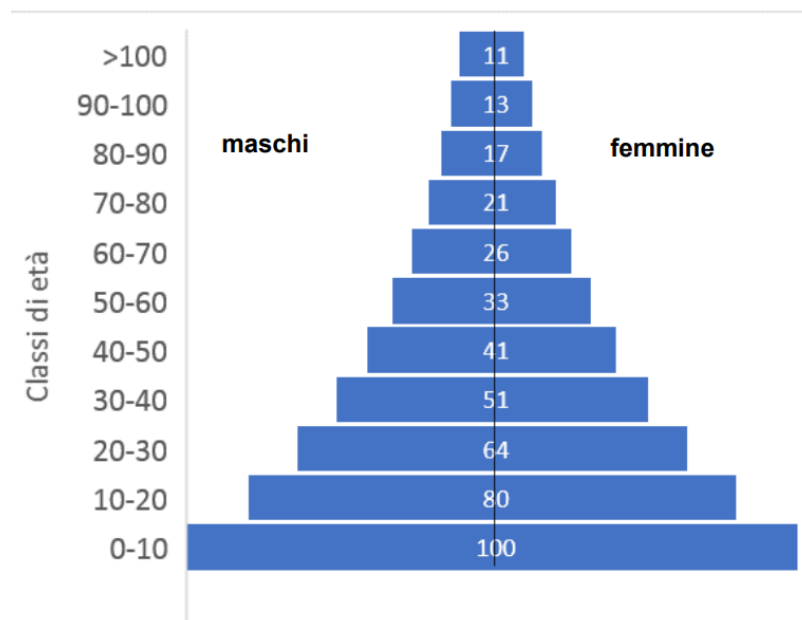
<sup>13</sup> *Ibidem.*

<sup>14</sup> *Ibidem.*



La disciplina della statistica demografica, al fine di spiegare l'andamento della popolazione in un dato periodo, si serve di una rappresentazione grafica, definita, altresì, come *piramide dell'età*. La piramide dell'età teorica<sup>15</sup> rappresenta il numero di individui per classi di età (decennali) e, tradizionalmente, la popolazione di sesso femminile viene misurata dal centro verso destra e quella di sesso maschile dal centro verso sinistra. La larghezza della barra indica la somma della popolazione tra i due sessi, rispetto alla fascia d'età. La barra inferiore corrisponde ai nuovi nati e, nella rappresentazione teorica, è quella più larga, mentre la barra più alta, quella relativa agli ultracentenari, è quella più stretta, da lì la forma a piramide del grafico. La figura si compone di 100 individui nella classe di età più giovane, e con un tasso di passaggio alla classe successiva dell'80%.<sup>16</sup>

Piramide di età «teorica»



Applicando il fenomeno dell'invecchiamento progressivo alla piramide teorica, si ottiene la seguente figura dove il tasso di nuovi nati corrisponde all'80% del periodo precedente -5% per quinquennio e il tasso di passaggio alla classe successiva corrisponde al 80% + 2% per quinquennio.<sup>17</sup>

<sup>15</sup> S'intende la rappresentazione ideale di una popolazione in cui il saldo naturale delle nascite sia sempre positivo in assenza di un progressivo invecchiamento della popolazione.

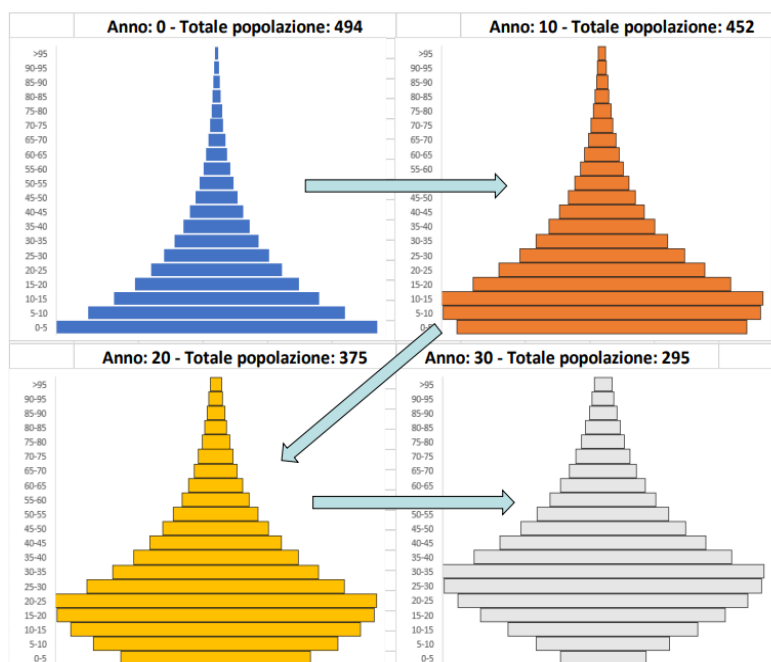
<sup>16</sup> Rizzi D., *Introduzione al corso*, dispense di Economia pubblica e federalismo fiscale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023, pp. 53-59.

<sup>17</sup> *Ibidem*.

## Piramide di età «teorica» con invecchiamento

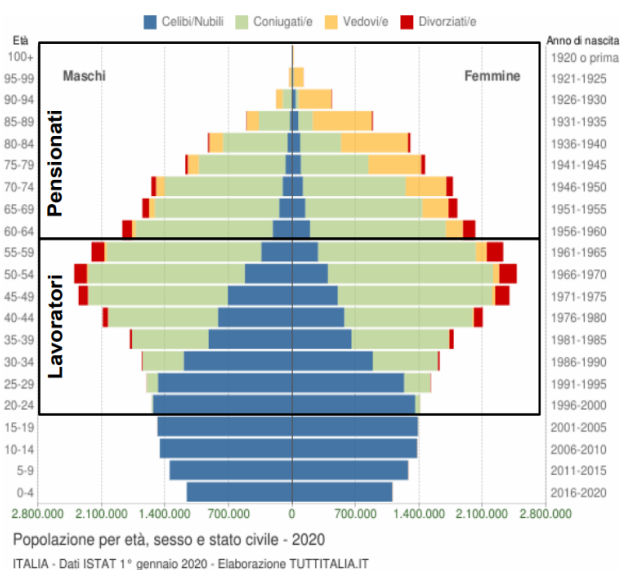
Tasso di nuovi nati: 80% del periodo precedente -5% per quinquennio

Tasso di passaggio a classe successiva: 80%+2% per quinquennio

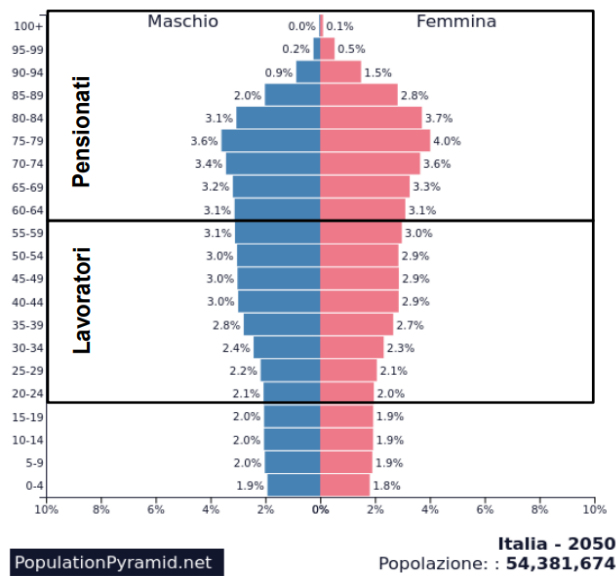


Quanto sin qui analizzato, mostra graficamente come una riduzione delle nascite, determini a propria volta un calo demografico e l'invecchiamento della popolazione: infatti, la piramide dell'età, all'anno 30, presenta un maggior numero di individui nella fascia d'età 25-30 anni e 30-35, rispetto all'anno 0, dove ad essere preponderante era la fascia 0-5 anni. A seguire, vi è l'illustrazione della piramide di età relativa alla popolazione italiana nel 2020 e la proiezione statistica, offerta da PopulationPyramid.net, di come dovrebbe apparire la composizione degli italiani nel 2050, sic rebus stantibus.

## Piramide di età: Italia 2020



## Piramide di età: Italia 2050



Si potrebbe affermare, guardando i grafici, che la piramide dell'età relativa alla situazione italiana nel 2020 rassomigli ad un'eventuale proiezione successiva all'anno 30, rispetto agli effetti dell'invecchiamento della popolazione applicato alla piramide teorica.

Se, dunque, il numero dei nuovi nati – il quale, in caso di calo, determinerebbe un invecchiamento della popolazione - dipenderebbe, come precedentemente affermato, da ragioni socio-economiche (si pensi al boom economico degli anni Cinquanta, alla ripresa economica avvenuta a cavallo tra gli anni Ottanta e Novanta o alla crisi finanziaria del 2008), allora il fatto che un fenomeno di denatalità così ingente, come quello che starebbe avvenendo nel recente periodo, si sia manifestato all'incirca dal 2009, non basterebbe a spiegare come nel 2020 l'effetto dell'invecchiamento della popolazione abbia portato a risultati rilevanti molto più rapidamente di quanto non sia avvenuto con la proiezione dell'effetto dell'invecchiamento sulla piramide teorica (ciò, chiaramente, tenendo conto del fatto che l'Italia non ha avuto come punto di partenza una piramide perfetta come quella teorica e che il tasso di nuovi nati ed il tasso di passaggio a classe successiva non fosse il medesimo della proiezione).

Tuttavia, secondo il ragionamento sin qui condotto, si potrebbe ritenere che il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione sia in atto in Italia da un periodo di tempo maggiore rispetto al momento in cui siano comparsi fenomeni consistenti di denatalità – nonostante quest'ultima concorra nel determinare l'invecchiamento stesso. Per questo motivo, quindi, si potrebbe altresì affermare che l'invecchiamento della popolazione in Italia non solo stia agendo da diverso tempo ma che vi siano senza alcun dubbio altre cause che lo determinino: tra queste, a mio avviso, potrebbe

esservi proprio la concomitanza del Servizio sanitario nazionale che, avendo offerto cure pressoché gratuite in maniera universalistica, abbia conseguentemente incrementato l'aspettativa di vita degli italiani.

Da un report effettuato nel 2017 dall'agenzia statunitense Bloomberg basato sui dati elaborati da Organizzazione mondiale della sanità, Onu, Banca Mondiale e Fondo monetario internazionale, emerge che l'Italia nel corso della propria storia sia passata dall'essere un paese in cui si viveva male e poco ad essere la Nazione con la popolazione più sana al mondo<sup>18</sup>.

Secondo quanto riporta Eurostat tra il 2007 e il 2017 la popolazione con età pari o superiore a 65 anni è aumentata del 2,2%, tale andamento è stato spiegato con l'aumento della speranza di vita legato al miglioramento delle cure sanitarie.<sup>19</sup>

Nel 2022 la stima della speranza di vita alla nascita in Italia corrispondeva a 80,5 anni per gli uomini e 84,8 anni per le donne; si prevede che entro il 2065 si giungerà ad un valore pari a 86,1 anni per gli uomini e 90,2 anni per le donne.<sup>20</sup> Il fatto che in futuro si vivrà più a lungo e che, al contempo, diminuirà la popolazione in età lavorativa per via del fenomeno della denatalità porrà inevitabilmente delle problematiche legate alla sostenibilità economica del Servizio sanitario, a maggior ragione poiché la terza età aumenta considerevolmente rischi quali la non autosufficienza e patologie croniche per cui servirà un'assistenza sanitaria e sociale efficiente ed efficace. Tali tematiche saranno approfondite nel corso del quinto capitolo.

## 2.2 La gestione della pandemia da Sars-CoV-2

Il 31 dicembre 2019 nella città di Wuhan, che si trova nella Cina centrale, sono stati registrati diversi casi di polmonite; le autorità cinesi, successivamente, isolarono un nuovo ceppo di coronavirus inizialmente denominato 2019-nCoV e poi rinominato Sars-CoV-2. Questo virus è la causa della malattia Covid-19 che, a seconda dell'organismo con cui entra in contatto, genera sintomi

---

<sup>18</sup> Redazione Ansa, *Italiani popolo più sano al mondo, primi su 163 paesi*, Ansa.it, sez. Salute&Benessere, data pubblicazione: 05/08/2022, [<sup>19</sup> Fondo ASIM, \*Aumento dell'aspettativa di vita: vantaggi e misure necessarie\*, s.d., <https://www.fondoasim.it/aumento-aspettativa-di-vita/>, cons. il 12/04/2024.](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2017/03/20/-italiani-popolo-piu-sano-al-mondoprimi-su-163-paesi-b0c5e509-0165-4dd5-abf8-26e2e07adad9.html#:~:text=Classifica%20Bloomberg%20Index%2C%20'nonostante%20economia%20in%20difficolt%C3%A0'&text=L'Italia%20C3%A8%20il%20Paese,Health%20Index'%20su%20163%20Paesi., cons. il 11/04/2024.</a></p></div><div data-bbox=)

<sup>20</sup> *Ibidem*.

che possono variare da un'influenza delle alte vie respiratorie, simile a quella stagionale, ad un'infezione più severa che sfocia in una polmonite interstiziale virale che, nei soggetti a rischio,<sup>21</sup> può rivelarsi fatale.

Prima del 2019, non vi erano mai stati casi segnalati del virus Sars-CoV-2 nell'essere umano: in tal senso, recenti ricerche scientifiche hanno parlato di *spillover*<sup>22</sup> poiché è stata rilevata un'elevata corrispondenza tra il genoma del Sars-CoV-2 umano e il genoma del coronavirus trovato in un pipistrello che abita la provincia cinese di Yunnan. Tuttavia, i ricercatori hanno riscontrato che vi fosse una differenza tra le sequenze genetiche che codificano i recettori – questi ultimi servono al virus per legarsi alle cellule dell'organismo ospite per potersi duplicare – appartenenti ai due genomi presi in esame. A tal proposito, è stata formulata una teoria secondo cui il virus responsabile del Covid-19 non abbia compiuto il salto di specie direttamente dal pipistrello all'uomo, bensì vi sia stato un ospite intermedio che avrebbe potuto essere un qualunque animale tra quelli che vengono venduti vivi nei mercati di Wuhan allo scopo di essere mangiati.<sup>23</sup>

A seguito del diffondersi dei casi di Covid-19 in Cina, il 9 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la malattia come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e l'11 marzo dello stesso anno ha decretato lo stato di pandemia globale.

Il 29 gennaio 2020 vennero ricoverati all'ospedale Spallanzani di Roma due turisti cinesi positivi al virus<sup>24</sup> e, con Delibera del Consiglio dei ministri datata 31 gennaio 2020<sup>25</sup>, l'Italia ha dichiarato lo stato di emergenza per sei mesi: si dispose, altresì, che il Capo del Dipartimento della protezione civile, d'intesa con le Regioni, emanasse delle ordinanze in deroga alle vigenti disposizioni. Lo stato

---

<sup>21</sup> Per soggetti a rischio di sviluppare la forma di Covid-19 più severa, si intendono le persone anziane o i cosiddetti fragili, ovvero chi indipendentemente dall'età abbia patologie mediche preesistenti quali ipertensione, problemi cardiaci, obesità, diabete, tumori e malattie croniche autoimmuni.

<sup>22</sup> Lo spillover è il salto interspecifico ossia il caso in cui un microrganismo patogeno passi da una specie ad un'altra. Questo fenomeno avviene a seguito di un prolungato contatto tra la specie portatrice del patogeno e la specie che diventerà il nuovo ospite – nel caso del virus, sono necessari diversi tentativi in termini di mutazioni affinché si giunga a quella in grado di aggredire un organismo di una specie diversa.

<sup>23</sup> Vaccaretti M., *Spillover, il salto di specie*, Nurse24.it, sez. Salute, data pubblicazione: 14/10/2021, aggiornato al 13/10/2021, <https://www.nurse24.it/dossier/salute/spillover-salto-specie.html>, cons. il 14/04/2024.

<sup>24</sup> Parisi L., *La cronologia dell'emergenza Covid in Italia*, Ansa.it, sez. Salute&Benessere, data pubblicazione: 05/05/2023, [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/05/05/la-cronologia-dellemergenza-covid-in-italia\\_5a9a9be2-7b79-432e-be2d-2d8903cc11c9.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/05/05/la-cronologia-dellemergenza-covid-in-italia_5a9a9be2-7b79-432e-be2d-2d8903cc11c9.html), cons. il 14/04/2024.

<sup>25</sup> Parlamento italiano, *L'emergenza Covid-19*, sez. Camera dei deputati, s.d., [https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19\\_1\\_37/1-emergenza-covid-19.html#:~:text=Il%20virus%20C3%A8%20stato%20associato.definita%20una%2022situazione%20pandemica%22%20.,](https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19_1_37/1-emergenza-covid-19.html#:~:text=Il%20virus%20C3%A8%20stato%20associato.definita%20una%2022situazione%20pandemica%22%20.,) cons. il 14/04/2024.

d'emergenza venne successivamente prorogato di sei mesi in sei mesi fino al 31 marzo 2022, data in cui è cessato ai sensi dell'art. 1 del DL. 24/2002.<sup>26</sup>

Con il D.L. n. 18/2020 art.122, venne istituito un Commissario straordinario che, in accordo con il Capo di Dipartimento della Protezione Civile, si occupava di fronteggiare l'emergenza sanitaria coordinando e programmando le attività, tra cui si menziona l'acquisizione e distribuzione di apparecchiature mediche, farmaci e dispositivi di protezione individuali.<sup>27</sup>

Il 2 dicembre 2020 l'allora Ministro della salute, Roberto Speranza, presentò le linee guida del Piano strategico dell'Italia per la vaccinazione anti Sars-CoV-2, il 27 dello stesso mese vi fu il Vaccine day, data in cui iniziarono le prime inoculazioni del vaccino alla popolazione. In giugno 2020 la Commissione europea concordò con gli stati membri di compiere i negoziati con le aziende farmaceutiche al fine di gestire in maniera centralizzata la distribuzione dei vaccini approvati all'interno dell'Unione Europea. Tra il 27 dicembre 2020 e il 31 gennaio 2022, in Italia sono state somministrate in tutto 128 milioni di dosi di vaccino.<sup>28</sup>

La campagna vaccinale ha previsto inizialmente un ordine di priorità con il quale vaccinare la popolazione: per primi furono indicati gli operatori sanitari e sociosanitari, i residenti ed il personale delle RSA e le persone con età pari a superiore agli ottanta anni. Successivamente la possibilità di vaccinarsi venne estesa al personale scolastico, le forze dell'ordine e le persone fragili. Infine, con l'aumento della produzione e delle dosi disponibili di vaccino, la possibilità di vaccinarsi venne estesa a tutta la popolazione.

Nonostante l'epidemia da Covid-19 sia stato l'evento più catastrofico che si sia abbattuto in Europa dopo la Seconda guerra mondiale, il Governo italiano non ha mai reso la vaccinazione obbligatoria per la generalità dei cittadini. Il legislatore, tuttavia, ha introdotto un obbligo vaccinale limitato alle professioni sanitarie e ai lavoratori impiegati nelle strutture residenziali, socio assistenziali e sociosanitarie.

---

<sup>26</sup> *Ibidem.*

<sup>27</sup> *Ibidem.*

<sup>28</sup> Filia A., *Piano strategico nazionale di vaccinazione COVID-19*, Istituto Superiore di Sanità, sez. Vaccini e vaccinazioni, data pubblicazione: 07/01/2021, aggiornato al 18/01/2024, <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>, cons. il 15/04/2024.

A tal proposito sono state mosse diverse contestazioni in merito alla legittimità di tale scelta: in particolare, si sosteneva che la vaccinazione, pur abbassando la carica virale, non fosse in grado di bloccare la circolazione del virus, infatti, a mancare erano dati certi sull'efficacia contro le varianti<sup>29</sup>, onde per cui le dosi di vaccino non sarebbero bastate ad evitare il contagio dei consociati e, per estensione, la collettività. In tal senso, sarebbe venuta meno la giustificazione da parte dell'art. 32 della Costituzione laddove si considerino legittimi trattamenti sanitari obbligatori, anche contro la volontà dell'interessato esclusivamente qualora lo richieda la tutela del bene salute come interesse della collettività.<sup>30</sup>

Diversamente, a suffragio dell'obbligo vaccinale limitato ad alcuni lavoratori, è stata citata la sentenza n. 137 del 2019 con cui la Corte costituzionale sottolineava che l'introduzione di un obbligo verso una data categoria di professionisti si giustifichi con l'esigenza di proteggere la salute di chi frequenta i luoghi di cura (pazienti, familiari, operatori e, di riflesso, l'intera collettività).<sup>31</sup>

Con il regolamento europeo n. 953 del 14 giugno 2021, venne introdotto il Green Pass, ovvero un certificato verde digitale che attestava l'avvenuta vaccinazione o la guarigione dalla malattia o, eventualmente, la negatività al tampone. Tale provvedimento aveva lo scopo di armonizzare il riconoscimento di dati sanitari all'interno dell'Unione per favorire la circolazione dei cittadini europei in sicurezza. In Italia, dapprima venne introdotto per recepire la disciplina europea, successivamente venne reso obbligatorio per attività sportive, culturali, ricreative, trasporti a lunga percorrenza, personale del comparto scuola e, infine, con il D.L. n. 127 del 21 settembre 2021, per tutte le attività lavorative pubbliche o private.<sup>32</sup> L'applicazione del certificato verde per come venne inteso dalla normativa italiana, trasece l'iniziale intento con cui era stato introdotto a livello europeo, ossia permettere la libera circolazione dei cittadini in sicurezza. Per questi motivi, in Italia si sollevarono pesanti critiche, considerando il green pass come *discriminatorio, limitativo delle libertà personali e,*

---

<sup>29</sup> Il virus Sars-CoV-2, responsabile della malattia Covid-19, come ogni altro virus ha un rapido meccanismo di adattamento all'ambiente mediante mutazioni introdotte in modo casuale nel patrimonio genetico della specie. Tali mutazioni avvengono nella fase di sintesi dell'acido nucleico durante la duplicazione cellulare: se mammiferi, piante e altre specie tendono a mutare più lentamente in relazione alla complessità del proprio organismo, i virus invece mutano tanto rapidamente da renderlo un meccanismo voluto. Il Sars-CoV-2, dall'inizio della pandemia, ha subito diverse mutazioni in relazione all'ingente numero di organismi con cui è entrato in contatto: tali varianti hanno aumentato la capacità di infettare cellule e tratto respiratorio. Queste ultime sono state denominate: Alpha, Beta, Gamma, Delta, Omicron. In tal senso, i vaccini non erano in grado di garantire la piena efficacia per tutte le possibili varianti del virus.

<sup>30</sup> De Santis V., *Dalla necessità dell'obbligo vaccinale alla realtà del green pass*, in *Nomos*, 2021, pp. 3 -7, <https://www.nomos-leattualitaneldiritto.it/wp-content/uploads/2022/02/De-Santis.-Dalla-necessita-dellobligo-vaccinale-alla-realta-del-green-pass.pdf>, cons. il 15/04/2024.

<sup>31</sup> *Ibidem*.

<sup>32</sup> *Ivi*, pp. 25-26.

*infine, illegittimo per aver introdotto in forma surrettizia l'obbligo vaccinale, aggirando in sostanza i limiti dell'art. 32 Cost.*<sup>33</sup> Altre posizioni, invece, difesero tale scelta sostenendo che il green pass, sulla base delle teorie del paternalismo libertario, corrispondesse ad una sorta di “spinta gentile” che, anziché obbligare alla vaccinazione, fungesse da strumento di raccomandazione e persuasione.<sup>34</sup> Con D.L. n.1 del 7 gennaio 2022, l'obbligo vaccinale venne esteso a chi avesse un'età pari o superiore a cinquant'anni e al personale universitario e scolastico.

Il 1° aprile 2022 cessò lo stato di emergenza in Italia e, dopo che ormai una buona parte della popolazione italiana era stata vaccinata con almeno una dose, si decise che alla figura del Commissario straordinario dovesse subentrare l'Unità per il completamento della campagna vaccinale la quale, investita dei medesimi poteri del Commissario, aveva l'onere di adottare misure di contrasto alla pandemia, in accordo con il Ministero della Salute.

Dal punto di vista normativo, tra 2020 e 2021, vennero emanati una serie di decreti-legge che stabilissero il quadro normativo entro cui emanare disposizioni attuative al fine di gestire la pandemia. Altro strumento di cui si fece largo uso, fu il dpcm: a tal proposito, si ricorda quello datato 4 marzo 2020 con cui, al fine di contrastare e contenere la diffusione del virus, si decretarono numerose restrizioni e regole lungo tutto il territorio italiano – tra queste, si menzionano la limitazione della circolazione delle persone ed il divieto assoluto di allontanarsi dalla propria abitazione per i soggetti posti in quarantena.

Sul piano sanitario, il Covid-19 ha rappresentato un formidabile stress test per il nostro Servizio sanitario con l'effetto di portare al centro del dibattito politico la condizione del sistema e del personale, la capacità ricettiva, le modalità operative e le performance. Molti degli elementi di forza e di debolezza del Servizio sanitario erano già conosciuti da parte degli addetti ai lavori, tuttavia, l'emergenza ha messo in luce ulteriori aspetti che, altrimenti, non sarebbero emersi.<sup>35</sup>

---

<sup>33</sup> *Ibidem.*

<sup>34</sup> *Ibidem.*

<sup>35</sup> Busilacchi G., Toth F., *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?*, in *la Rivista delle Politiche Sociali*, 2021, p. 81, [https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2\\_web-TEMA\\_Gianluca-Busilacchi-e-Federico-Toth.pdf](https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2_web-TEMA_Gianluca-Busilacchi-e-Federico-Toth.pdf), cons. il 18/04/2024.



A seguire, s'intendono analizzare in particolare due tra le criticità che affliggono il Servizio sanitario e che sono emerse in maniera preponderante durante la fase pandemica: la mancanza di un adeguato numero di posti letto in terapia intensiva e di personale sanitario qualificato.

### **2.2.1 Il problema dei posti letto in terapia intensiva**

Come affermato nel precedente paragrafo, la malattia da Covid-19 in determinati soggetti a rischio può sfociare in una polmonite che causa insufficienza respiratoria grave; circa il 14% dei positivi con sintomi sviluppa una forma severa della malattia necessitando del supporto dell'ossigeno, il 5% richiede altresì il ricovero in un'unità di terapia intensiva. Per questi motivi, la pandemia da Sars-CoV-2 ha rappresentato una sfida senza precedenti per tutto il sistema ospedaliero e in particolar modo per questo genere di reparti.<sup>36</sup>

In genere i posti letto dei reparti di terapia intensiva in Italia sono occupati per un valore che oscilla tra l'88% e il 90%. Nel periodo pre-pandemico il numero dei posti letto non ha mai destato preoccupazione se non nei periodi di picco influenzale, durante la stagione fredda, in cui le terapie intensive erano totalmente occupate in buona parte degli ospedali, costringendo i pazienti gravi nelle sale riservate ai codici rossi del Pronto Soccorso o occupando le terapie intensive post-operatorie.

Altra questione riguarda la mancanza di attrezzature specifiche e di anestesisti rianimatori, i quali svolgono i propri turni nelle sale operatorie con la conseguenza che nelle terapie intensive vi sia unicamente personale infermieristico, il quale non può che limitarsi ad un'attività di monitoraggio.

Nel periodo pre-pandemico si stima fossero disponibili 12,5 posti letto ogni 100.000 abitanti (0,12 per 1000), a differenza dei 29,2 ogni 100.000 abitanti che si registravano per esempio in Germania (0,3 per 1000 abitanti). Una tale configurazione si era dimostrata insufficiente già prima che scattasse lo stato di emergenza sanitaria, per questi motivi nel pieno dell'epidemia sono stati creati centinaia di posti letto aggiuntivi finanche nei reparti convenzionali. Con il D.L. n. 34 del 19 maggio 2020, tali

---

<sup>36</sup> Antonelli M., *Relazione sulle problematiche inerenti la Terapia Intensiva e l'Emergenza durante la Pandemia da SARS-CoV-2*, s.d., pp. 1-7, [https://www.procuracassazione.it/resources/cms/documents/2020.06.15\\_responsabilita\\_sanitaria\\_All.4.pdf](https://www.procuracassazione.it/resources/cms/documents/2020.06.15_responsabilita_sanitaria_All.4.pdf), cons. il 18/04/2024.

posti letto sono stati resi ordinari con un incremento che ha reso stabile un valore pari a 0,14 posti letto per 1000 abitanti.<sup>37</sup>

A seguire si riporta la tabella relativa al fabbisogno dei posti letto così come illustrata dal Dott. Antonelli Massimo, direttore del dipartimento di Scienze anestesiológicas e della rianimazione presso il Policlinico Gemelli di Roma, il quale ha svolto una relazione sulle problematiche inerenti la Terapia Intensiva e l’Emergenza durante la Pandemia da Sars-CoV-2.

Tabella 1 - Fabbisogno Posti letto

Cod. regione	Regione	TERAPIA INTENSIVA Posti letto pre emergenza (HSP)	TERAPIA INTENSIVA Incremento posti letto per fabbisogno aggiuntivo (PL da attivare)	TERAPIA INTENSIVA Totale posti letto	TERAPIA SEMIINTENSIVA POSTI LETTO (PL da riconvertire)
		<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c=a+b</i>	<i>d</i>
010	Piemonte	327	299	626	305
020	Valle d'Aosta	10	8	18	9
030	Lombardia	861	585	1.446	704
041	PA di Bolzano	37	40	77	37
042	PA di Trento	32	46	78	38
050	Veneto	494	211	705	343
060	Friuli Venezia Giulia	120	55	175	85
070	Liguria	180	43	223	109
080	Emilia Romagna	449	192	641	312
090	Toscana	374	162	536	261
100	Umbria	70	57	127	62
110	Marche	115	105	220	107
120	Lazio	571	274	845	412
130	Abruzzo	123	66	189	92
140	Molise	30	14	44	21
150	Campania	335	499	834	406
160	Puglia	304	275	579	282
170	Basilicata	49	32	81	39
180	Calabria	146	134	280	136
190	Scilia	418	301	719	350
200	Sardegna	134	102	236	115
<b>TOTALE</b>		<b>5.179</b>	<b>3.500</b>	<b>8.679</b>	<b>4.225</b>

Alle criticità dovute alla mancanza di posti in terapia intensiva, si è aggiunto il fattore inerente ai ricoverati nei medesimi reparti per patologie diverse dal Covid-19: secondo uno studio della Società Italiana di Cardiologia condotto in 54 ospedali italiani, nella settimana tra 12 e 19 marzo 2020, si è assistito ad una mortalità di pazienti ricoverati in terapia intensiva per patologie coronariche tre volte maggiore rispetto ai dati raccolti nello stesso periodo per l’anno 2019: si è passati da una mortalità pari al 4,1%, al 13,7%. Questi numeri riguardano per la maggior parte casi di infarto non trattato o trattato tardivamente<sup>38</sup>.

<sup>37</sup> *Ibidem.*

<sup>38</sup> *Ibidem.*

L'Italia sul fronte europeo è stato il primo paese, dopo la Cina, a dover far fronte ad un elevato numero di pazienti che necessitassero il ricovero in terapia intensiva poiché avevano sviluppato una forma severa di Covid-19 – ciò si spiega con il già citato fenomeno dell'invecchiamento della popolazione che in Italia ha portato ad avere un ingente numero di cittadini nelle fasce d'età pari o superiori ai 65 anni.

Nel periodo di picco della pandemia si è assistito ad una media della durata dei ricoveri in terapia intensiva pari a dieci giorni, tuttavia, molti pazienti vi sono rimasti per un periodo superiore alle tre settimane. La situazione in quelle fasi ha raggiunto delle connotazioni drammatiche: dato che la totalità degli anestesisti rianimatori, i quali già erano in numero esiguo, era impegnata nell'assistere i pazienti affetti da Covid-19, è stato necessario l'intervento di medici che svolgevano altre mansioni con un training rapido e una supervisione di massima. Non solo, la mancanza di posti letto ha costretto i medici a compiere delle difficili scelte di natura bioetica: si è dovuto decidere se ammettere o meno un paziente in terapia intensiva e, oltre a questo, determinare finanche quali pazienti “meritassero” il trattamento più di altri, secondo la logica del triage medico.

Il 6 marzo 2020, la Società italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia intensiva (Siaarti) pubblicò un documento intitolato “Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili”, al cui interno erano previste delle indicazioni circa i criteri secondo cui decidere quali pazienti potessero accedere ai reparti di terapia intensiva in una situazione dove questi erano al collasso. Il contenuto del documento presupponeva che il personale sanitario non dovesse attenersi al mero criterio cronologico *first come, first served*<sup>39</sup>, andando a privilegiare i pazienti – indipendentemente che questi fossero o meno affetti da Covid-19 – con maggiore speranza di vita e possibilità di successo terapeutico.<sup>40</sup> Le raccomandazioni della Siaarti richiamaivano un ulteriore documento risalente al 2003 in cui si stabilivano i quattro principi etici su cui basarsi per ammettere i pazienti in terapia intensiva: autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia distributiva.

---

<sup>39</sup> Si tratta di un criterio secondo il quale gli enti stabiliscono la priorità da assegnare agli utenti sulla base della tempistica con cui effettuano la richiesta, traducendo alla lettera l'espressione anglosassone con il proverbio “chi prima arriva, meglio alloggia”.

<sup>40</sup> Ferraro F., *Utilitarismo e “Medicina delle catastrofi”*, il Mulino, sez. Covid, data pubblicazione: 06/05/2020, [https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS\\_ITEM:5211](https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:5211), cons. il 18/04/2024.

Nell'articolo "Utilitarismo e Medicina delle catastrofi" edito per la rivista "Il Mulino", Francesco Ferraro compie un'interessante analisi in merito al contenuto delle sopracitate raccomandazioni. Innanzitutto, egli muove la propria analisi dall'accusa di utilitarismo: in molti, relativamente al documento della Siaarti, avevano affermato che la scelta di privilegiare un paziente con una maggior probabilità di sopravvivenza e aspettativa di vita corrispondesse a un'ottica di risparmio delle risorse e massimizzazione del benessere collettivo. Non solo, il fatto che una vita venisse quantificata unicamente sulla base dell'aspettativa e qualità di vita, oltre a far intendere che si tratti di una finalità legata alla mera produttività sociale, costituirebbe una discriminazione della dignità della vita umana e, per questo, in conflitto con la Costituzione italiana e la deontologia medica.

Ferraro, tuttavia, illustra come le risorse a cui le raccomandazioni alludessero fossero le cure intensive e non l'utilità sociale e produttiva dei pazienti; non di meno, egli sostiene come nel documento non vi fosse alcun riferimento a parametri economici e, anzi, si facesse esplicita menzione rispetto alla "medicina delle catastrofi", il che sottintendeva come tali criteri dovessero essere seguiti non in via generale ma fossero circoscritti alla situazione emergenziale. Secondo l'interpretazione di Ferraro, le raccomandazioni, quindi, avevano come unico scopo non tanto l'utilità della vita umana, quanto la massimizzazione della vita stessa intesa come numero di individui salvati. In altre parole, meglio una vita salvata che nessuna. A mio avviso, si potrebbe obiettare che scelte di questo tipo si configurino maggiormente come etiche che come frutto di analisi clinica e, dunque, più attinenti al dibattito filosofico che scientifico – nonostante, forse, non esista una reale distinzione tra filosofia e scienza quando quest'ultima abbia come scopo la ricerca del vero. Per questo motivo, richiamando uno dei grandi del pensiero filosofico quale Immanuel Kant, egli nella Critica della Ragion Pratica afferma: "Agisci in modo che la massima (o regola) a cui obbedisce la tua azione possa essere parte di una legislazione universale"<sup>41</sup>. Tale, dunque, è l'imperativo categorico kantiano e se un agire morale inteso come razionale soggiace ad una legge universale, ecco che la scelta di salvare un paziente anziché un altro sulla base di un qualsivoglia criterio, risulti essere tutt'altro che una decisione incondizionata e, per estensione, di natura morale. In questi termini, dunque, l'osservanza dei criteri riportati dalla Siaarti viene fatta dipendere *dalle conseguenze e non dalle caratteristiche intrinseche delle azioni*.<sup>42</sup>

---

<sup>41</sup> Severino E., *La filosofia dei greci al nostro tempo. La filosofia moderna*, Garzanti, Milano, 1996.

<sup>42</sup> Ferraro F., *Utilitarismo e "Medicina delle catastrofi"*, op. cit.

Tale questione viene affrontata dallo stesso Ferraro nella propria dissertazione laddove afferma: “È però difficile escludere del tutto considerazioni consequenzialistiche da una teoria della giustizia plausibile, tanto più quando le scelte tragiche diventano inevitabili.”. Rispetto al concetto di massimizzazione della vita, è intervenuto anche Corrado Del Bò tramite l’articolo intitolato “L’Accesso ai posti letto in terapia intensiva”. Del Bò, entrando nel merito dell’interpretazione delle raccomandazioni Siaarti offerto da Ferraro, mette in discussione tale argomentazione così asserendo: “un approccio che puntasse a massimizzare gli anni di vita salvati dovrebbe dare sempre la precedenza alle donne; ma accetteremmo anche questa implicazione sessista – seppur, per una volta, a svantaggio degli uomini – del criterio del maggior numero di anni salvati?”.<sup>43</sup>

Ciò che emerge dal dibattito relativo ai criteri di assegnazione dei posti letto in terapia intensiva, aldilà della liceità o meno delle scelte poste in atto nel momento di crisi, è l’aspetto drammatico che l’epidemia da Covid-19 ha realizzato negli ospedali italiani: *de facto* si è creato un forte squilibrio tra necessità e risorse disponibili. E non potendo ricreare il dibattito etico in questa sede, l’unica cosa che, forse, si può affermare con certezza sia che tale criticità, se vi fosse stata una valida programmazione sanitaria negli anni precedenti, sarebbe stata scongiurata.

### **2.3 La carenza di personale sanitario**

Il sindacato dei Medici Italiani con una nota pubblicata nel 2023 denunciava la carenza di personale sanitario affermando: “Nonostante gli sforzi del Governo che sta affrontando il problema delle liste d’attesa lunghissime e il problema della carenza del personale con incentivi di straordinari pagati meglio a medici e infermieri, ma con ulteriori turni lavorativi non più sostenibili, secondo il nostro giudizio, non si tiene conto che i ritmi frenetici e la mancanza di adeguati turni di riposo per il personale sanitario, metterebbero a rischio la qualità delle prestazioni cliniche per i nostri cittadini. Riteniamo, per questo, che occorrerebbe adottare soluzioni strutturali che tengano conto delle esigenze reali del paese come nuove assunzioni in sanità e adeguamenti degli stipendi di medici e sanitari”.<sup>44</sup>

---

<sup>43</sup> Del Bò C., *L’Accesso ai posti letto in terapia intensiva*, Il Mulino, sez. Covid., data pubblicazione: 11/05/2020, <https://www.rivistailmulino.it/a/l-accesso-ai-posti-letto-in-terapia-intensiva>, cons. il 20/04/2024.

<sup>44</sup> Redazione, *SMI: In Italia mancano 20 mila medici e 70 mila infermieri*, Nurse24.it, sez. Attualità, data pubblicazione: 15/11/2023, [https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/smi-in-italia-mancano-20mila-medici-70mila-infermieri.html#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20nazionale%20necessiterebbe,sanitario%20a%2020%20anni%20fa.](https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/smi-in-italia-mancano-20mila-medici-70mila-infermieri.html#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20nazionale%20necessiterebbe,sanitario%20a%2020%20anni%20fa.,), cons. il 20/04/2024.

In merito al problema delle liste d'attesa e alle relative tempistiche, si condurrà un approfondimento nel paragrafo successivo. Per quanto, invece, concerne la carenza di personale, s'intende offrire un'analisi a seguire: il sindacato dei Medici, a tal proposito, indica quest'ultima come causa principale dei disservizi in ambito sanitario, aggiungendo che nel 2025 si raggiungerà il picco dei pensionamenti nel medesimo settore per un totale di 40.000 persone.<sup>45</sup>

Se tra 2012 e 2017, vi è stata una diminuzione del numero di operatori nel campo della sanità, negli anni successivi il numero di medici ed infermieri ha ripreso lentamente a crescere, pur rimanendo un sostanziale deficit di operatori<sup>46</sup>. Sono state individuate varie cause di tale carenza, in particolare si ritiene che la pandemia da Covid-19 abbia giocato un ruolo determinante in tal senso. Altra questione riguarda una sostanziale discrepanza tra domanda ed offerta e una mancanza di pianificazione sanitaria, come già riscontrato relativamente al problema dei posti in terapia intensiva.<sup>47</sup>

È indubbio come la pandemia da Covid-19 abbia posto gli operatori sanitari in condizioni di grande stress e stanchezza, il che li ha portati a richiedere diversi scioperi con lo scopo di porre all'attenzione pubblica un sentimento legato ad una mancanza di riconoscimento professionale, a maggior ragione dopo lo sforzo che è stato richiesto loro in fase emergenziale.

A ciò, si aggiunge una importante discrepanza tra domanda di servizi e offerta: come già affermato, l'Italia si trova in una situazione demografica di progressivo invecchiamento della popolazione che si traduce in una forte richiesta di servizi sanitari a fronte di un'offerta non in grado di rispondere in modo efficace per via di una carenza, non solo di strutture ed attrezzature, ma anche, e soprattutto, di personale.

In ultimo, le problematiche sin ora evidenziate sarebbero da ricondursi ad una grave mancanza di pianificazione sanitaria: un servizio sanitario nazionale per funzionare in modo efficiente necessita

---

<sup>45</sup> *Ibidem*.

<sup>46</sup> Nel 2013, l'OMS ha denunciato che in Europa vi fosse una carenza di operatori sanitari pari a 1,6 milioni.

<sup>47</sup> Pesaresi F., *La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta*, *Quotidiano online di informazione sanitaria*, data pubblicazione: 10/10/2023, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117369#:~:text=Le%20assenze%20del%20personale%20sanitario,pensato%20di%20lasciare%20il%20lavoro.,](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117369#:~:text=Le%20assenze%20del%20personale%20sanitario,pensato%20di%20lasciare%20il%20lavoro.,) cons. il 25/04/2024.

di una corretta individuazione del fabbisogno di risorse da parte degli organi politici ed amministrativi.

Tali sono le competenze richieste a governi ed amministrazioni:<sup>48</sup>

- La raccolta, analisi e valutazione dei dati relativi al personale;
- Il miglioramento delle previsioni degli scenari futuri per la sanità e l'assistenza;
- Il saper collegare i dati ai modelli di assistenza e agli obiettivi di riforma;
- Il saper scomporre i bisogni in termini di competenze, attività pratiche, distribuzione del personale e obiettivi.

La criticità legata alla carenza di operatori è divenuta oggetto di dibattito politico a seguito della pandemia che, come già detto, ha messo in luce varie falle nel Servizio sanitario nazionale. Per questo motivo, si è ritenuto opportuno discutere in merito alla possibilità di modificare i criteri di accesso alle facoltà universitarie di tipo sanitario, al fine di reclutare un numero di medici ed infermieri bastevole a colmare le lacune di personale attualmente esistenti.

### **2.3.1 Il dibattito sul numero chiuso nelle facoltà sanitarie**

Nel corso della storia italiana, la facoltà di medicina è sempre stata appannaggio dei ceti più elevati della popolazione: fino all'anno 1923 potevano iscriversi unicamente coloro che avessero conseguito il diploma di maturità classica, successivamente, si aprì anche ai diplomati provenienti dal liceo scientifico. Con le riforme scolastiche avvenute tra fine anni '60 e anni '70, la facoltà di medicina venne aperta ai possessori di qualunque diploma di maturità quinquennale e, dunque, anche agli studenti provenienti da istituti tecnici e professionali.

Nel corso degli anni Ottanta del XX secolo, il numero di studenti che decidevano di iscriversi alle facoltà di ambito sanitario divenne insostenibile rispetto alle capacità effettive degli atenei e per questo motivo alcune università decisero di introdurre un test d'ammissione che limitasse gli accessi. Nel 1987 con apposito decreto venne resa ufficiale l'introduzione di un test per l'accesso alle facoltà di medicina con validità nazionale e prevedeva l'istituzione di tante graduatorie di merito quanti fossero gli atenei disponibili, incrociando queste ultime con le priorità di sede scelte dai candidati. In

---

<sup>48</sup> *Ibidem.*

merito alle facoltà inerenti alle altre professioni sanitarie, si stabilì che fossero i singoli atenei a decretare le modalità con cui definire i test e le graduatorie d'accesso.

Nel corso degli ultimi anni è diventato sempre più acceso il dibattito circa l'opportunità di mantenere il numero chiuso nelle facoltà sanitarie, acuitosi con la pandemia, giacché il numero di operatori non è stato in grado di coprire la richiesta di servizi sanitari durante l'emergenza e, tuttora, non riesce a adeguarsi alla necessità presente in Italia dovuta al progressivo invecchiamento della popolazione.

Candidati e studenti hanno chiesto a gran voce di abolire il test d'accesso in virtù di uno sbarramento al termine del primo anno come avviene in Francia e, il 24 settembre 2022, dopo aver istituito una commissione per discuterne, con decreto ministeriale n.1107 sono state promulgate le regole del nuovo test nominato TOLC Med (Test OnLine Cisia Medicina). La prova consisteva in un esame a risposta multipla della durata di 90 minuti composto da domande di comprensione del testo, biologia, chimica, fisica matematica e ragionamento. Tra le innovazioni introdotte dal decreto, vi sono la possibilità di ripetere la prova due volte l'anno, potendo scegliere il risultato migliore da inviare alla graduatoria nazionale e, peraltro, si è estesa la facoltà di sostenere il test anche agli studenti del quarto anno di scuola superiore.<sup>49</sup>

La sperimentazione di questa nuova formula di accesso ai corsi universitari di medicina è iniziata nel 2023. Come riportava Eugenio Bruno nel Sole 24 Ore, Eugenio Gaudio, ex rettore dell'Università La Sapienza di Roma, affermava al riguardo: “Tradurremo in numeri queste esigenze – riferendosi alla necessità di incrementare il numero dei medici -. [...] La previsione per i prossimi quattro-cinque anni è che il numero dei laureati, cioè coloro che si sono immatricolati sei anni fa in poi, sia significativamente inferiore a quello delle cessazioni attese. Sul singolo anno mancano anche 5 mila medici... [...] da parte di tutti gli stakeholders auditi, dalla Federazione dei medici all'Istat, dagli infermieri agli studenti, è arrivato un parere negativo per l'abolizione tout-court del numero programmato. Tutto pensano che nelle condizioni attuali del Paese non sia possibile eliminarlo senza far crollare, da un lato, il riconoscimento europeo del titolo di studio [...] adeguando il numero degli iscritti bisognerà adeguare il numero degli specializzandi. In primis recuperando le borse che sono rimaste vacanti o quelle abbandonate dopo il primo anno perché, ad esempio, lo specializzando ha

---

<sup>49</sup> Consulcesi, *Numero chiuso a Medicina: da quando e perché?*, s.d., <https://www.numerochiuso.info/numero-chiuso/>, cons. il 15/04/2024.



rifatto il concorso per entrare in un'altra specializzazione. Stiamo parlando di circa 5 mila borse in due anni".<sup>50</sup>.

Dopo l'introduzione del TOLC Med, il dibattito politico non si è spento e il 24 aprile 2024 è stato dato il primo via libera in Senato all'eliminazione del test nelle facoltà di medicina, odontoiatria e veterinaria, con l'approvazione all'unanimità del testo base. Il Fatto Quotidiano, a tal proposito, riportava le dichiarazioni del presidente della Commissione, Roberto Marti (Lega), che si riteneva soddisfatto per l'adozione del testo in quanto vi fosse stata massima convergenza da parte di tutte le forze politiche.<sup>51</sup>

La riforma dovrebbe partire nel 2025 e prevede che per il primo semestre chiunque possa iscriversi liberamente, dopodiché nel secondo semestre dovrebbe riproporsi uno sbarramento in termini di obblighi formativi: gli studenti dovrebbero conseguire tutti i crediti universitari previsti dal piano di studi per il primo semestre accademico e collocarsi all'interno di una graduatoria di merito nazionale. Qualora gli studenti non riuscissero a superare tale sbarramento, viene fatta salva la possibilità di chiedere il riconoscimento degli esami sostenuti al fine di prendere iscrizione presso un altro corso di Laurea. Altra novità riguarda la possibilità al momento dell'immatricolazione di iscriversi anche ad un altro corso, a titolo gratuito per il primo semestre. Il Governo, con delega di un anno per redigere la riforma, dovrà garantire che le università uniformino i piani di studi e i crediti formativi, dovrà inoltre allineare il numero di posti per accedere al secondo semestre con i corsi di specializzazione post lauream e, infine, introdurre un sistema di monitoraggio dei fabbisogni del Servizio sanitario nazionale in accordo con il Ministero della Salute.<sup>52</sup>

Come riporta Rai News, la Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo), tramite le parole del presidente Filippo Anelli, si oppone strenuamente all'abolizione del numero chiuso giacché si ritiene che, quando tra dieci anni sarà completato il percorso di formazione degli studenti che nel 2025 dovrebbero accedere senza test, non vi saranno

---

<sup>50</sup> Bruno E., *Il nuovo Tolc-Med / Test di Medicina, boom di iscrizioni, Si lavora all'aumento a 19 mila posti*, il Sole 24 Ore, sez. Sanità, data pubblicazione: 04/04/2023, <https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-04-04/il-nuovo-tolc-med-test-medicina-boom-iscrizioni-si-lavora-all-aumento-19mila-posti-131108.php?uuid=AEaB6YDD>, cons. il 25/04/2024.

<sup>51</sup> Redazione, *Primo stop al numero chiuso a Medicina: ok al testo base al Senato. I sindacati all'attacco: "Colpo di grazia alla formazione medica"*, Il Fatto Quotidiano, data pubblicazione: 24/04/2024, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/04/24/primo-stop-al-numero-chiuso-a-medicina-ok-al-testo-base-al-senato-i-sindacati-allattacco-colpo-di-grazia-alla-formazione-medica/7525080/>, cons. il 25/04/2024.

<sup>52</sup> *Ibidem*.

altrettanti posti di lavoro in campo sanitario.<sup>53</sup> In merito, si è pronunciata anche la Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche (FNOPI); la segretaria nazionale Beatrice Mazzoleni sostiene che l'abolizione del test nelle facoltà di medicina renderebbe meno attrattiva la professione infermieristica con un conseguente calo delle iscrizioni poiché una porzione di candidati che si iscrivono alle facoltà di scienze infermieristiche proverrebbe da coloro che non hanno superato la selezione per Medicina o altri corsi per professioni sanitarie. La stessa aggiunge che potrebbe avvenire uno squilibrio tra le professioni particolarmente attrattive provocando uno sbilanciamento di competenze della salute con un avanzo di alcune professionalità e una scomparsa di altre.<sup>54</sup>

A rilevare, a mio avviso, è la ratio di tale norma: l'intento è quello di permettere agli studenti che si sentano vocati alle professioni sanitarie, di saggiarsi direttamente studiando le materie del settore e sostenendo gli esami. In una situazione dove gli studenti neodiplomati non ricevono un adeguato orientamento al mondo universitario (circa la metà degli studenti, sceglie il proprio futuro al buio),<sup>55</sup> consentirebbe di capire se aspirazioni e idealizzazioni coincidono con la realtà della professione – il che non sarebbe possibile svolgendo unicamente un test basato su discipline generiche (fisica, biologia, chimica ecc.).

Oltretutto, la possibilità di iscriversi contemporaneamente ad un altro corso a titolo gratuito e di ottenere il riconoscimento dei crediti eviterebbe agli studenti di perdere anni accademici, preziosi in termini di tempistiche per l'ingresso nel mondo del lavoro. Si aggiunge, in ultimo, che se i governi saranno effettivamente in grado di stabilire un fabbisogno sanitario in termini di personale e di restituirlo per tempo agli atenei, probabilmente si riuscirà a coprire l'attuale carenza di operatori anziché realizzare disoccupati o squilibri tra tipologie di lavoratori, come paventano le federazioni degli ordini professionali.

---

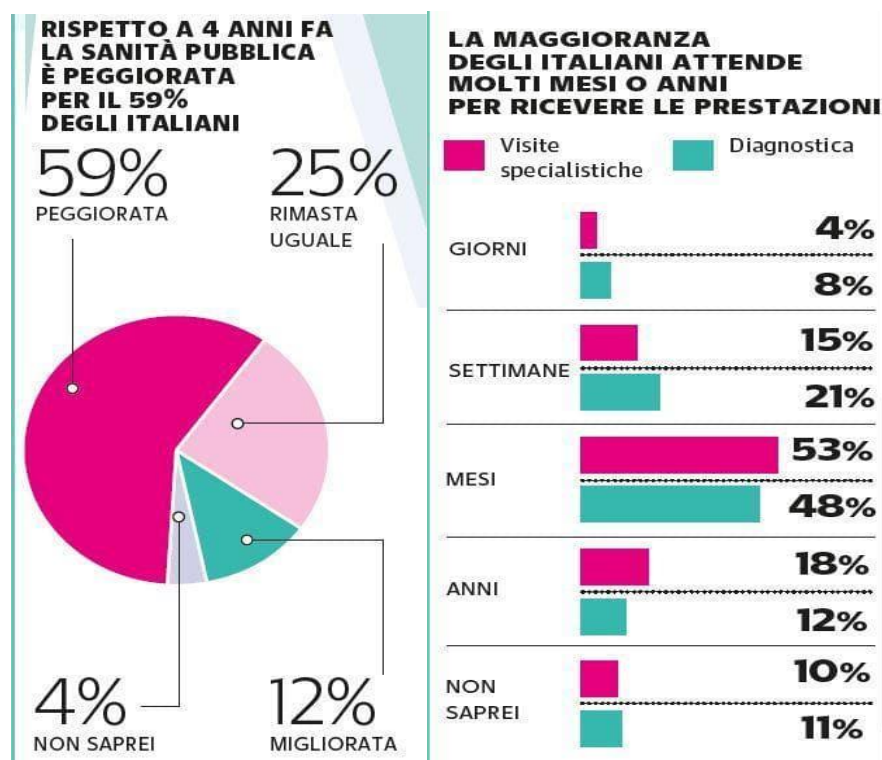
<sup>53</sup> Redazione, *Verso lo stop al numero chiuso all'università di Medicina. Insorgono i medici*, RaiNews.it, sez. Università, data pubblicazione: 24/04/2024, <https://www.rainews.it/articoli/2024/04/stop-al-numero-chiuso-universita-di-medicina-il-senato-adotta-il-testo-base-insorgono-i-medici-191d6c67-8e09-4a5e-9aab-d8ff5c595773.html>, cons. il 25/04/2024.

<sup>54</sup> Redazione, *Contrari ad abolizione numero chiuso Professioni sanitarie*, Nurse24.it, sez. FNOPI, data pubblicazione: 23/01/2024, aggiornato al 24/01/2024, <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/fnopi-contrari-abolizione-numero-chiuso-professioni-sanitarie.html>, cons. il 25/04/2024.

<sup>55</sup> Redazione, *Senza orientamento. Uno studente su 2 sceglie al buio il proprio futuro*, La Stampa, sez. Cronaca, data pubblicazione: 09/11/2020, <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/11/09/news/senza-orientamento-uno-studente-su-2-dice-di-scegliere-al-buio-il-proprio-futuro-1.39519385/>, cons. il 25/04/2024.

## 2.4 La crescente difficoltà per l'accesso alle cure

Secondo un sondaggio compiuto dall'Istituto Noto Sondaggi per il quotidiano la Repubblica, emerge che il 56% degli italiani non valuta soddisfacente il servizio pubblico sanitario e il 60% valuta un peggioramento negli ultimi 4 anni, ovvero rispetto al periodo pre-Covid.<sup>56</sup>



Il primo tra i fattori che determinano un giudizio negativo riguarda le liste di attesa per le prestazioni sanitarie: rispetto alle visite specialistiche il 53% attende mesi ed un ulteriore 18% aspetta un anno. Il 4 % dichiara di aver aspettato pochi giorni e il 15% qualche settimana. In merito ai tempi di attesa per gli esami diagnostici si ha che il 48% degli italiani aspetta mesi, il 12% attende più di un anno e l'8% pochi giorni. Dallo studio emerge che il problema delle liste d'attesa sia omogeneo su tutto il territorio nazionale e, dunque, non sembra dipendere dalle performance qualitative delle strutture sanitarie.<sup>57</sup>

<sup>56</sup> Noto A., *Liste di attesa infinite: così crolla a fiducia nella sanità pubblica*, la Repubblica, sez. Cronaca, data pubblicazione: 24/11/2023, [https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/24/news/sanita\\_pubblica\\_italia\\_sondaggio\\_noto-418602872/](https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/24/news/sanita_pubblica_italia_sondaggio_noto-418602872/), cons. il 25/04/2024.

<sup>57</sup> *Ibidem*.

In merito al tema relativo alle liste d'attesa, si riporta la trascrizione dell'intervista che compare nel servizio di copertina del programma "Fuori TG",<sup>58</sup> il colloquio è stato condotto dalla giornalista Eugenia Nante ed il montaggio ad opera di Anna Lorena Brindisi.

Intervistata: "Io ho richiesto una gastroscopia e mi hanno detto che bisognava farlo dopo 14 mesi. Per una visita ginecologica ci vogliono 6 mesi e la devi fare fuori provincia, comunque sì nel Lazio, ma fuori provincia. Cioè diventa un'Odissea, non è più una visita medica."

Eugenia Nante: "Lei ha fatto ricorso al privato a volte?"

Intervistata: "Io ho quattro figli...Tutte le volte che ho dovuto fare una visita ginecologica o un'ecografia, l'ho dovuta fare privatamente perché i tempi di attesa non corrispondono mai. Per fare una morfologica ti danno appuntamento dopo sei mesi e non va bene! La morfologica va fatta in quei tempi. Oggi per affrontare una gravidanza veramente devi chiedere un prestito perché è impossibile!"

Eugenia Nante: "Lei dal punto di vista economico ha avuto problemi in questo senso?"

Intervistata: "Certo! Perché non si può pagare 200-300€ per fare una visita. Il caro vita va avanti, gli stipendi sono sempre gli stessi. Mi è capitato di conoscere una persona che non riusciva ad accedere alle cure, quindi, ha dovuto chiedere un prestito... Assurdo, no? Curarsi dovrebbe essere un diritto di qualunque cittadino e se per curarmi devo prendere un prestito, significa veramente che lo Stato è alla deriva."<sup>59</sup>

Nel corso del programma che segue il format del talk show, è stata invitata ad esprimersi in merito la Professoressa ed Economista, Paola Dirindin, la quale insegna Economia e Politiche sanitarie presso l'Università degli studi di Torino e, insieme ad altri 14 scienziati, docenti ed esperti, ha sottoscritto un appello per salvare il Servizio Sanitario Nazionale.<sup>60</sup>

La docente, ai microfoni di Fuori TG, ha spiegato le motivazioni che l'hanno spinta a sottoscrivere l'appello: "Perché innanzitutto la salute è un bene prezioso, forse il bene più prezioso che abbiamo e senza il quale non riusciamo ad esercitare gli altri diritti: non riusciamo ad andare a scuola, lavorare, a vivere nelle comunità. Il nostro paese negli anni '70, fortunatamente, ha scelto di dotarsi per tutelare

---

<sup>58</sup> Il programma "Fuori TG" è inserito nel palinsesto televisivo relativo alla stagione 2023-2024 e va in onda sul canale del servizio pubblico "Rai 3" alle ore 12:25 nei giorni feriali.

<sup>59</sup> TG3 Fuori TG, *Puntata del 15/04/2024*, RaiPlay, <https://www.raiplay.it/video/2024/04/TG3-Fuori-TG-del-15042024-9a1adb9b-44a9-45cf-8436-ba10aa5d8583.html>, cons. il 28/04/2024.

<sup>60</sup> Redazione, "Più risorse per salvare Ssn". *Il premio Nobel Giorgio Parisi guida l'appello 14 scienziati a difesa del sistema pubblico*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Cronache, data pubblicazione: 03/04/2024, [https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=121322](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=121322), cons. il 28/04/2024.

la salute del Servizio Sanitario Nazionale universalistico e solidale, cioè un sistema che è riconosciuto dalle evidenze scientifiche come il meno costoso e il più equo e, purtroppo, questo sistema si sta ormai da troppi anni indebolendo. E di fronte a questo indebolimento c'è poca consapevolezza dei rischi che stiamo correndo: i decisori sono indifferenti, i cittadini sono rassegnati e spesso rinunciano a curarsi come abbiamo appena sentito.<sup>61</sup> Invece il Servizio Sanitario Nazionale è un patrimonio indispensabile per un paese civile che noi dobbiamo lasciare in eredità alle future generazioni possibilmente migliorato e non certo indebolito. Altrimenti le future generazioni avranno ancora più difficoltà ad affrontare i problemi che nell'arco della vita dovranno affrontare.”<sup>62</sup>

Ciò che emerge dalla testimonianza della signora intervistata così come dalle parole della Professoressa Dirindin, è il progressivo indebolimento del Servizio Sanitario Nazionale il quale, tra liste d'attesa infinite e ricorso da parte dei cittadini alla sanità privata, non è più in grado di garantire la tutela del diritto alla salute come intesa dalla Costituzione italiana. Quanto appena visto, apre alla questione circa la sostenibilità del Servizio Sanitario nei prossimi anni e l'emergere di un settore privato sanitario: tali tematiche verranno affrontate nel corso del quinto capitolo. Inoltre, secondo l'appello sottoscritto da 14 scienziati tra cui la Docente sopracitata, la vera emergenza per il Servizio Sanitario riguarda la necessità di adeguare il finanziamento agli standard dei Paesi europei avanzati (8% del Pil).<sup>63</sup> In tal senso, a seguire ci si occuperà della condizione degli altri paesi, in modo da comprendere se altri modelli sanitari siano maggiormente efficienti e sotto quali aspetti l'Italia si stia, eventualmente, dimostrando manchevole.

## 2.5 Un confronto con la situazione degli altri paesi

La spesa sanitaria totale supera il 10% del PIL in molti paesi. La componente pubblica (che comprende anche quella effettuata obbligatoriamente da privati) è maggioritaria<sup>64</sup>.

---

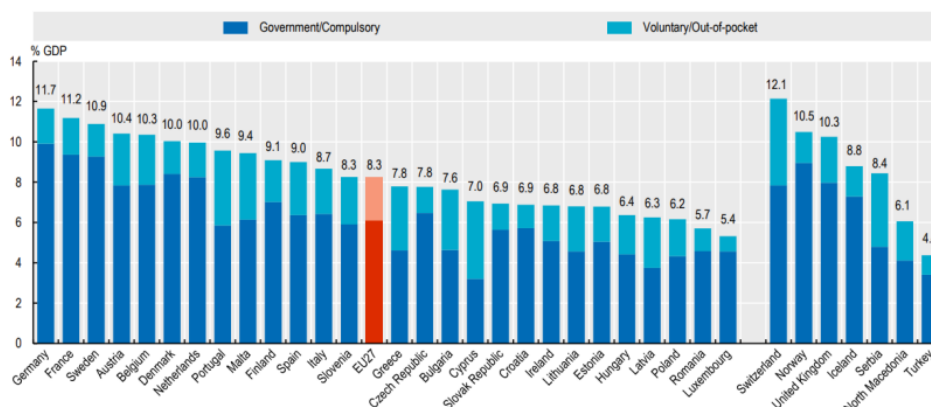
<sup>61</sup> In riferimento all'intervista in copertina della trasmissione, condotta da Eugenia Nante ed ivi in trascrizione.

<sup>62</sup> TG3 Fuori TG, *Puntata del 15/04/2024*, op. cit.

<sup>63</sup> Redazione Quotidiano online di informazione sanitaria, *“Più risorse per salvare Ssn”. Il premio Nobel Giorgio Parisi guida l'appello 14 scienziati a difesa del sistema pubblico*, op. cit.

<sup>64</sup> Zanette M., *Il federalismo fiscale e il finanziamento della sanità*, op. cit.

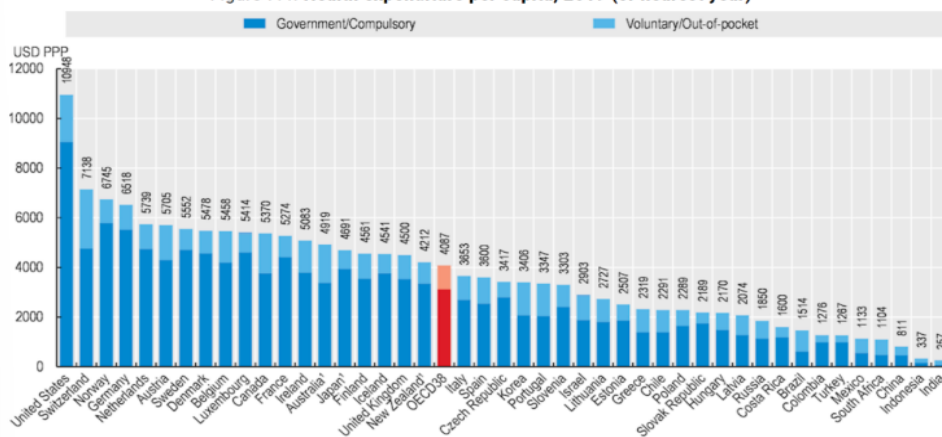
Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2019 (or nearest year)



Note: The EU average is unweighted.  
 Source: OECD Health Statistics 2020; Eurostat Database; WHO Global Health Expenditure Database.  
 Fonte: OECD – Health at a Glance 2020

Il grafico precedentemente illustrato mette in evidenza come l'Italia abbia una spesa sanitaria totale leggermente superiore alla media dei paesi europei (la media europea si attesta all'8,3%, rispetto al nostro paese che vede una spesa pari all'8,7%, ovvero una differenza di 0,4 punti percentuali), se invece confrontiamo la spesa sanitaria pro capite come rappresentata dal grafico seguente, l'Italia è al di sotto della media dei paesi membri dell'OECD,<sup>65</sup> ovvero i paesi sviluppati con la medesima economia di mercato (la spesa pro capite media è pari a \$4087 contro i \$3653 dell'Italia, una differenza pari a \$434).

Figure 7.4. Health expenditure per capita, 2019 (or nearest year)



1. OECD estimates.  
 Source: OECD Health Statistics 2021, WHO Global Health Expenditure Database.

Fonte: OECD – Health at a Glance 2021

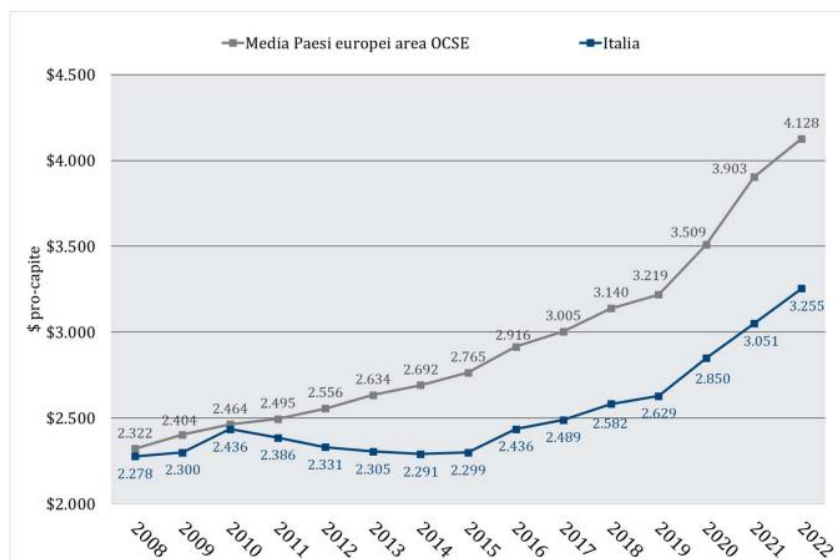
Si consideri che nei vari paesi coesistono diversi schemi di finanziamento: in Italia e Regno Unito la sanità è finanziata dalla fiscalità generale, in Germania e Francia esiste un'assicurazione sociale

<sup>65</sup> Acronimo per Organization for Economic Co-operation and Development (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, OCSE). Si tratta di una organizzazione internazionale di studi economici per i paesi membri che abbiano la medesima economia ed ha sede a Parigi: svolge un ruolo di assemblea consultiva i cui pareri vengono presi in considerazione dai paesi membri al fine di risolvere problemi comuni e di coordinamento di politiche locali ed internazionali.

obbligatoria, mentre negli Usa e in Svizzera si ha un'assicurazione privata obbligatoria.<sup>66</sup> In tal senso, è giustificabile come in questi ultimi due paesi le spese out of pocket siano superiori rispetto a quelle di paesi in cui la sanità è sostenuta dalla fiscalità generale. È interessante rilevare, altresì, come nonostante negli Stati Uniti sia in vigore il modello delle assicurazioni private, la componente pubblica della spesa sanitaria pro capite sia ben più alta rispetto a quella italiana.

Se consideriamo il trend di spesa pubblica pro capite che va dal 2008 al 2022,<sup>67</sup> il gap con i paesi europei si è ampliato progressivamente dal 2010 a seguito dei tagli al finanziamento pubblico dovuti alla crisi finanziaria del 2008. Nel corso del 2019, la spesa pubblica ha ripreso a salire in forza degli eventi dovuti alla pandemia da Covid-19. Rimane importante, tuttavia, specificare come la spesa pubblica italiana continui ad attestarsi intorno ad un valore medio significativamente inferiore rispetto alla media dei paesi OCSE.

**Figura 3. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: media paesi europei area OCSE vs Italia**



Se confrontiamo il trend della spesa sanitaria pro capite con quello dei paesi del G7,<sup>68</sup> il divario risulta ancora più evidente: a seguito della crisi finanziaria del 2008 gli altri paesi hanno persino incrementato i finanziamenti pubblici alla sanità, diversamente dall'Italia che ha posto dei tagli.

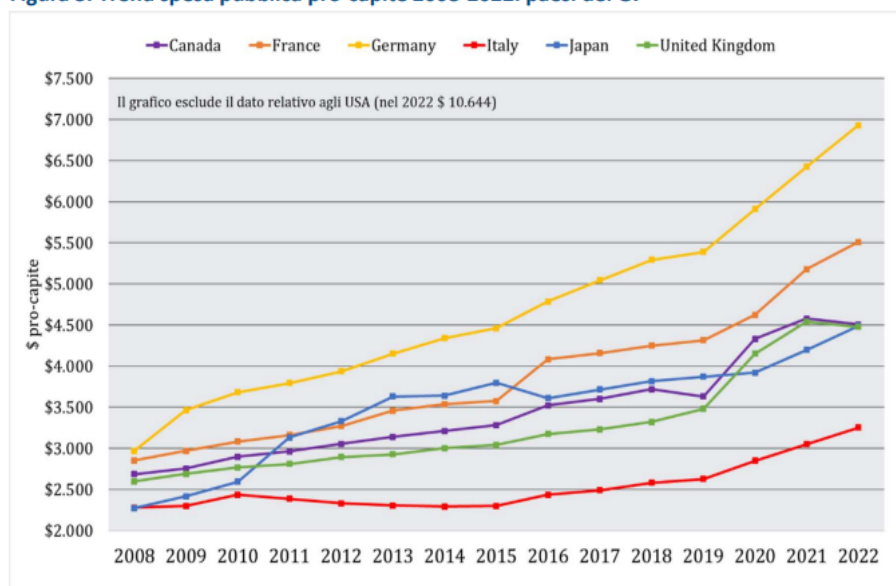
<sup>66</sup> Fondazione Gimbe, *Spesa sanitaria 2022: Italia sotto la media Ocse. In Europa 16ma per spesa pro capite: rispetto alla media un baratro di 47,6 mld. Manovra: senza rilancio del finanziamento pubblico addio al diritto alla tutela della salute*, Il Sole 24Ore, sez. Sanità, data pubblicazione: 05/09/2023, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-09-04/spesa-sanitaria-2022-italia-sotto-media-ocse-europa-16ma-spesa-pro-capite-rispetto-media-baratro-476-mld-manovra-senza-rilancio-finanziamento-pubblico-addio-diritto-tutela-salute-201732.php?uuiid=AFxZt3j>, cons. il 29/04/2024.

<sup>67</sup> *Ibidem.*

<sup>68</sup> *Ibidem.*



Figura 5. Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: paesi del G7



Come riportato dal Sole 24Ore, Nino Cartabellotta, coordinatore scientifico dei programmi istituzionali della Fondazione GIMBE, rispetto a tali dati affermava: “I confronti internazionali sulla spesa sanitaria pubblica pro capite relativi al 2022 confermano che l’Italia in Europa precede solo i paesi dell’Est (Repubblica Ceca esclusa), oltre a Spagna, Portogallo e Grecia. E tra i Paesi del G7, di cui nel 2024 avremo la presidenza, siamo fanalino di coda con gap oramai incolmabili, frutto della miopia della politica degli ultimi 20 anni che ha tagliato e/o non investito in sanità ignorando – a differenza di altri paesi – che il grado di salute e benessere della popolazione condizionano la crescita del Pil. Ovvero che la sanità pubblica è una priorità su cui investire continuamente e non un costo da tagliare ripetutamente. [...] Altrimenti sarà l’addio al diritto costituzionale alla tutela della salute”.<sup>69</sup>

In conclusione, dopo aver confrontato la situazione italiana con quella degli altri paesi, possiamo affermare come una buona parte delle criticità riguardanti il Servizio Sanitario e sin ora affrontate (dalla carenza di personale, alla crisi pandemica o alle liste d’attesa) siano imputabili ai decisori politici, i quali nel corso degli anni hanno misconosciuto l’importanza di investire nella sanità e di compiere una valida programmazione sanitaria. In merito all’invecchiamento della popolazione, come visto, coesistono diverse concause, tra cui la denatalità e il Servizio sanitario medesimo: tale complessità, per essere correttamente disaminata, necessiterebbe di un ulteriore lavoro che esulasse dal presente elaborato. A rilevare, ai fini dell’analisi relativa alla crisi dei sistemi pubblici di salute

<sup>69</sup> *Ibidem.*



effettuata in questa sede, sarà il modo con cui fattori quali invecchiamento della popolazione e denatalità incideranno sulla sostenibilità futura del Servizio sanitario nazionale.

## Capitolo 3 Le strutture sanitarie come sistemi sociali complessi

### 3.1 I sistemi sociali complessi

Al fine di introdurre il concetto di sistema sociale complesso, è necessario partire dalla nozione di sistema. L'etimologia di *sistema* deriva dal greco antico σύστημα (sùstema), il quale si fa risalire al verbo συνίστημι (sunìstemi), composto dall'avverbio συν (sun) usato con l'accezione di simultaneità, coesistenza ed il verbo ἵστημι (istemi) che tra i vari significati annovera porre, stabilire, istituire. Da ciò consegue che *sistema* implichi qualcosa di posto assieme, riunito. Nella lingua italiana, il medesimo termine si usa per definire cose molto diverse tra loro: a titolo esemplificativo, in ambito matematico un *sistema* è costituito da un insieme di regole mentre, in sociologia, la famiglia è intesa come *sistema* delle relazioni d'amore. A tenere insieme i pezzi di un sistema è qualcosa di variabile e può essere concreto o astratto, si tratta di parti legate tra loro in modo diverso.

A tal proposito, si ritiene opportuno citare la teoria dei sistemi di Von Bertalanffy.

*[...] La funzione integratrice della teoria generale dei sistemi si può forse riassumere nel seguente modo. Sino a oggi l'unificazione delle scienze è stata vista in termini di riduzione di tutte le scienze alla fisica, così come la risoluzione finale di tutti i fenomeni è stata considerata in termini di risoluzione in eventi fisici. Dal nostro punto di vista l'unità delle scienze si avvantaggia di un aspetto più realistico. Una concezione unitaria del mondo può infatti basarsi, non tanto sulla speranza – probabilmente vana e certo di ben lontana realizzazione – di riuscire finalmente a ridurre tutti i livelli della realtà al livello della fisica, quanto piuttosto all'isomorfismo delle leggi di diversi settori d'indagine. Esprimendoci in quello che è stato definito un modo “formale” di espressione, e cioè guardando ai costrutti concettuali della scienza, tutto ciò significa un riferimento a uniformità strutturali degli schemi che stiamo applicando. Esprimendoci invece in linguaggio “materiale”, tutto ciò significa che il mondo, e cioè il complesso degli eventi osservabili, mostra uniformità strutturali manifestandosi secondo traccianti isomorfi che, in differenti livelli e domini, sono caratterizzati da ordine.<sup>1</sup>*

---

<sup>1</sup> Von Bertalanffy L., *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*, trad. it. di Bellone E., Mondadori, Milano, 2004, (prima ed. 1983), pp. 88-91.

Pensare di ricondurre i fenomeni del mondo mediante categorie uniformi sulla base di un ordine regolatore, implica che, per comprendere il funzionamento di un sistema, sia necessario capire come entrino in relazione le parti di esso. In questo senso, applicare il concetto di sistema alle organizzazioni sociali significa non solo che queste ultime siano composte da elementi diversi che le tengano insieme, ma anche che, al fine di conoscerne il funzionamento, si debbano eviscerare questi stessi elementi nonché le modalità con cui dialoghino tra loro.

Uno dei meccanismi volti a connettere le parti di un sistema è il *feedback*,<sup>2</sup> il quale non è necessariamente intelligente o orientato ad uno scopo, ma solo alla riproduzione del sistema. I feedback possono essere negativi o positivi. Nel primo caso hanno funzione passiva e tendono a tenere il sistema in equilibrio, ovvero riducono negativamente l'intensità dell'azione del sistema e producono *omeostasi*, nei termini di un punto attorno al quale oscilla il sistema influenzato dalla retroazione. Nel secondo caso non si attivano processi omeostatici e non portano all'equilibrio, si parla in tal senso di feedback positivi esplosivi.<sup>3</sup>

Per quanto concerne i sistemi sociali si può affermare che qualora siano chiusi,<sup>4</sup> abbiano una tendenza a rimanere stabili poiché maggiormente schermati dai feedback positivi. Nel caso di sistemi sociali aperti, invece, le relazioni con l'esterno creano nuove dinamiche che permettono loro di cambiare.

A questo punto, si intende aggiungere un'ulteriore nozione legata alla complessità dei sistemi sociali che è data dalle relazioni fra le diverse componenti: nel caso di sistemi complessi non si hanno relazioni lineari prevedibili, bensì relazioni multiple imprevedibili. Tali sistemi sono caratterizzati, dunque, da molteplicità, nei termini in cui vi sono tante parti con relazioni non semplici, ed autonomia ovvero i fenomeni sono regolati unicamente da dinamiche che dipendono da loro stessi. Da ciò deriva come corollario l'impossibilità di avere spiegazioni analitiche con regole trasversali in merito al funzionamento di tali sistemi.<sup>5</sup>

---

<sup>2</sup> Il feedback o retroazione è la capacità di un sistema di auto regolarsi mediante l'auto osservazione.

<sup>3</sup> Bertin G., *Introduzione al corso*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

<sup>4</sup> Un sistema sociale chiuso è un sistema dove si tende ad evitare il più possibile interazioni sociali esterne. Diversamente, un sistema sociale aperto si caratterizza come maggiormente dinamico poiché, interagendo con l'esterno, riesce a adattarsi ai mutamenti ambientali e a sopravvivere.

<sup>5</sup> Bertin G., *Introduzione al corso*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, *op. cit.*

In tal senso, un esempio di sistema complesso è costituito proprio dal sistema sanitario inteso come l'insieme di interazioni volte a produrre il bene pubblico "salute" e, al fine di comprenderne il funzionamento, è necessario chiarificare le logiche che lo caratterizzano. Quest'ultimo si configura come passaggio fondamentale per poter teorizzare una programmazione sanitaria efficace: la stessa non può realizzarsi se prima non si siano conosciute a pieno le caratteristiche del sistema medesimo.

Nel corso degli anni si sono avvicinate diverse teorie intorno ai sistemi sociali complessi da parte dei sociologi e, per questo motivo, s'intende farne cenno nei paragrafi successivi sì da cogliere le cause come le possibili soluzioni, relative alle criticità emerse nei sistemi pubblici di salute.

### 3.2 Le strategie decisionali

In merito al funzionamento dei sistemi sociali complessi, si deve porre una distinzione iniziale relativa alle regole esistenti a seconda che si tratti di un'organizzazione afferente al privato, al pubblico o al terzo settore: ogniuna di esse, all'interno, è dotata di un proprio linguaggio e base cognitiva. In questa sede s'intendono approfondire le logiche legate all'ambito pubblico giacché tale è l'impostazione del sistema sanitario italiano, nei termini in cui per *pubblico* ci si riferisca a tutte le interazioni tra coloro che producono il bene pubblico. In tal senso, si vuole spostare l'attenzione non tanto sulla ragione giuridica di un'organizzazione, quanto sull'oggetto di cui si occupa; pertanto, finanche un'azienda privata può agire mediante logiche afferenti al pubblico laddove si occupi di beni appartenenti alla collettività – tale impostazione teorica riguarda il concetto di *ibridazione* tra razionalità di settori diversi che sarà, successivamente, oggetto di approfondimento nel corso del presente elaborato.

Nell'ambito delle politiche pubbliche, gli attori delle policy sono coloro che compiono le azioni rilevanti e, in particolare, sono soggetti dotati di intenzionalità:<sup>6</sup> tra questi, si distinguono quattro tipi principali ossia politici, burocrati, portatori di interesse ed esperti. I politici sono coloro che rivestono cariche pubbliche, godono di una legittimazione diretta o indiretta e prendono le decisioni che portano alla definizione delle politiche pubbliche. I burocrati sono dirigenti e funzionari che operano all'interno delle pubbliche amministrazioni con il compito di dare attuazione alle politiche pubbliche,

---

<sup>6</sup> Marzulli M., *Gli attori delle politiche pubbliche*, dispense di Analisi delle politiche pubbliche, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

ovvero mettendo in pratica quanto deciso a livello politico. I portatori di interesse sono attori che tentano di influenzare le politiche pubbliche sulla base, per l'appunto, degli interessi che sostengono. Infine, gli esperti vengono consultati dai politici quando questi ultimi devono prendere delle decisioni tecniche e, dunque, basate sulla fondatezza scientifica:<sup>7</sup> nell'ambito della pandemia da Covid-19, come visto, è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico affinché offrisse la propria consulenza rispetto alla difficile gestione dell'emergenza da parte degli organi politici.

In tal senso, per comprendere i meccanismi delle strategie decisionali legate al *policy making*, è necessario introdurre il concetto di agire sociale dotato di senso e inteso dal sociologo Max Weber come "l'atteggiamento umano a cui l'individuo che agisce attribuisce un suo senso soggettivo, in riferimento all'atteggiamento di altri individui".<sup>8</sup> Weber, inoltre, non si limita ad asserire come quest'ultimo sia il principale oggetto di interesse della sociologia, bensì esamina quelli che definisce i fondamenti determinanti di tale agire: si parla di *agire razionale rispetto allo scopo* quando il soggetto agisce in un modo che egli reputa razionale al fine di conseguire un determinato scopo nel mondo esterno, si ha *agire razionale rispetto al valore* quando il soggetto si comporta sulla base di un dato valore etico, religioso o estetico indipendentemente dalle conseguenze, vi è inoltre l'*agire affettivamente* quando il soggetto è mosso unicamente da impulsi o stati d'animo e, infine, si delinea l'*agire tradizionalmente*, ovvero in base a consuetudini e routine quotidiane. A tal proposito, l'individuazione da parte di Weber di tipi puri di agire è funzionale alla creazione di astrazioni che non hanno a che vedere con regole morali ma che in qualche modo rappresentano il comportamento tipo dei soggetti – il che avviene osservando la realtà, unendo dati qualitativi e osservazioni. Dunque, tali stereotipizzazioni dell'agire sono la premessa per comprendere il senso che i soggetti danno al loro agire rispetto alle istituzioni che operano nella vita sociale: queste ultime vanno analizzate non come strutture in sé, già date e che prescindono dall'agire umano, ma sempre in riferimento all'agire sociale delle persone che vi lavorano o che per qualsiasi motivo vengono a contatto con esse.<sup>9</sup>

Diversamente da Weber, il sociologo Émile Durkheim nell'opera "Le regole del metodo sociologico" sosteneva come i fatti sociali andassero considerati come cose in grado di orientare il comportamento delle persone e che i fenomeni sociali potessero essere analizzati sulla base di due categorie: la causa del fenomeno medesimo e la funzione sociale dello stesso, le quali esisterebbero

---

<sup>7</sup> *Ibidem.*

<sup>8</sup> Bonazzi G., *La questione burocratica*, Milano, FrancoAngeli, Terza edizione, 2007, pp. 23-27.

<sup>9</sup> *Ibidem.*

aprioristicamente rispetto alle rappresentazioni date dagli individui. Tale impostazione di pensiero venne ripresa dagli antropologi detti *funzionalisti*<sup>10</sup> i quali vedevano la società come un sistema unitario, composto da parti interdipendenti e la cultura come insieme di strumenti materiali e simbolici con i quali l'uomo può risolvere i propri problemi. La corrente di pensiero funzionalista venne ben interpretata negli Stati Uniti, in particolare dal sociologo Talcott Parsons: il suo tentativo fu di declinare la teoria dei sistemi di Von Bertalanffy all'interno della società. In sostanza, secondo Parsons il funzionamento della società avviene secondo istanze quali feedback negativi o feedback positivi – di cui si è fatto accenno nel precedente paragrafo – che la tengono in equilibrio. In tal senso, vi è una parte della società che tiene ordine all'interno e una parte della società che tiene ordine all'esterno sulla base di una dialettica mezzi-fini: vi è una funzione relativa all'adattamento esterno e serve al sistema per funzionare, nonché di relazione con l'esterno, allo scopo di orientare il funzionamento della società a seconda dei fini – intesi come processo che definisca l'orientamento stesso della società. Vi è, altresì, una funzione che agisce dall'interno, così da orientare tutti gli attori sociali sulla base dei fini, definendo le regole della società e i mezzi, ovvero la costruzione di dinamiche sociali che permettano che i medesimi fini vengano rispettati. L'apparato che per eccellenza consente di far rispettare i fini è costituito dalle norme sociali: alla base degli attori sociali vi è un sistema valoriale e, quindi, le norme sociali sono necessarie al fine di influenzare i comportamenti degli individui. Siccome ogni individuo nel corso della propria vita ha acquisito delle norme di comportamento sociale, allora chiunque sa come esercitare il proprio ruolo nella società, da ciò consegue che i comportamenti fuori dalle norme vengano sanzionati. Un sistema sì definito non considera possibilità di cambiamento, tuttavia, Parsons considera i possibili cambiamenti della società in ottica evolucionista nei termini in cui esistono un orientamento verso il bene della comunità e un orientamento verso il bene del singolo. La società, pertanto, progredisce laddove entrambi spingano al progresso.

All'impostazione teorica funzionalista di Parsons, si affianca quella di Robert Merton, il quale opera un'assunzione *debole* delle tesi funzionaliste. Quest'ultimo intende un funzionalismo che riconosce sì il primato delle conseguenze oggettive delle azioni rispetto ai motivi che spingono i soggetti ad agire o le opinioni che questi hanno delle proprie azioni, tuttavia, i soggetti agenti possono non conoscere le reali funzioni svolte da istituzioni o azioni e, quindi, la consapevolezza di tale aspetto della realtà sociale può essere riconosciuta quale criticità legata alla ricerca. In tal senso, le

---

<sup>10</sup> Il riferimento è al lavoro degli antropologi Bronisław Malinowski e Alfred Reginald Radcliffe-Brown.

conseguenze di un'azione possono essere note e volute dai soggetti così come l'opposto: nel primo caso si hanno funzioni manifeste, nel secondo, le funzioni latenti. Se le funzioni manifeste riguardano il sapere comune di una data società, le funzioni latenti sono ignorate dai consociati.<sup>11</sup>

Il concetto di funzioni manifeste e latenti venne ripreso successivamente dal sociologo Alvin Gouldner. Egli sostiene che le organizzazioni vanno incontro ad un processo di standardizzazione delle procedure necessario al loro funzionamento; tuttavia, ciò realizza come effetto latente *apatia*, giacché viene a mancare lo stimolo creativo che porta a capire se esistano soluzioni migliori rispetto a come si agisce. Questo è il caso del burocrate, inteso nell'accezione negativa conferita al termine, ovvero quel funzionario che agisce unicamente sulla base di procedure standard, rinunciando a qualsivoglia afflato creativo. Inoltre, si desidera porre all'attenzione come, ai fini dell'analisi relativa al Servizio sanitario italiano, l'effetto di standardizzare a livello nazionale i servizi sanitari regionali<sup>12</sup> abbia livellato la qualità degli stessi e chi si trovava già al livello indicato abbia cessato di migliorare.

Gouldner, tuttavia, si distacca dalle teorie di Parsons e Merton laddove postula che il soggetto di un'organizzazione non sia mai attore passivo nel sistema; pertanto, esiste sempre un margine di discrezionalità che permetta di agire in un modo che esuli dalle norme. Per questi motivi, sulla base del concetto di discrezionalità, si può ancora una volta affermare come l'agire razionale weberiano non sia l'unico tipo di agire volto ad orientare le decisioni dei soggetti all'interno delle organizzazioni.

Se consideriamo il processo decisionale, il decisore politico considera prima di tutto gli esiti possibili relativi alle alternative, alla luce di un sistema di preferenze inteso come unico e omogeneo, ricercando la soluzione che al livello più alto trova un rapporto tra risultati e risorse. A tal proposito, il sociologo Herbert Simon afferma come non esista una razionalità assoluta da parte dei decisori bensì esista una soluzione razionale rispetto al campo valoriale di chi la esercita. Le informazioni che vengono raccolte nella fase di analisi delle possibili alternative sono per propria natura limitate relativamente al contesto in cui sorgono e, dunque, in due situazioni diverse una decisione considerata razionale nella prima, non è necessariamente altrettanto valida nella seconda. Da ciò deriva come corollario che non esista una decisione ottima, bensì soddisfacente.<sup>13</sup>

---

<sup>11</sup> Bonazzi G., *La questione burocratica*, Milano, FrancoAngeli, Terza edizione, 2007, pp. 45-50.

<sup>12</sup> Il riferimento è ai LEA, livelli essenziali di assistenza ovvero le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve fornire ai cittadini e previsti dal DPCM 12 gennaio 2017 - di cui si è fatto cenno nel corso del primo capitolo.

<sup>13</sup> Bertin G., *Decisione-azione*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Il sociologo cognitivista strutturale Karl Weick, riprendendo Weber, afferma come il senso dia significato all'agire: ogni individuo ha delle mappe cognitive in continua evoluzione, sostenendo che esistono degli stimoli ambientali che portino il soggetto ad una continua riflessione – tale processo di rielaborazione costante delle mappe cognitive è definito *sense making*.<sup>14</sup> Un'organizzazione sociale avendo al proprio interno una molteplicità di soggetti, porta ad avere mappe cognitive condivise che consentono ai membri di lavorare in modo integrato. In tal senso, i comportamenti non vengono standardizzati da procedure, bensì si costruiscono processi di rielaborazione riflessiva al fine di agire allo stesso modo poiché la realtà viene interpretata nella medesima maniera.

### 3.3 Il rapporto tra burocrazia, scienza e politica

Al fine di tracciare il complesso rapporto tra burocrazia, politica e scienza, si ritiene necessario in questa sede, partire dalla distinzione che il sociologo Max Weber opera tra i diversi tipi di potere<sup>15</sup> – inteso come la capacità di influenzare il comportamento degli altri. In prima istanza, si ha il potere carismatico il cui elemento definitorio è la dote personalistica attribuita dagli altri. Al titolare di un tale potere si riconoscono determinate caratteristiche peculiari che nulla hanno a che vedere con il ruolo formale. In secondo luogo, si pone il potere tradizionale, il quale trae come fonte di legittimazione la capacità di interpretare la tradizione. In ultimo, vi è il potere legale, il quale viene attribuito dalle norme. In tal senso, le norme attribuiscono il potere al titolare dello stesso e concorrono a definire i comportamenti accettati e non e le forme attraverso le quali orientare il comportamento degli attori.

La burocrazia, secondo Weber, poggia sul potere legale giacché le norme definiscono il potere di cosa si possa fare o meno e non deriva da questioni tradizionali o carismatiche. Il potere burocratico è la base di idea di democrazia di Weber: parte dal concetto secondo cui le norme definiscono il comportamento dei soggetti e di quelli che appartengono alla burocrazia. Le norme sono universalistiche e hanno un significato perché nel momento in cui vengono definite, rispondono ad uno scopo preciso e, pertanto, si rifanno all'agire razionale orientato allo scopo. Il burocrate è un personaggio fondamentale che deve essere un rappresentante dello stato che ha come logica il comportamento non legato alle relazioni personali.

---

<sup>14</sup> *Ibidem*.

<sup>15</sup> Bonazzi G., *La questione burocratica*, Milano, FrancoAngeli, Terza edizione, 2007, pp. 31-36.



La gerarchia del potere corrisponde al fatto che il grado di potere che uno possiede dipende dalla sua posizione nell'organizzazione. I comportamenti vengono regolati con le norme e, nel fare ciò, la burocrazia ha un ruolo centrale poiché standardizza i comportamenti: rivolgersi ad un burocrate o a un altro, è indifferente. Caratteristica fondamentale della burocrazia è il principio di competenza<sup>16</sup>: ho un oggetto di cui occuparmi perché qualcuno mi ha riconosciuto un'abilità a propria volta riconosciuta mediante un concorso inteso come verifica delle competenze. Altre caratteristiche cardine della burocrazia, secondo Weber, sono il principio di gerarchia, il segreto d'ufficio, la preparazione specialistica e il tempo pieno. Il burocrate ha una posizione sociale alta poiché rappresenta lo Stato, riveste un ruolo sociale importante, motivo per cui non può svolgere due lavori contemporaneamente dato che, in tal caso, entrerebbe in conflitto di competenza e svilirebbe il ruolo fondamentale nell'idea di burocrazia di Weber.<sup>17</sup>

Oltre al burocrate, Weber individua altri due attori determinanti: lo scienziato ed il politico. Questi tre attori concorrono insieme a definire il complesso rapporto tra burocrazia, politica e scienza a cui si è fatto accenno poc'anzi. In particolare, nel volume "La scienza come professione, la politica come professione" che racchiude le due conferenze che Weber tenne a Monaco nel novembre 1917 e nel gennaio 1919,<sup>18</sup> ritroviamo la riflessione sulla scienza e sulla politica operata dall'autore. La scienza come professione, secondo il pensiero weberiano, coincide con la sicura coscienza di produrre qualcosa di realmente compiuto nell'ambito scientifico e che possa durare nel tempo. Da questo presupposto deriva la necessità di avere una vocazione che spinga lo scienziato ad agire con passione che, se mancante, porta a produrre qualcosa privo di valore. La passione, tuttavia, per quanto profonda, non garantisce con certezza il raggiungimento di un risultato valido: essa è il preludio al fattore decisivo, ossia l'ispirazione. Nonostante invalga il pensiero secondo cui la scienza sia mero esercizio e si risolva nella correttezza del metodo, in realtà non è così: affinché si possa giungere a qualcosa di universalmente valido ed originale è necessario che sorga un'ispirazione che porti ad un'idea nuova, la quale poi venga dimostrata attraverso il metodo scientifico. In questo modo, sia lo specialista quanto il dilettante possono ugualmente giungere ad un'idea valida con la differenza che il primo ha una maggior conoscenza e sicurezza del metodo grazie all'esperienza maturata nel tempo. Per questo motivo, il metodo non prescinde dall'idea e viceversa. Le scoperte scientifiche, tuttavia, diversamente dalle opere d'arte hanno durata breve poiché vengono facilmente superate per quella

---

<sup>16</sup> *Ibidem.*

<sup>17</sup> *Ibidem.*

<sup>18</sup> Weber M., *La scienza come professione. La politica come professione*, trad. a cura di Rossi Pietro e Tuccari Francesco, s.l., Piccola Biblioteca Einaudi, 2004.

che è l'idea stessa di progresso scientifico intesa come un infinito protendersi verso una maggior conoscenza e manipolazione della realtà che ci circonda. La razionalizzazione e intellettualizzazione della nostra società non ha, però, portato ad una maggior conoscenza da parte dell'intera popolazione: si può salire su un tram senza conoscere nel dettaglio come esso funzioni. Per questi motivi, la scienza permette realmente all'uomo di comprendere le forze misteriose ed imprevedibili che governano il mondo? O soggiace unicamente a fini pratici e tecnici?

Weber, dunque, alla ricerca della vocazione, contrappone l'idea della ricerca del significato stesso di scienza come professione e, più approfonditamente, che cosa sia rispetto alla vita complessiva dell'umanità.<sup>19</sup> L'autore, riprendendo il mito della caverna di Platone contenuto nel libro VII della Repubblica, spiega come l'uomo incatenato nella caverna che uscendo vede il sole, inteso come la verità della scienza, sia il filosofo. Quando questi rientra per spiegare agli altri schiavi incatenati quanto abbia visto, non viene creduto ed anzi preso per pazzo. La svolta, per una teoria della conoscenza, si ebbe grazie a Socrate che pose un metodo filosofico rigoroso basato sulle categorie della logica al fine di giungere alla Verità eterna, velleità racchiusa nell'infinito tentativo di arrivare a qualcosa a cui mai si avrà accesso. L'umanità nell'atto del ricercare la Verità, ricerca sé stessa: questo è il pensare. Nell'incedere del pensiero e della storia umana, la scienza, con la modernità, si corredò del metodo scientifico che attraverso l'esperienza razionale concorreva a definire un sapere universalmente valido. L'illusione moderna è ivi racchiusa: pensare di poter cogliere istanze irrazionali attraverso un metodo eminentemente razionale. In altre parole, è l'illusione secondo cui biologia, chimica, astronomia e fisica possano spiegare il senso del mondo. La scienza, dunque, oggi non è la spiegazione delle leggi irrazionali che governano il mondo, ma è la possibilità di dominare la rappresentazione razionale del mondo che ci circonda attraverso gli strumenti della tecnica. La professione di scienziato, quindi, è a sua volta di ricercatore di nuovi metodi e tecniche che possano portare al progredire della società ma anche di docente al fine di trasmettere le categorie e il metodo del sapere scientifico sempre nell'ottica produttiva di progresso (capitalismo scientifico).

La differenza tra politico e scienziato è presto detta: il politico è colui che presenta la propria opinione in pubblico, mentre lo scienziato è colui che insegna in un'aula le leggi alla base di una disciplina e le categorie per comprenderla. Per questi motivi, mai e poi mai uno scienziato potrebbe

---

<sup>19</sup> *Ibidem.*

presentare un'opinione politica ai propri studenti se non per studiarla in termini di scienza della politica.

A tal fine, si procede delineando la figura dell'attore politico. Per politica, si intende una direzione, un insieme di scelte che influenzano la vita di un gruppo di persone, oggi lo Stato moderno. Lo Stato è quel gruppo politico che detiene il monopolio dell'uso della forza legittima. La professione politica è strettamente correlata al tipo di potere che si citava, ossia il potere carismatico, ovvero l'essere giudicato come capo carismatico significa influenzare gli altri attori sulla base di caratteristiche peculiari che portano a ritenere giusto seguirlo. Al fine di amministrare lo Stato vi è la burocrazia che, come detto, detiene un potere legale ossia attribuito dalle norme. Con la nascita della burocrazia all'interno dello Stato moderno, si ha quella che è la moderna concezione di professione politica: colui al servizio del detentore del potere politico con lo scopo di indirizzare lo Stato. L'uomo politico, secondo Weber, deve essere dotato di passione così come per lo scienziato, attraverso un senso di responsabilità inteso come porsi al servizio di una causa, e di lungimiranza, distaccandosi dalla realtà e lasciando che questa operi su di noi nel corso del tempo. La mancanza di tale distacco porta ad una inettitudine dell'uomo politico.<sup>20</sup>

Ogni agire politico in senso etico può essere ricondotto o ad un'etica di principi, o ad un'etica di responsabilità: la prima parte da posizioni fisse e non si cura delle conseguenze poiché convinta di agire nel giusto e assoluto, la seconda invece tiene conto delle conseguenze e calcola rischi e vantaggi. È secondo quest'ultima che la politica dovrebbe agire, avendo degli obiettivi temporali e non curandosi se un'azione sia eticamente morale o meno, ma giustificando la potenza e l'eventuale violenza. Un uomo politico deve agire calcolando sempre le proprie responsabilità e conseguenze, non in base a pregiudizi e principi assoluti.

Nel rapporto tra scienza, politica e burocrazia, dunque, la scienza ci dà la conoscenza dei problemi mentre la politica offre regole e soluzioni dei problemi. La burocrazia offre alla politica il risultato, ovvero come tutto ciò vada tradotto in soluzioni concrete.

In conclusione, a seguito di una disanima del rapporto tra scienza, politica e burocrazia e l'agire dei diversi attori nel processo decisionale, si vuole passare ad una valutazione del pensiero weberiano

---

<sup>20</sup> *Ibidem.*

rispetto all'attualità. A mio avviso, ritengo sia ancora pregnante il dibattito inerente alla professione scientifica. Ripensare il senso della professione di scienziato è la sfida della post-modernità. Weber propone la visione dello scienziato professionale come di colui che nel processo di burocratizzazione, inteso come forma di organizzazione dei ruoli, riveste per l'appunto il proprio ruolo, dietro compenso, con una maggior dipendenza dai mezzi messi a sua disposizione. Questo, infatti, sfavorisce l'innovazione. La medesima dinamica è ben ravvisabile negli attuali investimenti da parte del governo italiano verso la ricerca scientifica che spesso, per la propria scarsità, portano alla chiusura di filoni di ricerca o alla mancanza di scoperte rilevanti. Altrettanto attuale è la necessità da parte del politico di agire calcolando le proprie responsabilità anziché sulla base di pregiudizi, si pensi al dibattito contemporaneo sul diritto all'aborto che ogni tanto vede la proposta di estinzione da parte di politici che sono orientati non tanto da una valutazione dei reali interessi della collettività, bensì da valori religiosi tradizionali intesi come principi assoluti e passibili di alcuna critica.

Se, da un lato i due aspetti relativi all'agire dello scienziato e politico, andrebbero ripresi, dall'altro la concezione weberiana di burocrazia è, a mio modo di vedere, superata. Oggi la pubblica amministrazione non risponde più ad un sistema esclusivamente burocratico e gerarchico basato sul ruolo, bensì si ha un'ibridazione con altre forme di regolazione dei sistemi quali le logiche di mercato tipiche del privato e la solidarietà tipica degli enti no-profit. Si parla, dunque, di governance al posto di gerarchia e più nello specifico di governance ibrida, dove le logiche della regolazione pubblica burocratica, le logiche di mercato del privato e quelle di solidarietà degli enti no-profit si sono sovrapposte.<sup>21</sup> Il burocrate, dunque, non è più burocrate in senso stretto del termine, inteso come colui che riveste un ruolo definito sulla base delle norme di attribuzione del potere, bensì è un attore sociale come gli altri che all'interno della rete crea dinamiche di scambio delle risorse al fine di trovare sempre nuove soluzioni alla complessità dei problemi che la società crea continuamente. Nella società contemporanea, il rapido cambiamento delle dinamiche in gioco, non dà il tempo di creare procedure che il burocrate weberiano, rigidamente incassato nel proprio ruolo, possa mettere in atto. Si pensi alla situazione pandemica dovuta al virus Covid-19 e a come il governo italiano abbia con molta difficoltà fatto fronte. In particolare, si consideri quando lo stesso doveva indicare alle proprie amministrazioni le procedure da seguire che cambiavano costantemente sulla base delle scoperte scientifiche mutevoli, dovute ad un virus di cui non si conosceva nulla sino a quel momento.

---

<sup>21</sup> Bertin G., *La governance ibrida*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Il burocrate, in definitiva, ai tempi di Weber come oggi, è colui che si trova a fare da ago della bilancia tra le istanze scientifiche e le scelte della politica e, in conclusione dell'analisi fin qui compiuta, si fa portatore di un'etica della responsabilità anziché di un'etica in termini assoluti, nella misura in cui è spinto a valutare le proprie responsabilità e le conseguenze delle proprie scelte specie se la scienza e la politica pongono delle visioni in contrasto tra di loro.

### **3.4 Le strutture sanitarie come organizzazioni complesse**

I sistemi sanitari dei paesi occidentali, con particolare riferimento alla situazione italiana, sono andati incontro a processi di sviluppo per via della forte dinamicità che li caratterizza. In particolare, come sistemi sociali, sono caratterizzati da vari fattori di instabilità:<sup>22</sup>

- l'evoluzione delle patologie alle quali i sistemi sanitari devono rispondere;
- la dimensione tecnologica intesa come l'insieme delle conoscenze che caratterizzano le identità professionali di chi opera nell'ambito;
- il processo di apprendimento dei bisogni e l'evoluzione di fenomeni sociali legati al consumerismo sanitario, la medicina difensiva che ha portato ad un aumento della domanda del bene salute con una conseguente crisi relativa alle risorse stanziare da parte dello Stato e la spesa out of pocket sostenuta dai cittadini;
- criticità che hanno investito i sistemi sanitari dovute alla burocratizzazione e standardizzazione, l'insoddisfazione dei pazienti e disuguaglianze territoriali in termini di qualità delle prestazioni;
- la diffusione e l'acquisizione di sapere medico mediante gli strumenti tecnologici, capace di mettere ulteriormente in crisi il rapporto medico-paziente;
- gli effetti della crisi economica intesa come scoraggiamento all'uso di servizi sanitari, generando beni sanitari primari irrinunciabili e beni sanitari secondari, fruibili da parte delle fasce della popolazione benestanti.

Secondo la tesi di Giovanni Bertin, tali dinamiche negli ultimi trent'anni hanno fortemente influenzato i sistemi sanitari portando ad un cambiamento continuo ma sconnesso, in questo senso, tali caratteristiche avrebbero soltanto parzialmente cambiato la struttura del sistema senza risolverne

---

<sup>22</sup> Bertin G., *Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma*, Università Ca' Foscari di Venezia, s.d., pp. 9-13, <https://edizionicafoscari.unive.it/media/pdf/chapter/978-88-6969-003-7/978-88-6969-003-7-ch-01.pdf>, cons. il 16/05/2024.

le criticità. Inoltre, l'attuale fase di cambiamento deve confrontarsi con una domanda di mutamento discontinua e strutturale, capace di confrontarsi con le dinamiche turbolente esterne al sistema, le quali riguardano la situazione sociale, economica ed ambientale.

Nel corso dell'analisi sopracitata, Bertin menziona il lavoro di Federico Toth, dell'Università di Bologna; in particolare, vengono riconosciute tre ondate di cambiamento dei sistemi sanitari. La prima fase è caratterizzata da separazione e competizione, la seconda da integrazione e regolazione e la terza relativa a qualità dei servizi e diritti dei pazienti.<sup>23</sup>

Partendo dagli anni Ottanta del XX secolo, le istanze di liberalizzazione del mercato e di deregolamentazione dello stesso relative al New Public Management - di cui si è già fatta menzione - avrebbero almeno in parte risolto determinate criticità legate al funzionamento della pubblica amministrazione, tra cui l'eccessiva burocratizzazione. Si è, dunque, realizzata una fase di separazione tra fase di acquisto ed erogazione dei servizi sanitari e, tuttavia, tale processo riformatore non sarebbe bastato a produrre una qualità dei servizi valida e tantomeno un effettivo contenimento dei costi.

Nel secondo periodo che va dal 1990 al 2000 si è giunti ad una seconda fase di revisione dei sistemi sanitari giacché la fase di liberalizzazione avrebbe aggiunto ulteriori problematiche, in particolare si è visto che l'adozione di logiche di mercato produrrebbe una distribuzione territoriale dei fornitori scollegata con i bisogni nonché una perdita di identità del settore no-profit ed infine minerebbe il ruolo dello Stato come attore di processi redistributivi. Da ciò conseguì un secondo cambiamento che ha portato i governi ad aumentare il potere d'azione delle autorità pubbliche locali e il ruolo dei fornitori privati è stato maggiormente incassato all'interno di normative stringenti così come la stessa pratica della medicina.

Il terzo cambiamento, ovvero quello relativo a qualità dei servizi e ai diritti dei pazienti nasce in risposta alla limitata possibilità di scelta da parte dei cittadini rispetto ai servizi sanitari oltre che all'insoddisfazione rispetto alla qualità degli stessi - si pensi alle liste d'attesa. In tal senso, si sono fatti strada degli orientamenti da parte dei decision maker che andassero incontro alle necessità dei

---

<sup>23</sup> *Ibidem.*

cittadini-pazienti. Tra questi, si menziona il diritto alla privacy rispetto ai propri dati sanitari così come al diritto di accesso agli stessi oltre che ad essere informati rispetto a tutte le possibilità di cura.

Il lavoro di Bertin si conclude sostenendo come una rilettura di tale processo di cambiamento permetta di evidenziare come questo sia endogeno, teso ad aumentare l'efficienza del sistema nel suo complesso e, quindi, come tale non assuma mai le forme di un cambiamento strutturale. Quanto visto nel secolo appena iniziato, pone con ancor più veemenza la necessità di riformare i sistemi sanitari relativamente alle criticità emerse (economiche, sociali ed epidemiologiche). Inoltre, le modifiche attuate o in via di attuazione sembrerebbero configurarsi come discontinue rispetto alle riforme degli ultimi tempi.<sup>24</sup>

### **3.5 Ripensare il funzionamento degli apparati sanitari**

Nel corso dell'analisi fin ora condotta, si è potuto vedere come le fasi di cambiamento che hanno investito i sistemi sanitari siano nate in risposta ad una modalità che non era più in grado di rispondere alle esigenze emergenti: tale modalità, già citata, corrisponde alla logica di regolazione dei sistemi basata sulla scala gerarchica. In questo senso, un governo di tipo gerarchico nella storia delle organizzazioni si è ben sposato con gli apparati burocratici sorti in epoca moderna. Max Weber nelle proprie trattazioni aveva parlato della diffusione della burocrazia all'interno delle amministrazioni pubbliche così come in ogni forma della vita sociale, egli aveva osservato come si fosse realizzata una proliferazione di organizzazioni formali su larga scala, una concentrazione del potere amministrativo al vertice della gerarchia nonché l'adozione di strutture e procedure burocratiche. Inoltre, le ragioni storiche che avrebbero portato a questo processo sarebbero riconducibili, secondo l'autore, alla superiorità tecnica della burocrazia rispetto alle più tradizionali forme di amministrazione e all'avvento della democrazia di massa.<sup>25</sup> La fonte del potere nella burocrazia, infatti, si può ricondurre al concetto di autorità, intesa come forma di potere legittimato: nella burocrazia, il potere è legato al ruolo ricoperto ed è giustificato dalle norme. Il potere, dunque, necessita di un determinato grado di autorità.

---

<sup>24</sup> *Ibidem.*

<sup>25</sup> Bonazzi G., *La questione burocratica*, Milano, FrancoAngeli, Terza edizione, 2007, p. 37.

Pertanto, si può asserire come il governo delle organizzazioni pubbliche, precedente alle liberalizzazioni avvenute negli anni Ottanta del secolo scorso, fosse di tipo gerarchico e abbia portato ad una serie di criticità: come visto, si è giunti ad una spesa pubblica incontrollata così come all'apatia da parte dei funzionari dovuta alla standardizzazione delle procedure. Inoltre, dagli studi del sociologo Alvin Gouldner, si evince non solo il fatto che gli attori all'interno delle organizzazioni sono soggetti attivi, ma anche che questi abbiano sistemi valoriali diversi. Per questo motivo, si è posta un'ulteriore problematica nell'ambito dei sistemi burocratici poiché il funzionamento di tali sistemi presuppone che vi sia un unico sistema valoriale condiviso. Gouldner ha affermato come non essendovi nei fatti un sistema valoriale condiviso da parte degli attori, allora la legittimità dell'autorità viene a mancare. Dunque, i sottoposti si trovano ad avere valori disgiunti rispetto ai detentori dell'autorità, i fini degli uni non sono i medesimi degli altri. Da ciò consegue che tanto più le relazioni all'interno delle organizzazioni sono caratterizzate da autonomia, allora l'autorità deve essere necessariamente congiunta a finalità condivise. Si realizza, allora, una difficoltà da parte di sistemi gerarchici nel gestire tramite un controllo esterno e coercizione attori con sistemi valoriali differenti.<sup>26</sup>

Sistemi dove coesistono attori con valori diversi realizzano legami deboli e, in questo senso, è opportuno parlare di sistemi a rete, centrale nell'analisi delle politiche pubbliche e capace di mettere in crisi tecnologie e strumenti utilizzati dalle organizzazioni. Nel corso delle fasi di cambiamento a cui i sistemi sanitari sono andati in contro non è mai stata risolta la criticità legata alla standardizzazione. Nel caso dell'aziendalizzazione, i fattori che l'hanno messa in crisi provenivano dall'esterno mentre le criticità interne hanno riguardato sia il lato strategico che l'obbedienza. Il mercato deve necessariamente soggiacere alle regole di cui l'autorità deve garantire il rispetto nei termini in cui deve evitare comportamenti opportunistici. Un esempio di ciò è legato al lavoro in nero, il quale si caratterizza come comportamento opportunistico da parte dell'impresa che, rompendo le regole, riesce a diminuire i costi di produzione. I soggetti all'interno del mercato sono orientati dalla concorrenza e dall'interesse personale. Il mercato, dunque, si costituisce come forma particolare di rete dove le interazioni sono prevalentemente orizzontali e il meccanismo di coordinamento è il prezzo che definisce i comportamenti tra gli attori.<sup>27</sup>

I sistemi a rete possono essere centrici, multicentrici o decentrati, inoltre sono formati da tanti nodi legati tra loro. Nei sistemi a rete centrica, il potere è al centro dato che possiede la maggior quantità

---

<sup>26</sup> Bertin G., *Le fasi di sviluppo della PA*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

<sup>27</sup> *Ibidem*.



di informazioni e qualunque interazione passa attraverso il nodo centrale. Nelle reti i legami si configurano come deboli e gli attori vi fanno parte nella misura in cui l'appartenenza consente di migliorare l'equilibrio delle risorse, gli scambi tra i membri della rete migliorano l'equilibrio poiché ognuno di essi ha bisogno di diversi tipi di risorse per perseguire le proprie finalità. All'interno della rete si ricerca il nodo con il quale fare uno scambio rispetto al quale il medesimo scambio può diventare più conveniente per uno o per l'altro membro; si ricercherà, quindi, quel membro che abbia in abbondanza la risorse di cui un altro sia carente. Se nei sistemi gerarchici si ha obbedienza e standardizzazione, nei sistemi a rete esiste un equilibrio nei rapporti di scambio. I sistemi a rete, inoltre, sono aperti con diversi gradi di apertura: i nodi esterni alla rete hanno scambi al di fuori di essa e prendono il nome di buchi strutturali. Chi presidia i buchi dialoga all'esterno e scambia informazioni al di fuori della rete, presidiando una posizione di potere che, dunque, non si posiziona al centro come nei sistemi gerarchici ma avendo la capacità di stabilire relazioni esterne, produce innovazione. Chi presidia il buco strutturale tende ad avere il monopolio e quindi le risorse che è in grado di scambiare derivano dal presidiare il buco fino a quando non si stabiliscono altre relazioni. A quel punto l'innovatore si sposterà verso altri buchi strutturali: ecco che i sistemi a rete mostrano di possedere dinamiche differenziate e permettono l'innovazione sociale.<sup>28</sup>

Questi presupposti, a seguito del fallimento operato dalle liberalizzazioni e privatizzazioni, hanno aperto ad un dibattito legato ad una terza via relativa alla regolazione dei sistemi. Innanzitutto, ci si è soffermati sul grado di indipendenza delle organizzazioni nella misura in cui il confine tra pubblico e privato è diventato sfocato. Si passa da una concezione di stato gerarchico ad una concezione in cui lo stesso orienti direttamente la rete, nei termini in cui si scambino le risorse in modo interattivo con regole negoziate. Ecco che si fa strada il concetto, precedentemente menzionato, di governance ibrida: una situazione in cui le logiche di regolazione appartenenti ai mondi di pubblico, privato profit e no-profit si sovrappongono. Per questo motivo, suffragati dalla chiave di lettura della governance, si ritiene si possa operare un ripensamento legato al funzionamento dei sistemi sanitari.

La struttura degli ospedali per come la conosciamo oggi si è sviluppata sulla base di due concezioni culturali: la logica fordista delle grandi organizzazioni e la specializzazione del sapere medico. Tali presupposti hanno portato alla realizzazione di sistemi sanitari chiusi; terremoti sociali e normativi quali la pandemia da Covid-19 hanno messo in luce come questi fossero impreparati di fronte alla

---

<sup>28</sup> *Ibidem.*

necessità di apportare un cambiamento. Sistemi dove la forma di regolazione prevalente sia quella gerarchica e gli attori principali siano costituiti da manager e professionisti, ha portato a configurarsi una situazione in cui l'influenza politica si limitasse unicamente a dinamiche informali quale la nomina di organismi di indirizzo strategico e, soprattutto, cittadini e amministrazioni hanno avuto una altrettanto limitata voce in capitolo. Altra questione, concerne le figure professionali detentrici del sapere medico, le quali hanno realizzato una struttura segmentata all'interno delle organizzazioni in forza della specializzazione delle figure nonché complesse dinamiche di potere emergenti fra le stesse.<sup>29</sup>

Con le riforme in ambito sanitario avvenute nei primi anni del XXI secolo, si è assistito alla volontà di spostare il centro del sistema sanitario verso il territorio con una forte differenziazione dei contesti ospedalieri. In questo senso, si è assistito ad uno scontro tra la logica di regolazione gerarchica, chiusa con l'ambito territoriale il quale dà vita a sistemi aperti con dinamiche complesse relative ai singoli contesti locali dovuti ad una variabilità della domanda, difficilmente sintetizzabile in macrocategorie. Ed è proprio la complessità inerente al territorio che ha sconvolto le dinamiche di potere e la specializzazione professionale tipicamente accostabili ai sistemi gerarchici. In un siffatto contesto, l'ambito politico fin ad ora poco rilevante, ha assunto un ruolo preponderante: in un sistema a rete aperto, i ruoli di potere si configurano come più dinamici e meno strutturati. Le figure professionali si sono trovate di fronte alle necessità di integrare i propri sistemi culturali e valoriali per far fronte ad una domanda di beni sanitari complessa; non solo, al fine di cooperare, si rende fondamentale adottare strutture linguistiche, culturali, valoriali similari.<sup>30</sup> Ecco che si deve attuare un ripensamento degli apparati sanitari basato su processi riflessivi di sense making, riprendendo le tesi del sociologo Karl Weick. La logica di regolazione che potrebbe rispondere a contesti territoriali variegati corrisponde a quella della governance, dove invalgono processi definiti bottom-up, ovvero, diversamente dalla logica della gerarchia, i processi decisionali si realizzano dal basso della scala gerarchica verso le posizioni più alte. In questo senso, si presuppone la realizzazione di una multi-level governance, dove gli enti territoriali che erogano i servizi sanitari si confrontano con gli organi nazionali: si pensi all'ente Conferenza Stato-Regioni, deputato alla creazione di un indirizzo unitario

---

<sup>29</sup> Bertin G., *Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma*, Università Ca' Foscari di Venezia, s.d., pp. 26-28, <https://edizionicafoscari.unive.it/media/pdf/chapter/978-88-6969-003-7/978-88-6969-003-7-ch-01.pdf>, cons. il 16/05/2024.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

tra governo centrale e realtà territoriali, in cui lo Stato entra in dialogo al fine di concorrere nella definizione nei criteri di ripartizione delle risorse che la legge assegna alle regioni.<sup>31</sup>

Le diverse istanze in valenti all'interno delle declinazioni territoriali presuppongono forme e processi di governance ad hoc in modo che possano rappresentarle pienamente. Per questo motivo, si ritiene che sia proprio un sistema di regolazione quale la governance che, compiendo una sintesi di esigenze provenienti dal basso, possa realizzare specifici accordi necessari alla soluzione di problemi progressivamente differenti. Per concludere tale riflessione, i sistemi sanitari non possono pensare di erogare servizi con la medesima cultura tipica dei sistemi ospedalieri: tale è la maggior complessità dovuta proprio ad un processo di cambiamento che richiede ai sistemi di consolidare processi di governo con caratteristiche e logiche diverse.<sup>32</sup> La parola chiave, in tal senso, è proprio *integrazione* nei termini in cui la sfida odierna è rappresentata dall'integrazione di figure professionali, di valori, saperi, culture ma anche a livello organizzativo, è necessario si realizzi non solo un'integrazione tra livello centrale e territoriale ma anche una sintesi tra istanze di regolazione diverse quali privato e pubblico – tale è la governance ibrida. A tal proposito, nel corso del quinto capitolo volendo volgere uno sguardo al futuro della sanità, si affronterà il progetto degli ospedali di comunità, così come previsti dal PNRR, intesi come modalità di erogazione dei servizi sanitari innovativa dove al centro vi siano i bisogni dei pazienti e dove le figure professionali siano chiamate al dialogo con l'intento di definire le migliori soluzioni di cura e superare definitivamente la logica della specializzazione.

---

<sup>31</sup> Redazione, *Che cos'è la conferenza stato-regioni*, fondazione Openpolis, data pubblicazione: 13/04/2021, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose-la-conferenza-stato-regioni/>, cons. il 18/05/2024.

<sup>32</sup> Bertin G., *Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma*, Università Ca' Foscari di Venezia, s.d., *op. cit.*

## Capitolo 4 La crisi del rapporto tra professionisti e pazienti

### 4.1 Professionalità e burocrazia

Con la presente analisi, s'intendono cogliere le istanze di crisi che hanno investito il Servizio sanitario da un punto di vista interno, particolaristico ovvero il ruolo sociale attribuito ai professionisti della salute e, nei paragrafi successivi, il rapporto tra figura deputata alla cura e paziente nelle modalità in cui questo si è incrinato. A tal proposito, s'intende partire proprio dalle figure professionali che operano in ambito sanitario ed il modo con cui queste agiscono e si confrontano con i sistemi in cui si trovano, dove – come visto – invale tuttora una logica di regolazione di tipo gerarchico e burocratico.

A livello sociologico, è stato definito con *professionalizzazione* quel processo che permette ad un lavoro di rendersi autonomo e di controllare a propria volta le condizioni stesse della sua esistenza. In particolare, i sociologi funzionalisti e neweberiani hanno affermato come tale processo si sostanzia nel controllo di quattro sotto processi: individuazione e rivendicazione di un corpus di conoscenze scientifiche e tecniche, nascita e crescita di scuole professionali, costituzione di associazioni ordinistiche e infine riconoscimento e protezione da parte dello Stato.<sup>1</sup>

Tra le professioni sanitarie, quella che potrebbe ritenersi maggiormente rappresentativa dei cambiamenti e delle problematiche all'interno dei sistemi sanitari coincide con la professione medica. Se consideriamo l'epoca contemporanea, vediamo come il lavoro di medico sia andato professionalizzandosi in concomitanza dello sviluppo dell'economia e del sistema di welfare: se, precedentemente, questo tipo di professione era appannaggio dei ceti più elevati della popolazione, con le riforme – menzionate nei capitoli precedenti – legate all'accesso alle università, il ruolo di medico è passato dall'identificarsi socialmente con quello di membro dell'élite anche culturale (si pensi che fino al 1923, potevano accedere alla facoltà di medicina unicamente i diplomati in materie classiche), a diventare detentore di un sapere tecnico-scientifico che dovesse soggiacere all'utilità sociale sorta con la necessità da parte di alcuni Stati, quali l'Italia, di tutelare la salute dei cittadini

---

<sup>1</sup> Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, Autonomie locali e servizi sociali, Bologna, Il Mulino, Fascicolo 2, 2017, doi: 10.1447/88330, p.p. 222-223.

come diritto inalienabile.<sup>2</sup> Nel secondo dopoguerra la professione medica vive una sorta di età dell'oro, raggiungendo l'acme del proprio potere definito dagli studiosi come *dominanza medica*:<sup>3</sup> le scoperte scientifiche di settore hanno permesso alla figura del medico di ottenere un rinnovato ruolo di prestigio sociale, economico e politico.<sup>4</sup> Con il periodo delle liberalizzazioni e dell'aziendalizzazione delle amministrazioni pubbliche, è iniziato un lento declino della dominanza medica e i professionisti sono stati investiti di responsabilità manageriali che hanno reso alla categoria non pochi disagi. A tal proposito, si citano i risultati di un'indagine condotta da parte di uno fra i maggiori sindacati medici: il 73% di 6.100 intervistati lamentava di svolgere oramai un lavoro sostanzialmente burocratico, con eccessive responsabilità manageriali e norme troppo stringenti.<sup>5</sup>

Il presidente del sindacato dei medici FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) Filippo Anelli, nell'ambito della Conferenza nazionale sulla Questione Medica tenutasi nel 2022, sosteneva come la professione fosse mortificata da carichi di lavoro eccessivi e da un'invasione burocratica che soffoca l'autonomia professionale. Anelli, inoltre, affermava: “La prescrizione farmaceutica e le prescrizioni diagnostiche sono ormai appesantite da orpelli, modelli, piani terapeutici e quant'altro, utili solo a sottrarre al medico quel tempo che invece avrebbe dovuto garantire al cittadino perché, come richiama la legge 219 del 2017, *il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura*”.<sup>6</sup> Tale è, dunque, il nodo cruciale inerente alle professioni della salute, nei termini in cui qualunque impiego si svolga nel settore sanitario passa per una relazione con l'utente/cliente/paziente che si configura per propria natura come di *cura* – questa tematica verrà approfondita debitamente nel corso dei successivi paragrafi.

Filippo Anelli spiegava, peraltro, come fossero numerose le segnalazioni circa casi di burnout<sup>7</sup> da parte dei medici, aggiungendo che se storicamente la medicina è stata caratterizzata da condizioni di

---

<sup>2</sup> In questa sede, il riferimento è alla - più volte menzionata - nascita del Servizio Sanitario Nazionale, sancita con la legge n. 833 del 1978.

<sup>3</sup> Per *dominanza medica* s'intende un sistema in cui il medico esercita un ruolo di dominio nei riguardi dei pazienti e delle altre professioni sanitarie.

<sup>4</sup> Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, op. cit.

<sup>5</sup> *Ibidem*.

<sup>6</sup> Conti L., *Medici stanchi e stressati, rapporto di fiducia con i pazienti compromesso. La Fnomceo accende i riflettori sulla “Questione Medica” e lancia un Manifesto in 20 punti con i sindacati “per una nuova assistenza sanitaria”*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 21/04/2022, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=104158](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=104158), cons. il 20/05/2024.

<sup>7</sup> Come riporta l'Organizzazione Mondiale della Sanità, il burnout è uno stato di stress cronico lavoro-correlato, caratterizzato dalla sensazione di completo esaurimento delle proprie energie fisiche e mentali.

lavoro difficili e di disattenzione a benessere e cura di sé da parte del medico, oggi medici e tirocinanti vivono condizioni di stress allarmanti.<sup>8</sup>.

Appare chiaro, quindi, che in una situazione dove il professionista non sia in condizioni di prendersi cura di sé stesso, difficilmente potrà realizzare prestazioni volte alla cura e alla tutela della salute del paziente, nei termini in cui quest'ultimo si senta pienamente riconosciuto all'interno di una relazione fortemente asimmetrica: in un contesto di dominanza medica, la figura dominante della relazione prendeva delle decisioni in modo paternalistico, facendo ciò che credeva essere meglio per il paziente in forza del proprio potere ed influenza.<sup>9</sup>

Con la fine del XX e l'inizio del XXI secolo, la dominanza professionale ha visto una fase di declino come risultato della costituzionalizzazione dei diritti della persona nonché il trasferimento a livello europeo di materie giuridiche quali il diritto alla privacy come espressione della globalizzazione in atto, il paziente quale membro della relazione di cura ha iniziato a prendere coscienza di sé come soggetto di diritti da opporre alla figura professionale sanitaria.<sup>10</sup> Questo cambiamento, dal punto di vista del personale, ha realizzato una diminuzione di potere e controllo il che è sfociato, peraltro, in forme di violenza sul posto di lavoro, interpretata dai sociologi come *forma di devianza espletata da soggetti problematici verso attori legittimati del controllo sociale*.<sup>11</sup> Per questo motivo, spesso medici e personale sanitario non denunciavano fenomeni di violenza poiché tendevano a ricondurli a ragioni cliniche.

Con gli anni Ottanta, si è iniziato a vedere come a compiere atti di violenza fossero persone non affette da patologie che giustificassero tali comportamenti devianti: se in passato questi fenomeni erano ascrivibili al contesto degli Stati Uniti, negli ultimi tempi si è assistito ad una crescita a livello europeo. In Italia la situazione non si è ancora configurata con una gravità tale che si possa entrare in possesso di dati univoci che descrivano a pieno le condizioni degli operatori; tuttavia, nel 2007 il Ministero della salute ha emanato delle raccomandazioni al fine di evitare fenomeni di violenza nei

---

<sup>8</sup> Conti L., *Medici stanchi e stressati, rapporto di fiducia con i pazienti compromesso. La Fnomceco accende i riflettori sulla "Questione Medica" e lancia un Manifesto in 20 punti con i sindacati "per una nuova assistenza sanitaria"*, op. cit.

<sup>9</sup> Gangi B., *La comunicazione asimmetrica nella relazione medico-paziente: il particolare caso del Medico di Medicina Generale*, Tesi di Laurea Magistrale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2021-2022, p. 8.

<sup>10</sup> Cembrani F., *L'etica dei principi e l'etica della responsabilità*, Specialità e professionisti a colloquio, *Giornale Italiano di Nefrologia*, edito da Società Italiana di Nefrologia, 2016, p. 2, [https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN\\_A33V1\\_00230\\_9.pdf?x85047](https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A33V1_00230_9.pdf?x85047), cons. il 21/05/2024.

<sup>11</sup> Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, *Autonomie locali e servizi sociali*, Bologna, Il Mulino, Fascicolo 2, 2017, doi: 10.1447/88330, p.p. 226-228.

riguardi del personale sanitario,<sup>12</sup> il che porterebbe a pensare che la violenza in ambito ospedaliero esista e sia un fattore di criticità.

L'istituto nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL), tramite il servizio di Consulenza statistico attuariale, ha accertato, relativamente ai medici propri assicurati, come nel biennio 2020-2021 i casi di aggressione verso gli operatori siano cresciuti, complice anche la pandemia e le restrizioni all'ingresso negli ospedali nei riguardi dei parenti dei malati. Nel 2022 il dato è aumentato, arrivando a toccare i 1.600 casi.<sup>13</sup> Nel dicembre dello stesso anno, l'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Agrigento promuoveva una manifestazione a seguito dell'omicidio del cardiologo Gaetano Alaimo, con lo slogan "Non siamo eroi. Non siamo colpevoli". Come riportava la testata locale Agrigento Notizie, il presidente dell'Ordine, Santo Pitruzzella, sosteneva la manifestazione, affermando: "In questo contesto si scontrano due parti della stessa medaglia: il paziente, che ha il diritto ad essere curato, e il medico, al quale spetta il dovere di curare. L'organizzazione sanitaria dipende dallo Stato che decide e sceglie l'offerta del servizio sanitario. Cosa stressa il paziente determinando le principali cause delle aggressioni? La lunga attesa nei Pronto soccorso, le liste di attesa per una visita specialistica o un'indagine strumentale e questo avviene a causa di un numero insufficiente di personale. Nei Pronto soccorso i medici sono pochissimi perché pochi scelgono la Borsa di Studio in Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza. Occorre, quindi incentivare economicamente i sanitari, principalmente i medici delle aree di emergenza, raddoppiando gli stipendi. Il Governo tace e non dice che il re è nudo. E allora lo diciamo noi".<sup>14</sup> Nella stessa sede, il presidente della Commissione Albo Odontoiatri, Luigi Burrano, dichiarava: "La difficoltà che in questo momento si registra nel dare un servizio ottimale con delle prestazioni celeri e nei tempi programmati, vede la causa non tanto in una non disponibilità da parte della classe medica o del libero professionista, ma da una oggettiva sofferenza dei servizi, delle strutture, dell'intera organizzazione sanitaria nel nostro territorio. Per mancanza di fondi e di personale amministrativo si rallentano i tempi delle prestazioni, sovraccaricando i medici ancora superstiti di oneri che vanno aldilà della loro personale disponibilità".<sup>15</sup>

---

<sup>12</sup> *Ibidem.*

<sup>13</sup> Redazione, *Violenza contro il personale sanitario. Inail: nel 2022 accertati oltre 1.600 casi, in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2020*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Lavoro e Professioni, data pubblicazione: 23/11/2023, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=118557](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118557), cons. il 21/05/2024.

<sup>14</sup> Redazione, *"Stop alla violenza sul personale sanitario", medici e infermieri in piazza dopo l'omicidio Alaimo*, Agrigento Notizie, data pubblicazione: 08/12/2022, <https://www.agrigentonotizie.it/cronaca/stop-violenza-personale-sanitario-manifestazione-ordini.html>, cons. il 21/05/2024.

<sup>15</sup> *Ibidem.*

Per queste ragioni, si è realizzato un forte scollamento tra professionisti ed istituzioni e una sfiducia nel Servizio sanitario da parte degli operatori che non si sentono riconosciuti e tantomeno rilevanti a livello di programmazione sanitaria. Il 72% dei medici intervistato dal sindacato FNOMCeO giudicava i provvedimenti adottati dalle istituzioni come non adeguati ad agevolare l'attività professionale quotidiana; il 59% di medici e odontoiatri non si è sentito tutelato.<sup>16</sup>

Esiste, infatti, un dibattito circa la reale capacità da parte dei medici di influenzare le decisioni nell'ambito sanitario. Appare chiaro, come lamentano i sindacati e gli ordini professionali, che questi si siano sentiti poco ascoltati a livello istituzionale: si possono individuare, al riguardo, due motivi. Innanzitutto, i tagli alla Sanità sono stati decisi nell'ambito delle leggi finanziarie nella fase di crisi economica da parte di governi tecnici che, per ragioni emergenziali, hanno deliberato senza dibattito politico. In secondo luogo, le personalità politiche che si sono affaccendate nel ricoprire l'incarico di Ministro della Salute nella storia recente quasi mai erano medici, salvo per il Ministro Fazio del governo Berlusconi. L'assenza di rappresentanti professionali nell'agone politico ha limitato considerevolmente la capacità di negoziazione da parte delle associazioni di categoria. Altra questione concerne il blocco della contrattazione nel pubblico impiego previsto inizialmente dal Governo Berlusconi nel 2010 a causa della crisi economica e protrattosi negli anni successivi.<sup>17</sup> Ciò ha avuto come implicazione che i medici, così come gli altri professionisti sanitari, non abbiano avuto voce in capitolo nemmeno rispetto alla propria situazione contrattuale il che ha spinto molti professionisti ad abbandonare il Servizio sanitario pubblico per migrare verso il privato, il quale offriva condizioni giudicate migliori.

Dall'analisi finora condotta, rileva come la figura del medico ancorché del professionista della salute viva una perdita di riconoscimento sia da parte delle istituzioni sia da parte dei pazienti, inoltre emerge evidente l'insoddisfazione del ruolo che ricopre all'interno delle organizzazioni sanitarie per via di procedure fortemente normate e burocratiche. In questo senso, per riprendere l'analisi weberiana relativa al rapporto tra burocrazia, scienza e politica, si potrebbe affermare come oggi il professionista sanitario si ritrovi ad essere contemporaneamente burocrate ed esperto di scienza, in un rapporto con la politica fortemente deficitario. Il professionista della salute, calato in un contesto di cui ha sfiducia ed in uno stato di apatia derivante da procedure asfissianti, è necessario, oggi più

---

<sup>16</sup> Conti L., *Medici stanchi e stressati, rapporto di fiducia con i pazienti compromesso. La Fnomceo accende i riflettori sulla "Questione Medica" e lancia un Manifesto in 20 punti con i sindacati "per una nuova assistenza sanitaria", op.cit.*

<sup>17</sup> Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, Autonomie locali e servizi sociali, Bologna, Il Mulino, Fascicolo 2, 2017, p.p. 234-235, doi: 10.1447/88330.



che mai, si renda portatore di un'etica della responsabilità non tanto al fine di approfondirsi in azioni connesse alla realtà professionale così come definita socialmente quanto, piuttosto, all'instabilità ed imprevedibilità dell'esperienza individuale. I professionisti sono prima di tutto donne e uomini votati alla cura altrui mediante una valutazione empirica e una sintesi di mezzi e obiettivi che non può non confrontarsi con la coscienza individuale di ognuno.<sup>18</sup> L'assenza di una tutela istituzionale e il rischio di ritorsioni da parte dei pazienti non possono essere una giustificazione per aggrapparsi ai vincoli imposti dall'ordinamento giuridico: tale sarebbe l'attitudine del burocrate apatico così come descritto da Gouldner – ed è lo stesso autore a ricordarci come l'attore di un'organizzazione possa diventare soggetto attivo poiché in possesso di un determinato grado di discrezionalità. Ecco che la possibilità di compiere processi di auto riflessività e criticismo, realizza a pieno l'agire secondo etica della responsabilità: abbandonata l'utopia che si possa pervenire ad una scelta giusta in termini assoluti, bisogna decidere sulla base di una valutazione approfondita e soppesata. Di qui, assume ancor più pregnanza il dibattito etico circa i posti in terapia intensiva avvenuto nel corso della pandemia e di cui si è fatta menzione nel secondo capitolo.

Per concludere, il professionista della salute non può rinunciare a recuperare la propria dimensione umana di fronte ad una distorsione ed alienazione prodotta dalle logiche della burocrazia e, anzi, la possibilità di generare innovazione sociale risiede proprio nell'assunzione di processi critici volti alla creazione di soluzioni nuove. In questo senso, l'esistenza del Servizio sanitario nazionale come sistema sociale complesso non può prescindere dall'importanza del riconoscimento del ruolo dei professionisti che vi operano e, anzi, per questo medesimo motivo la sopravvivenza dello stesso è, in una data parte, attribuibile a loro in quanto principali attori sociali del sistema.

## **4.2 Il rapporto di cura tra personale sanitario e pazienti**

Il rapporto tra professionista della salute e paziente si è visto essere caratterizzato da una forte asimmetria che sbilancia, in una sorta di gioco tra le parti, potere e controllo della relazione in favore del primo. In particolare, si tratta di un'asimmetria dinamica nei termini in cui al professionista spetta il ruolo di detentore di un sapere tecnico e al paziente la conoscenza dei propri sintomi e, tuttavia, la

---

<sup>18</sup> Cembrani F., *L'etica dei principi e l'etica della responsabilità*, Specialità e professioni a colloquio, Giornale Italiano di Nefrologia, edito da Società Italiana di Nefrologia, 2016, p. 8, [https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN\\_A33V1\\_00230\\_9.pdf?x85047](https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A33V1_00230_9.pdf?x85047), cons. il 21/05/2024.

scienza di cui il professionista è depositario sposta incontrovertibilmente il piatto della bilancia verso le ragioni di quest'ultimo.<sup>19</sup> Ciò costituisce uno dei fattori che caratterizza la già citata dominanza medica che, benché negli ultimi anni sia in uno stato di decadenza per via delle tutele giuridiche riconosciute ai pazienti, produce ancora i propri effetti. E, tuttavia, la relazione che intercorre tra operatore sanitario e paziente per propria natura dovrebbe essere mossa dalla necessità di recare aiuto a chi si trova in condizioni di fragilità, dovrebbe, dunque, muoversi verso la *cura* dell'altro; allora, diventa spontaneo interrogarsi su come ed in che termini una relazione così fortemente sbilanciata possa al contempo realizzare pienamente il proposito altruista della *cura*.

Il 13 aprile 2019 è stato approvato dal Consiglio Nazionale il nuovo codice deontologico degli infermieri, il quale ha sortito una svolta epocale per la professione che ha ottenuto così un maggior riconoscimento rispetto alle competenze tecnico-scientifiche di cui è portatrice. In particolare, è stato dato spazio al concetto di relazione di cura che, con il medesimo titolo, descrive l'articolo 4 presente nel Capo I relativo a Principi e valori professionali.

*Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.*<sup>20</sup>

A rilevare dal contenuto dell'articolo è proprio il tempo della relazione definito come tempo di *cura*. A tal proposito, Il filosofo australiano Stan Von Hooft si è occupato di analizzare nascita e sviluppo di un'etica della cura, in particolare, studiando le etiche delle professioni sanitarie ed indagando le motivazioni che spingono gli operatori sanitari a prendersi cura dei propri pazienti; Van Hooft si è, dunque, interrogato sulla possibilità che vi sia un'istanza più profonda che trascenda gli obblighi contrattuali derivanti dalle professioni.<sup>21</sup>

---

<sup>19</sup> Gangi B, *La comunicazione asimmetrica nella relazione medico-paziente: il particolare caso del Medico di Medicina Generale*, op. cit.

<sup>20</sup> Redazione, *Nuovo Codice Deontologico degli infermieri 2019*, Nurse24.it, sez. Infermieri, data pubblicazione: 13/04/2019, aggiornato al 20/04/2019, <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/codice-deontologico-infermieri-2019.html>, cons. il 23/05/2024.

<sup>21</sup> Scoppettuolo A., *Vita morale ed etica della cura in Stan Van Hooft*, *Scienza dell'Amministrazione*, Studi di teoria e ricerca sociale, 2/2019, pp. 2-3, doi: 10.32049.

Antonio Scoppettuolo, offrendo un'analisi rispetto al pensiero di Van Hooft, riporta, in traduzione, uno stralcio del libro "Caring: an Essay in the philosophy of Ethics" (1995, pp. 39-40): "Questo punto è di una certa rilevanza per le cosiddette professioni di cura [caring professions]. Assistenti sociali, consulenti, infermieri e insegnanti sono solo alcuni dei professionisti che si definiscono impegnati nella cura. Ora è vero che nella retorica di queste professioni si dice spesso che questi professionisti si prendono cura dei loro clienti, e spesso viene suggerito che un certo sentimento positivo nei confronti del cliente è coinvolto in maniera importante. Ma ci saranno altri che sostengono che il requisito fondamentale in queste professioni è che il lavoro sia svolto bene e che la cura che è richiesta nella pratica di queste professioni consista proprio nel soddisfacimento di questo requisito. Dal punto di vista di tale ethos professionale, prendersi cura di qualcuno nel senso di vedere i bisogni di quella persona è il requisito essenziale della professionalità. Qualunque sia l'esito di questo dibattito, la sua stessa possibilità dimostra che non esiste un collegamento necessario o diretto tra la cura o la cura di, intesa come un'attività di vedere i bisogni dei clienti o dei dipendenti e la cura come orientamento motivazionale. Si potrebbe curare un cliente senza farlo per l'interesse del paziente."<sup>22</sup>

Dalle parole del filosofo, emerge chiaramente come esista una dicotomia tra curare il paziente in termini prestazionali e una cura legata in maniera intrinseca all'intenzionalità stessa dell'atto. Egli, peraltro, sostiene come si possa parlare di etica della cura nei termini in cui essa sarebbe il risultato di un agire morale come summa di paradigmi razionali ed irrazionali, ovverosia doveri, imparzialità mista ad emotività ed impegni interiori.<sup>23</sup> Da qui, l'idea di impegno connaturato al concetto di cura contrapposto all'obbligo morale: il primo rappresenta la decisione fondamentale che orienta l'esistenza, il secondo la materia con cui l'impegno si manifesta nella realtà. Si ha, quindi, l'obbligo morale, il quale può provenire dall'esterno in termini di norme sociali o giuridiche, e l'impegno che afferisce alla coscienza interna del soggetto. Ecco che il dovere diventa presupposto determinante dell'azione morale e non la conseguenza del medesimo agire.<sup>24</sup>

Van Hooft, come riporta Scoppettuolo nel proprio articolo, distinguerebbe due tipi di cura: *to take of* ovvero occuparsi di qualcuno sulla base dell'esigenza di quest'ultimo o del compito assegnato e *care for* come preoccupazione, volto a cogliere il lato motivazionale della cura. Sulla base di questa analisi, si rende evidente come esista una dinamica di cura (*to take of*) che presupponga di occuparsi

---

<sup>22</sup> *Ibidem.*

<sup>23</sup> *Ibidem.*

<sup>24</sup> *Ivi*, pp. 4-10.

del soggetto senza necessariamente pre-occuparsi dello stesso (care for): tale sarebbe il modello di cura proprio delle professioni sanitarie. La cura, intesa come affezione verso chi la riceve, non sarebbe corredata unicamente da un'intenzionalità legata alla soggettività del professionista, bensì una prassi, ancorché precedente all'azione vera e propria, che sorge nella coscienza della persona. Da ciò consegue che la cura non possa darsi al di fuori di una dinamica relazionale con quello che è l'oggetto della cura stessa: in tal senso, essa *presuppone una crescita virtuosa per ogni attore della relazione che si espande da parte del soggetto originante e si riversa nuovamente su di esso.*<sup>25</sup> La cura profonda,<sup>26</sup> dunque, è il presupposto con il quale il professionista attraverso la propria rappresentazione data dall'impegno, in prima istanza guarda il soggetto e, in secondo luogo, attraverso l'azione vera e propria, ne dà pieno riconoscimento. Ecco che lo sguardo del professionista si fa sguardo che plasma - il filosofo compie un esempio chiarificatore in questo senso: una persona che entra in una stanza buia non riconosce ciò che ha di fronte, bensì soltanto quando uno spiraglio di luce colpisce gli oggetti presenti, egli li riconosce e ne comprende la natura. *Ciò che acquisisce importanza per il soggetto rappresenta l'immagine speculare della cura profonda, una qualità che informa la decisione e l'azione e restituisce forza e senso a ciò che si porta a termine. La cura profonda essendo non intenzionale e pre-riflessiva e descrivendo questa dinamica tra interno ed esterno, si occupa degli altri allo stesso modo in cui si occupa del sé.*<sup>27</sup>

Dalle parole di Van Hooft si può trarre come l'azione concreta di cura che scaturisce dall'impegno contenga in sé la forza di riconoscere l'altro da sé in uno sguardo corroborante, capace di far sentire l'oggetto della cura (il paziente) non già oggetto ma persona ed è proprio quest'azione vivificante a tornare indietro con tutto il proprio vigore verso il soggetto che, in tal modo, ha curato – si è pre-occupato - anche sé stesso.

Lucia Teresa Benetti, editorialista per il blog Nurse24.it, offre una visione del nuovo Codice Deontologico degli infermieri, dal proprio punto di vista di paziente e, rivolgendosi ai professionisti in forma quasi epistolare, afferma: “Da paziente sono portata a “vedere” e “sentire” solo i problemi legati al mio stato di salute e ai vari percorsi che ho fatto, faccio e farò all'interno di un luogo di cura. Da paziente cerco di capire cosa voglio, vorrei, mi piacerebbe incontrare, sentirmi dire, trovare all'interno di un ambulatorio come in un ospedale. Da paziente, ancora, vorrei sempre sentirmi

---

<sup>25</sup> *Ibidem.*

<sup>26</sup> S'intende il concetto di cura legato alla preoccupazione verso l'altro (care for).

<sup>27</sup> Scoppettuolo A., *Vita morale ed etica della cura in Stan Van Hooft, op. cit.*

**accolta, ascoltata, considerata.** Solo così mi sentirei davvero aiutata. Da paziente, invece, all'interno di un qualsiasi luogo di cura, mi sento solo **manipolata, scrutata, parcellizzata** per essere alla fine guarita. Da paziente spero, voglio e vorrei che sempre fosse espletata questa idea di venire guarita. Ma mi piacerebbe anche altro. **Mi piacerebbe anche essere curata.** [...] Poi è arrivato quello che io ho sempre chiamato "il mio inciampo". L'incontro con il cancro. L'incontro con il dolore e la sofferenza. L'incontro con un mondo che non conoscevo, anzi, di più: che non sospettavo esistesse. [...] Parlo e voglio parlare della conoscenza (non in senso lato) di tutte quelle figure che via via si alternavano al mio capezzale, dentro ad un ambulatorio, al di là di una scrivania o all'interno di una reception. Pian piano quelle figure non sono più state ai miei occhi delle anonime divise bianche, profilate di blu, celesti, verdi, con o senza mascherine. Con o senza strumentazioni a seguito. Hanno iniziato ad avere un volto, un sorriso, due occhi una voce. [...] Hanno accolto il mio dolore. Hanno accarezzato la mia sofferenza. Mi hanno presa per mano con serenità dandomi una ragione in più per non mollare, per accettare terapie devastanti, per non permettermi più di scivolare verso un fondo nero senza fine. **Mi hanno ascoltata anche quando non parlavo.** Hanno dato voce a silenzi voluti, imposti da una educazione rigida. Silenzi di pudore. Silenzi che facevano comunque rumore. **E io mi sono sentita curata.** Non si alternavano più al mio letto per guarirmi. Anche. **Mi avvicinavano per curarmi.** Anche se dovevano farlo espletando un altro compito. Come se fosse una "cosa, un atto da fare di nascosto". Ma mi bastavano poche parole, quei sorrisi, quel chiedermi educatamente anche una piccola e sciocca cosa per portarmi fuori da quella stanza. **Per non farmi sentire solo un caso o una malattia. Per farmi sentire ancora Lucia.** Quella Lucia "persa" mesi prima in un mondo che non avrei mai più potuto avere. [...] Far sapere che quelle necessità che noi, ammalati, da tanto, da sempre chiediamo, loro, gli infermieri lo hanno sudatamente preteso e scritto nel loro nuovo Codice Deontologico datato 13 aprile 2019. **Un passo enorme. Un passo a cui devo gratitudine. Perché mi sento finalmente "vista".** So solo che svolgete una "grande professione". Ci sono persone che la fanno con dedizione, altre, magari, per ripiego. [...] **E allora ancora un grazie.** Grazie per aver dimostrato ancora una volta la vostra attenzione verso chi sta male, verso quelle persone che, volenti o dolenti, vi mettono in mano non solo il corpo, ma anche un'anima ferita. Grazie per essere stati attenti, capaci di ascoltare tutte quelle voci (e fra quelle ci sono anch'io!) che da un bel po' chiedevano aiuto. **Inascoltate da troppi, mai ignorate da voi.** Mi auguro solo una cosa: che questa relazione di Cura possa essere un aiuto reciproco. Darvi una carezza che meritate. Darvi la possibilità di alleggerire il cuore. Perché succede sempre quando le cose sono chiare e non supposte. Mai solo intuite. Parole dette, raccolte, ascoltate, valutate. Parole anche vostre. Parole che fanno relazione. Che

fanno Cura. Cura all'interno di un tempo di Cura che dovrà essere riconosciuto. Parole, gesti, tempo alla luce del sole. Chiari. Semplicemente chiari. Grazie.”<sup>28</sup>

Le parole di Lucia Teresa Benetti fanno emergere quella che è l'esperienza universale di ogni persona che abbia affrontato il dolore e la sofferenza della malattia ma, soprattutto, la necessità pregnante di sentirsi riconosciuti, visti, da qui il sentirsi, come la stessa afferma, non solo guariti ma curati. Ritengo sia un passaggio emblematico rispetto all'analisi sin ora condotta il momento in cui la signora afferma che i professionisti potevano rivolgerle delle parole di conforto, quasi nascostamente, mentre svolgevano altri compiti. Da qui, ritorna eminentemente la questione burocratica rispetto alla quale, gli operatori, nonostante procedure e norme definiscano delle prassi volte all'esecuzione di un compito preciso, abbiano potuto agire secondo la propria discrezionalità rompendo tale sistema con dei semplici gesti quali parole e sorrisi – gesti che realizzavano l'autentica cura profonda teorizzata dal filosofo Van Hooft. Si può, dunque, affermare come le logiche della burocrazia da un lato presuppongano una cura intesa come take care for e, dall'altro, in un sistema dove gli attori sono liberi di compiere liberamente la propria azione di riflessione intorno alla ratio delle procedure, si realizzi la cura autentica, la cura che fa sentire il malato visto e, aggiungerei, riconosciuto nella propria dimensione umana ed universale della sofferenza. Torna, dunque, il concetto dello sguardo che plasma: il professionista nell'atto di curare si pre-occupa del malato rispetto all'impegno di responsabilità che ha verso lo stesso – diverso ricordiamo dall'obbligo morale – e lo cura attraverso uno sguardo vivificante che, in una relazione di reciprocità, riconoscendone la sofferenza, la rende propria. Tale è l'essenza del soffrire assieme, la *sympatheia*<sup>29</sup> degli antichi.

Nell'opera “Agamennone” del tragediografo greco Eschilo, il coro intona l'Inno a Zeus con tali parole: “Ζῆνα δὲ τις πρὸφρωνος ἐπινίκια κλάζων τεύξεται φρενῶν τὸ πᾶν: τὸν φρονεῖν βροτούθης ὀδῶσαντα τῷ πάθει μάθος θέντα κυρίως ἔχειν. Στάζει δ' ἀνθ' ὕπνου πρὸ καρδίας μνησιπτήμων πόνος: καὶ παρ' ἄκοντας ἦλθε σωφρονεῖν.”<sup>30</sup> In traduzione: “Ma chi a Zeus con gioia leva il grido epinicio, coglierà pienamente la saggezza: a Zeus che ha avviato i mortali ad essere saggi, che ha posto come valida legge saggezza attraverso la sofferenza. Anche nel sonno stilla davanti al cuore un'angoscia

---

<sup>28</sup> Benetti L.T., *Tempo di relazione è tempo di cura: un passo epocale*, Nurse24.it, sez. Infermieri, data pubblicazione: 16/04/2019, aggiornato al 19/04/2019, <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/nuovo-codice-deontologico-infermieri-riflessioni-paziente.html>, cons. il 24/05/2024.

<sup>29</sup> Termine che origina dal greco antico e composto dalla particella *συν* (*syn*) che assume il significato di “con” ed il verbo *πάσχω* (*pascho*) con il significato di “soffrire”, traducendosi alla lettera con *compatire*, *soffrire assieme*.

<sup>30</sup> Eschilo, *Agamennone*, vv. 160-175, Fraenkel, 1950, in Medda E., *Dalla critica del testo alla grazia divina, La chiusa dell' inno a Zeus*, Atti Acc. Rov. Agiati, a. 257, ser. VIII, vol. VII, A, 2007, pp. 7-8.

memore di dolori: anche a chi non vuole arriva saggezza.”<sup>31</sup> Zeus, nell’opera dell’autore, è colui che ha permesso ai mortali di giungere alla saggezza (φρονεῖν, ‘fronein’) con la sola condizione – una sorta di contrappasso – di passare attraverso la sofferenza. Da qui, il paradigma eminentemente greco del dolore didascalico e la funzione sociale del teatro tragico che permetteva ai cittadini di Atene tutti, indipendentemente dal ceto, di esperire il dolore attraverso le opere in scena e, quindi, di giungere alla saggezza mediante la *sympatheia*, intesa come sofferenza collettiva in cui il pubblico entrava in una corresponsione di sentimenti insieme agli attori sul palco che inscenavano vicende e valori universali, senza tempo.

In questo senso, il professionista della salute quando entra in una relazione di cura autentica, riconosce la sofferenza del malato come istanza universale e, riconoscendola, accoglie quel medesimo dolore. E, tuttavia, nel momento in cui l’operatore esperisce il dolore del malato su di sé, apprende e, per dirla con le parole di Van Hooft, si prende cura anche di sé stesso. Se consideriamo la frase “*Medice, cura te ipsum*, ‘Medico, cura te stesso’”, attribuita a Gesù di Nazareth, come riportato dal Vangelo secondo Luca, capitolo 4, versetto 23, traiamo come significato l’idea che un soggetto, prima di potersi prendere cura degli altri, deve necessariamente essersi preso cura di sé stesso. In questa sede, alla luce del concetto di cura sin ora definito, si propone un sovvertimento di questa logica: è realizzando un’azione di cura autentica e profonda dell’altro che si può giungere alla cura della propria persona. E, nondimeno, una relazione di cura autentica, in tal modo, supera l’asimmetria tipica delle relazioni tra professionisti e pazienti: se è vero che il professionista possiede informazioni e conoscenza, dall’altro lato – in una relazione tra pari – il paziente è portatore dell’istanza universalistica del dolore connaturata alla propria condizione di malato e quest’ultima possiede la vis che permette all’operatore di apprendere e curare sé stesso. La relazione, dunque, diventa una relazione tra pari in cui si realizza uno scambio reciproco. Lucia Teresa Benetti, nella propria lettera, si augura, per l’appunto, che, grazie al nuovo Codice Deontologico contenente il concetto di relazione di cura, quest’ultima possa concretizzarsi in un aiuto reciproco. E, ancora, ringrazia i professionisti a più riprese, dandogli la carezza che meritano, desiderando di alleggerire loro il cuore. Ecco, dunque, ciò che torna agli operatori sanitari, una gratificazione profonda proveniente da un malato che ora è stato *curato*. Si ripete, ancora una volta, la sostanziale differenza tra curare e guarire.

---

<sup>31</sup> Covino G., *Pàthei màthos, o sulla sofferenza come conoscenza*, [Δ.Nexus](https://archeonexus.wordpress.com/2015/09/10/pathei-mathos-o-sulla-sofferenza-come-conoscenza/), data pubblicazione: 26/10/2022, <https://archeonexus.wordpress.com/2015/09/10/pathei-mathos-o-sulla-sofferenza-come-conoscenza/>, cons. il 24/05/2024.

Per questi motivi, un'etica della cura, strettamente legata al concetto di impegno – e, dunque, per dirla con Weber, di etica della responsabilità – si ritiene possibile all'interno di strutture sanitarie in cui la programmazione abbia smesso di seguire logiche e procedure tipiche della burocrazia in favore di un riconoscimento maggiore della discrezionalità degli operatori che, in tal modo, possano uscire dall'*a-patia* per entrare in *syn-patheia* con i pazienti.

Si aggiunge, inoltre, che per scardinare ciò che resta della dominanza medica, forse si dovrebbe riflettere sulle affermazioni già citate del presidente dell'Ordine dei medici di Agrigento, il quale sosteneva che per rispondere all'emorragia di medici in pronto soccorso, occorresse aumentare il riconoscimento economico del loro lavoro in termini di aumento degli stipendi. In questo senso, per quanto insindacabile che qualunque lavoro debba essere retribuito opportunamente – si consideri che i medici ricevono una retribuzione più alta rispetto alla media delle altre posizioni non dirigenziali della pubblica amministrazione italiana<sup>32</sup> – si vuole evidenziare come mettere l'accento sul lato economico e conseguentemente sul prestigio della professione, faccia gioco ad una visione dell'operatore sanitario in termini di dominanza medica e, aggiungerei, sociale. Diversamente, si ritiene che divulgare maggiormente esempi come quello di Lucia Teresa Benetti o di tanti altri pazienti, possa contribuire alla proposta di un modello di professionista della salute etico, il quale cura e viene al contempo curato.

In conclusione, tuttavia, si vuole ricordare come nonostante un modello di professionista sanitario etico sarebbe auspicabile, attualmente il rapporto tra professionisti e pazienti mostra segni di una profonda crisi: ad esperienze quali quelle di Lucia Teresa Benetti, si contrappongono altrettante esperienze negative, di pazienti che si sentono solamente dei numeri, privati della propria umanità. Inoltre, se da un lato si vorrebbe che i professionisti entrassero in empatia con il dolore dei malati, dall'altro è necessario analizzare la concreta difficoltà, da parte del personale, di gestire emotivamente la sofferenza dei pazienti con i quali entra in relazione quotidianamente. In merito a tali tematiche, si discuterà a seguire.

---

<sup>32</sup> Agenzia Aran, *Retribuzioni medie PA*, elaborazione dati Aran anni 2013-2015, [https://www.aranagenzia.it/attachments/article/5152/Retribuzioni%20medie%20PA%20per%20macrovoce\\_SITO.pdf](https://www.aranagenzia.it/attachments/article/5152/Retribuzioni%20medie%20PA%20per%20macrovoce_SITO.pdf), cons. il 25/05/2024.



### 4.3 Disumanizzazione e alienazione

La letteratura medica contemporanea da diverso tempo parla di disumanizzazione della medicina e propone, al contempo, una umanizzazione delle cure con la quale s'intende quel processo in cui si deve porre al centro il malato, passando dalla concezione dello stesso come portatore o meno di una patologia, a persona vera e propria con sentimenti, emozioni, strutture cognitive, in grado di offrire una visione dei propri sintomi meritevole di essere ascoltata e riconosciuta dal personale.<sup>33</sup> Il fenomeno legato alla disumanizzazione viene ricondotto dagli stessi medici ai seguenti fattori:

- preponderanza delle nuove tecnologie;
- specializzazione delle professioni;
- determinismo biologico;
- burocratizzazione;
- individualizzazione, reificazione e spersonalizzazione dei pazienti;
- medicina difensiva come tutela dal contenzioso legale.<sup>34</sup>

La questione inerente ad una eccessiva burocratizzazione dei sistemi sanitari, di cui si è ampiamente parlato, innegabilmente crea condizioni in cui i professionisti non riescano ad operare con serenità e conseguentemente ciò si riverbera sui pazienti, fomentandone la disumanizzazione. Inoltre, le stesse procedure di accesso alle strutture ospedaliere, con la lentezza e pesantezza che le contraddistinguono, rendono inutilmente difficile agli utenti fruire dei servizi sanitari, favorendo un sentimento di frustrazione acuito per il fatto che chi si reca in ospedale lo fa in un momento impegnativo della vita, quale quello della malattia.

In questo senso, Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali) coadiuvata dall'Agenzia di Valutazione Civica di Cittadinanzattiva ha presentato a Roma, nel corso del Convegno "La valutazione della qualità delle strutture ospedaliere secondo la prospettiva del cittadino", un'indagine composta da 278 strutture, 286 associazioni, 594 cittadini in cui si tentava di misurare il grado di umanizzazione delle cure. Il giudizio rispetto alle strutture sanitarie, con un punteggio da zero a dieci basato su 144 item, si è focalizzato su tali tematiche:

---

<sup>33</sup> Agenas, *La persona prima di tutto – Agenas "misura" l'umanizzazione della sanità*, Ministero della Salute, sez. Agenas, s.d., <https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=504:umanizzazione-cittadinanzattiva&catid=116>, cons. il 26/05/2024.

<sup>34</sup> Lupo A., *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 37, 4/2014, pp. 105-126.

- accessibilità fisica, vivibilità e comfort dei luoghi di cura;
- accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza;
- qualità della relazione con il paziente-cittadino;
- processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona.<sup>35</sup>

In termini di risultati, si è visto come le strutture sanitarie con maggiori posti letto abbiano ottenuto un punteggio medio più alto, inoltre per tutte le quattro macroaree il punteggio medio nazionale si attesta intorno alla sufficienza.<sup>36</sup> Nonostante il dato aggregato nazionale positivo, si evidenziano importanti criticità: in termini di accessibilità, nulla è stato fatto per eliminare le barriere sensoriali per i pazienti con disabilità. Dal punto di vista della semplificazione delle procedure, gli utenti lamentano uniformemente delle scarse alternative al pagamento del ticket sanitario mentre, sul lato del libero accesso alle informazioni, sono rari i sistemi di condivisione telematica dei dati clinici tra ospedali e medici di base nonché scarsa la possibilità di consultare online la propria cartella clinica e i referti degli esami diagnostici. Rileva anche un sentimento negativo da parte degli utenti rispetto agli orari di servizio dei pasti, in particolare la cena spesso servita prima delle 19, giudicati come troppo distanti dalle consuetudini delle persone. Se da un lato, l'orario così stabilito consente al personale di organizzarsi in termini lavorativi, dall'altro aumenta la frustrazione e la sensazione di disorientamento dei degenti, lontani dalla propria casa e dalle proprie routine quotidiane. Altra questione riguarda la non attivazione di corsi di formazione per il personale sanitario rispetto alla comunicazione clinica e alla relazione di aiuto. Finanche, emerge la totale disattenzione da parte delle strutture nei riguardi delle persone di diversa cultura e provenienza.<sup>37</sup> In sintesi, dunque, nonostante il risultato generale positivo, risulta evidente come si debba intervenire concretamente sugli aspetti di carenza, al fine di tutelare le esigenze di salute dei cittadini. Appare chiaro che, oltre alla questione etica già menzionata, è necessario che il rapporto di cura umanizzi il malato per un ulteriore motivo: se, quando accede ai servizi, il cittadino non sente riconosciuta la propria dignità, a maggior ragione perderà fiducia nel servizio sanitario – fattore che negli ultimi tempi sta crescendo in modo allarmante<sup>38</sup> – minandone così la situazione già precaria.

---

<sup>35</sup> Agenas, *La persona prima di tutto – Agenas “misura” l’umanizzazione della sanità, op. cit.*

<sup>36</sup> Si riportano i punteggi medi nazionali per aree: accessibilità fisica, vivibilità, comfort dei luoghi di cura **6.93**, accesso alle informazioni, semplificazione e trasparenza **6.13**, cura della relazione con il paziente/cittadino **6.36**, processi assistenziali e organizzativi orientati al rispetto e alla specificità della persona **6.45**.

<sup>37</sup> Agenas, *La persona prima di tutto – Agenas “misura” l’umanizzazione della sanità, op. cit.*

<sup>38</sup> Redazione, *L’appello di Federconsumatori: “Riqualificare Ssn. Cresce la sfiducia dei pazienti”*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Cronache, data pubblicazione: 27/03/2013, [https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=14148](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=14148), cons. il 26/05/2024.

Oltre alle problematiche derivanti dalla gestione delle strutture ospedaliere, per comprendere il processo di disumanizzazione del malato, si ritiene necessario affrontare quello che in antropologia medica è stato definito come *riduzionismo biologico*: s'intende un approccio biologizzante, volto a considerare unicamente il lato meccanicistico della biologia dei corpi umani, equiparandoli in termini funzionali a quelli di qualunque altro essere vivente. In questo modo si esclude la visione dell'uomo definita a livello antropologico come soggetto culturalmente plasmato che agisce all'interno di reti sociali. Tale approccio sarebbe riconducibile ad una corrente di pensiero di natura positivista che vedrebbe come unica fonte di sapere "certo" la scienza, intesa in maniera riduzionista come derivante dall'osservazione dei fenomeni empirici e dalla loro elaborazione attraverso gli strumenti della tecnica. Questa svolta epistemica porterebbe i professionisti della salute a vedere i pazienti unicamente come corpi affetti da patologie empiricamente osservabili, escludendone il lato "umano" inteso come plasmazione culturale e vita relazionale delle persone. Dunque, fattori biologici derivanti da rappresentazioni quantitative e valutabili empiricamente sarebbero percepiti come maggiormente "reali" rispetto a fattori sociali, configurando una sorta di primato delle scienze empiriche rispetto a quelle sociali ed umanistiche.<sup>39</sup>

Alessandro Lupo, nell'articolo "Antropologia medica e umanizzazione delle cure" per la rivista della Società italiana di antropologia medica, riporta, a tal proposito, le testimonianze di due donne:

"Le emozioni fanno molto. Qui in ospedale invece si è estremamente attenti unicamente al lato corporeo della malattia, ma non a quello interiore. Io non sono un organo malato, invece qua il paziente diventa un oggetto spostato e toccato a piacimento." (donna di 67 anni, con difficoltà respiratorie)

"I medici sembra che quando prendono la laurea, la maggior parte, ringraziando Dio non tutti... Però molti co' la laurea glie danno il fatto che l'umanità la devono cancellà, che devono sapè scrive male su 'e cartelle per non fa legge bene, e basta [...] Invece sembra che nel momento in cui uno si mette il camice uno è autorizzato a... a non filasse 'e persone." (donna di 33 anni, affetta da cefalee)<sup>40</sup>.

Dalle parole delle due donne, emerge chiaramente come, nonostante casi positivi quale quello precedentemente menzionato di Lucia Teresa Benetti, invalga ancora un approccio da parte dei

---

<sup>39</sup> Lupo A., *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, op. cit.

<sup>40</sup> *Ibidem*.

professionisti in termini di medicina *evidence based* con la quale gli stessi si concentrano sui sintomi empirici delle patologie, dimenticando – più o meno consapevolmente – la dimensione umana dei pazienti. Ciò porta a realizzare una pericolosa sineddoche per la quale una persona si trovi ad essere definita dall'organo malato e, conseguentemente, dalla propria patologia, con il rischio che, se ammantata di un ingenuo giudizio morale e sociale, la malattia si tramuti in una colpa e la salute in un valore.

La questione diventa ancor più pregnante se si considera la combinatoria sociologica DIS (Disease, Illness e Sickness) come offerta da Andrew Twaddle nel 1968:

- Disease si ha quando la malattia viene riconosciuta e trattata dalla scienza medica e dal personale sanitario mediante le opportune procedure.
- Illness corrisponde alla sofferenza patologica del paziente, unita agli aspetti legati alla dimensione umana e sociale del medesimo.
- Sickness è legato all'interpretazione che la società offre della malattia.<sup>41</sup>

I tre aspetti legati alla dimensione della malattia possono coesistere ma anche mancare: in tal senso, si mostra evidente come non vi sia un'unica definizione di malattia (Disease) come la medicina *evidence based* porterebbe ad asserire, bensì possono esservi situazioni in cui la patologia possa essere percepita come sofferenza da parte del malato (Illness) e mancare di un riconoscimento a livello di scienza medica, nonché da parte della società stessa. Se, dunque, accettiamo che possa esistere una definizione di patologia che riguardi unicamente il sentire del paziente, non solo significa affermare che possa esistere una patologia all'infuori della definizione che di questa ne farebbe la scienza medica, ma vuol dire che si palesano nelle persone delle istanze patologiche non misurabili mediante gli strumenti empirici della tecnica e, dunque, afferendo al mondo delle scienze umanistiche e sociali, esistano “realmente” e siano altrettanto degni di riconoscimento: può, infatti, darsi che una malattia sia riconosciuta dal paziente e dalla società ma non dalla scienza medica.

Ecco che, in tempi recenti, nel dibattito medico si sta facendo strada il concetto di medicina *patient centered*, ovvero di medicina incentrata sul paziente, spostando l'attenzione dal fenomeno empirico patologico, in favore di una visione che guardi al paziente nella propria interezza fatta di aspetti biologici ma anche sociali ed emozionali, così da cogliere le patologie in tutti i propri aspetti. Tali

---

<sup>41</sup> Twaddle A., *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behaviour among Older Males in Providence, Rhode Island*, Tesi di Dottorato, Università Brown, 1968.

afflitti hanno ricevuto un'eco finanche a livello istituzionale e in Italia, con il Patto per la salute 2014-2016, si è deciso di intervenire in termini di umanizzazione delle cure. All'interno del documento istituzionale si affrontava la questione affermando: "nel rispetto della centralità della persona nella sua interezza fisica, psicologica e sociale, le Regioni e le Province Autonome si impegnano ad attuare interventi di umanizzazione in ambito sanitario che coinvolgano aspetti strutturali, organizzativi e relazionali dell'assistenza e si predispongono un programma annuale di umanizzazione delle cure che comprenda la definizione di un'attività progettuale in tema di formazione del personale e un'attività progettuale in tema di cambiamento organizzativo indirizzato soprattutto all'Area critica, Pediatria, Comunicazione, Oncologia, Assistenza domiciliare".<sup>42</sup> Purtroppo, per quanto si fosse dato slancio ad un timido tentativo di riforma del sistema in termini di umanizzazione delle cure, a causa della pandemia scoppiata nel 2020 e delle restrizioni, sono stati fatti dei significativi passi indietro – dei quali si farà approfondimento nel paragrafo successivo.

Un altro aspetto che si ritiene contribuisca alla disumanizzazione dei pazienti, inerisce proprio al processo di alienazione del personale che, come visto, svolge un compito delicatissimo e, in modo più o meno consapevole, si trova quotidianamente a trattare le patologie sia in termini di manifestazioni empiriche che di sofferenza individuale dei pazienti. A tal proposito, certi atteggiamenti spersonalizzanti da parte del personale potrebbero essere riletti alla luce non tanto di una predisposizione individuale dell'operatore, bensì come esito di un meccanismo di tutela di fronte ad un carico emotivo impegnativo. Il contatto reiterato con le esigenze di pazienti e familiari può portare il personale ad uno stato di stress cronico e ad un esaurimento emozionale, se in passato quest'ultimo veniva considerato come fattore di debolezza e considerato un tabù, ultimamente sono stati messi in luce gli effetti di uno stress lavoro-correlato a cui gli operatori sanitari vengono sottoposti e che possono sfociare nel disturbo post-traumatico da stress. Lo stress deriva da un processo di adattamento da parte della mente umana verso fattori imprevedibili ed incontrollabili definiti come stressor; quando questi fattori sopraggiungono reiteratamente, l'operatore non è più in grado di elaborarli con una risposta fisiologica e, in condizioni di fragilità e predisposizione individuale, il meccanismo di adattamento può tramutarsi in disturbo da stress post traumatico, fenomeno che renderebbe maggiormente esposto, in tal senso, il personale che opera in ambulanza poiché a contatto con situazioni fortemente imprevedibili ed improvvise.<sup>43</sup>

---

<sup>42</sup> Agenas, *La persona prima di tutto – Agenas "misura" l'umanizzazione della sanità, op. cit.*

<sup>43</sup> Garbin T., *Fattori di stress per l'équipe e strategie di coping*, Nurse24.it, sez. Emergenza-Urgenza, data pubblicazione: 21/06/2018, aggiornato al 10/04/2019, <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fattori-stress-infermieri-soccorso-ambulanza.html>, cons. il 28/05/2024.

Tra i sintomi del disturbo da stress post traumatico si annoverano insonnia, irritabilità, ansia, aggressività e tensione generalizzate; non è, dunque, difficile immaginare come in una situazione psicologica di tale complessità un operatore non sia più in grado di gestire le esigenze del paziente ed elabori una risposta deviante che conduca a processi di spersonalizzazione del malato. Altro sintomo del disturbo da stress post traumatico corrisponde al meccanismo dell'evitamento con il quale si cerchi di evitare qualunque aspetto che ricordi l'esperienza traumatica vissuta; quest'ultimo si ritiene essere l'elemento che possa condurre maggiormente a fenomeni di oggettivizzazione dei pazienti. Se, infatti, l'operatore necessita di evitare ciò che lo ha traumatizzato, per portare a termine il proprio incarico lavorativo, si troverà a dover attuare una scissione mentale tra il malato come persona foriera di sofferenza ed emotività e come corpo da trattare. Di qui, con un atteggiamento che eviti completamente il lato emotivo e relazionale, si soffermerà unicamente sulla patologia e sull'organo malato con la diretta conseguenza che, se da un lato avrà comunque svolto il compito richiesto, dall'altro il paziente si percepirà ancora una volta come reificato. In tal senso, nelle professioni sanitarie è fondamentale essere in grado di sviluppare un approccio empatico controllato, è altresì necessario realizzare una condizione di distanza professionale per non incorrere in processi di identificazione con il paziente malato o con i familiari, ma è altrettanto importante che questa stessa distanza non diventi l'unico presupposto della relazione di cura.

Tra i fattori che inducono il personale ad ammalarsi di disturbo da stress si includono anche i già menzionati processi burocratici: alcuni infermieri hanno riportato di vivere con ansia la gestione del lavoro per via di un sovraccarico dello stesso e di un senso di incapacità di offrire prestazioni in linea con gli standard previsti a causa della mancanza cronica di risorse, tempo e personale. Gli operatori, dunque, si sentirebbero sopraffatti dalle procedure e dalla quantità di lavoro burocratico da svolgere. Inoltre, la questione maggiormente preoccupante riguarderebbe il fatto che degli infermieri avrebbero affermato di sentirsi parte di una catena di montaggio: in questo senso, si realizzerebbe il concetto di alienazione - così come per la prima volta proposto da Karl Marx ne "Il Capitale" – secondo il quale l'operaio nel sistema economico classico, privato dei frutti del proprio lavoro destinati al capitalista, trasformerebbe sé stesso in una merce da sfruttare ed in questo meccanismo che ne mortifica mente e corpo, si renderebbe profondamente infelice ed inappagato.<sup>44</sup> Ecco che se per alcuni operatori l'idea di agire in procedure standardizzate possa essere avvertito come rassicurante, per altri significhi

---

<sup>44</sup> Missiroli P., "Scritti sull'alienazione" di Karl Marx, recensione a Marx K., *Scritti sull'alienazione. Per la critica della società capitalistica*, testi scelti e introdotti da Musto M., Donzelli editore, Roma, 2018, p. 160, data pubblicazione: 31/10/2018, <https://www.pandorarivista.it/articoli/scritti-alienazione-karl-marx/>, cons. il 28/05/2024.

relegarsi ad un ruolo puramente esecutivo dove la totale assenza di feedback da parte di colleghi e pazienti rende vana una qualsivoglia passione lavorativa, nonché il senso medesimo dell'incarico svolto.<sup>45</sup> In questo senso, si può trarre che taluni operatori sanitari da un lato vengano mercificati dal sistema, dall'altro, come parte del medesimo sistema, si trovino a compiere, più o meno consapevolmente, processi di reificazione nei riguardi dei pazienti.

Al fine di evitare di incorrere in disturbi da stress, si ritiene importante applicare strategie di *coping*<sup>46</sup> ad hoc per i soggetti che comprendano il parlare, il *debriefing*,<sup>47</sup> l'attività fisica e il supporto psicologico. In particolare, sfogarsi rispetto a ciò che si vive con parenti, colleghi o uno psicologo permette alla persona di ridurre lo stress accumulato; ciò avviene, comprendendo gli eventi traumatici e riconoscendo che non si sarebbe potuto agire diversamente, in modo tale da superare i sensi di colpa.<sup>48</sup>

Un ulteriore fattore di stress per il personale sanitario riguarda la responsabilità della scelta relativa alle modalità di cura che, per la natura di tale lavoro, spesso può avvenire in situazioni di estrema emergenza ed in un lasso di tempo brevissimo, motivo per il quale è fondamentale che gli operatori si mantengano lucidi e abbiano il pieno controllo di ciò che stanno facendo. La conseguenza del timore di intraprendere una scelta deriva, oltre che da una ragione etica, da una necessità di tutela giuridica; con il riconoscimento di tutta una serie di diritti nei riguardi dei pazienti (si pensi al diritto alla privacy e all'oblio) avvenuto nel corso dell'attuale secolo, si è realizzata concretamente la possibilità da parte delle persone di procedere in giudizio contro gli operatori tacciati di negligenza o di aver agito con dolo o colpa. Esiste, peraltro, un mercato di servizi legali che offre assistenza nei casi di malasanità, con relativa pubblicizzazione degli stessi. In questo senso, per evitare qualsiasi addebito di responsabilità rispetto alla propria scelta, il personale sanitario pone in atto quella che viene definita come *medicina difensiva*, ovvero la tendenza a prescrivere prestazioni diagnostiche o farmaci anche quando non necessari pur di non incorrere in rischi di natura giuridica.<sup>49</sup> Secondo un sondaggio condotto dall'Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali (Agenas) nel 2014, avendo

---

<sup>45</sup> Garbin T., *Fattori di stress per l'équipe e strategie di coping*, op. cit.

<sup>46</sup> Il concetto di coping (dall'inglese, lett. fronteggiare) in psicologia corrisponde ad una serie di comportamenti messi in atto dai soggetti per affrontare le situazioni stressanti o di conflitto.

<sup>47</sup> Il debriefing è un approccio psicologico-clinico usato per fronteggiare i disturbi post traumatici da stress mediante un intervento di gruppo coordinato da uno psicologo esperto in materia. Il termine, nato nell'ambito della psicologia dell'emergenza, si usa per definire anche tutte quelle situazioni lavorative, quali ad esempio la fine del turno o di una riunione, in cui si compie un intervento di gruppo dove ci si confronta con lo scopo di trarre una valutazione finale di un processo.

<sup>48</sup> Garbin T., *Fattori di stress per l'équipe e strategie di coping*, op. cit.

<sup>49</sup> Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, op. cit.

intervistato 1.484 medici, è emerso che la medicina difensiva dipenda per il 31% da casi di legislazione sfavorevole per il personale, per il 28% dal rischio di essere citati in giudizio e per il 14% da uno sbilanciamento nel rapporto medico-paziente, in favore del malato che effettuerebbe richieste eccessive e pressioni.<sup>50</sup> Si precisa come un approccio medico così fortemente cautelativo, come già affermato, rientra tra gli elementi che la letteratura di settore riconduce come causa dei processi di disumanizzazione.

Relativamente alla questione della medicina difensiva, si stanno aprendo attualmente degli spiragli che possano garantire una maggior serenità al personale e contemporaneamente la tutela del paziente. Se in passato la Giurisprudenza si era pronunciata in termini di condanna dell'ente in solido al comportamento dei sanitari, con principale destinatario del dovere di diligenza il ruolo del professionista, sentenze più recenti hanno riconosciuto che l'assistenza sanitaria costituisce un servizio complesso ed integrato, motivo per il quale un eventuale danno può scaturire non necessariamente da un singolo operatore, bensì dal comportamento di una pluralità di soggetti. Per questi motivi, nel corso degli ultimi decenni è maturata l'esigenza da parte delle strutture sanitarie di adottare approcci legati al *risk management* che contribuirebbe al buon funzionamento delle strutture mediante percorsi di monitoraggio e autovalutazione. L'applicazione di un modello di *governance aziendale*, basato su una attenta gestione del rischio, nonché su efficienza e trasparenza, consentirebbe di rimettere al centro le esigenze del paziente definito non solo come polo di una relazione terapeutica ma, da un punto di vista imprenditoriale, come cliente finale il quale, mediante la fruizione del servizio, possa offrire una valutazione delle performance dell'azienda, quale feedback per un miglioramento. Inoltre, tali metodi inciderebbero in termini di minor litigiosità sia tra colleghi che con gli utenti e, infine, mediante l'adozione di comportamenti virtuosi, si arriverebbe a realizzare una vera e propria razionalizzazione della spesa pubblica.<sup>51</sup>

In conclusione, dunque, disumanizzazione dei pazienti e alienazione del personale possono essere considerate quali aspetti diversi con medesima matrice: l'attuale crisi dei sistemi pubblici di salute. Tale crisi, come visto, comprende parzialmente ragioni lontane, legate ad una programmazione dei servizi pubblici nel corso del secolo scorso non sempre mirata, tuttavia, in tempi recenti, determinate criticità si sono acuite a causa della pandemia da Covid-19 che ha stravolto gli equilibri preesistenti:

---

<sup>50</sup> *Ibidem*.

<sup>51</sup> Coppola S., Grasso E., *Quel che resta della responsabilità medica: riflessioni sul ruolo delle strutture sanitarie*, Il Mulino, rivista di Politica del diritto, fascicolo n. 4, 12/2012, doi: 10.1437/73060, pp. 643-661.



in particolare, il rapporto tra professionisti e pazienti, il quale già non godeva di ottima salute, si è incrinato ulteriormente e, pertanto, si ritiene opportuno, nel corso del paragrafo successivo, affrontarne i risvolti.

#### **4.4 Gli impatti della pandemia su personale e pazienti**

La pandemia da Covid-19 ha avuto un impatto negativo su personale e pazienti nei termini in cui si sono generati sentimenti di stress e paura di fronte ad una malattia sconosciuta. In particolare, affrontando il punto di vista degli operatori sanitari, vi era il timore di ammalarsi, la paura che persone care, colleghi e pazienti potessero morire; inoltre, a generare ulteriore frustrazione vi era l'uso di dispositivi di protezione individuale (dpi) inadeguati ed un sentimento di impotenza nel trattare la patologia per via di una conoscenza medica che allora era inevitabilmente scarsa. Al contempo, i pazienti venivano ugualmente investiti da frustrazione e paura che si traducevano in un'ansia sociale di poter contrarre il virus e, a propria volta, trasmetterlo ai propri cari. In tale contesto, si è assistito ad un aumento di casi di violenza nei riguardi degli operatori che, come visto, si trattava di un fenomeno già tristemente presente nelle strutture sanitarie.

Con lo scoppio dell'epidemia, i mass media hanno raffigurato gli operatori sanitari come *eroi* che indefessamente “combattevano” il virus, svolgendo turni massacranti e, nonostante il rischio di essere contagiati, tentavano di garantire il rispetto del diritto alla salute nei confronti dei cittadini. A tal proposito, si ricorda la testimonianza di Alessia Bonari, infermiera presso l'Ospedale di Grosseto, la quale nel 2020, in piena pandemia, era balzata agli onori delle cronache poiché, tramite l'account appartenente ad un noto social network, condivise una foto che la ritraeva in ospedale con i lividi sul volto, dovuti ad un uso prolungato della mascherina e testimonianza degli sforzi che il personale stava sostenendo. A corredo della foto, Alessia aveva scritto un lungo post di sfogo: “Sono un'infermiera e in questo momento mi trovo ad affrontare questa emergenza sanitaria. Ho paura anche io, ma non di andare a fare la spesa, ho paura di andare a lavoro. Ho paura perché la mascherina potrebbe non aderire bene al viso, o potrei essermi toccata accidentalmente con i guanti sporchi, o magari le lenti non mi coprono nel tutto gli occhi e qualcosa potrebbe essere passato. Sono stanca fisicamente perché i dispositivi di protezione fanno male, il camice fa sudare e una volta vestita non posso più andare in bagno o bere per sei ore. Sono stanca psicologicamente, e come me lo sono tutti i miei colleghi che da settimane si trovano nella mia stessa condizione, ma questo non ci impedirà di svolgere il nostro lavoro come abbiamo sempre fatto. Continuerò a curare e prendermi cura dei miei pazienti, perché sono fiera e innamorata del mio lavoro. Quello che chiedo a chiunque stia leggendo questo post è di

non vanificare lo sforzo che stiamo facendo, di essere altruisti, di stare in casa e così proteggere chi è più fragile. Noi giovani non siamo immuni al coronavirus, anche noi ci possiamo ammalare, o peggio ancora possiamo far ammalare. Non mi posso permettere il lusso di tornarmene a casa mia in quarantena, devo andare a lavoro e fare la mia parte. Voi fate la vostra, ve lo chiedo per favore.”<sup>52</sup>

Le parole di Alessia Bonari mostrano come il personale sanitario durante la pandemia sia stato investito da una condizione di stress senza precedenti e, in tal senso, nel medesimo periodo i quotidiani nazionali si sono spesi molto al fine di riportare esperienze come quella dell’infermiera di Grosseto. In un certo senso, la scelta della stampa di raffigurare gli operatori sanitari come *angeli con il camice* – sfociando talvolta in un eccessivo esercizio di retorica – così come la decisione di riportare queste stesse testimonianze a più riprese avrebbero prodotto l’effetto contrario rispetto a quello atteso di sensibilizzazione. In quel periodo, a causa del lockdown e delle restrizioni, uno dei pochi “luoghi” in cui si potevano ancora realizzare interazioni sociali erano i social networks e, per questo motivo, il dibattito pubblico si era quasi del tutto spostato su tali piattaforme. A questo proposito, relativamente a contenuti riguardanti le testimonianze degli operatori sanitari, non era infrequente trovare diverse interazioni negative da parte dei cittadini i quali – a titolo esemplificativo – ricordavano che anche il personale dei supermercati stesse compiendo uno sforzo ingente e lamentavano il silenzio dei giornali al riguardo. Oppure, altri equiparavano gli operatori sanitari alle forze armate, sostenendo la tesi per cui fosse pletorico incensare gli operatori, dato che in una fase emergenziale dovessero compiere il proprio dovere tanto quanto un militare allo scoppio di una guerra. In sostanza, si ritiene che una delle possibili ragioni che hanno condotto ad un aumento dei casi di violenza verso gli operatori possa essere riconducibile proprio a tale fenomeno: lo scopo di sensibilizzare il cittadino in merito alla condizione del personale sanitario durante la pandemia, per quanto nobile, si è concretizzato in una sorta di insistenza da parte dei mass media che, in tal senso, ha fatto perdere credibilità prima alle testate ed in secondo luogo alla categoria di lavoratori.

Altre ragioni che potrebbero aver condotto ad un aumento dei casi di violenza potrebbero risiedere nella paura e nelle informazioni errate che circolavano intorno alla patologia da Covid-19, nonché dall’alto tasso di infezione tra gli operatori che avrebbe portato la cittadinanza a percepirla come un rischio di contagio per la collettività.

---

<sup>52</sup> Redazione, *Coronavirus, l’infermiera mostra i lividi della mascherina: “State a casa, non vanificate i nostri sforzi”*, la Repubblica, sez. Le Storie, data pubblicazione: 10/03/2020, [https://www.repubblica.it/le-storie/2020/03/10/news/coronavirus\\_infermiera\\_grosseto\\_alessia\\_bonari\\_segna\\_mascherina\\_instagram-250873566/](https://www.repubblica.it/le-storie/2020/03/10/news/coronavirus_infermiera_grosseto_alessia_bonari_segna_mascherina_instagram-250873566/), cons. il 02/06/2024.

Nel periodo pandemico, uno dei luoghi più colpiti dai fenomeni di violenza è stato proprio il Pronto Soccorso: secondo uno studio statunitense, nel periodo pandemico gli operatori sanitari avrebbero subito un maggior numero di episodi di violenza da parte dell'utenza (2,53 incidenti per 1000 visite di pazienti). Gli stessi intervistati avrebbero dichiarato che le aggressioni fisiche fossero in aumento; il dato che colpisce riguarda il fatto che le aggressioni sarebbero avvenute attraverso i fluidi corporei poiché appare evidente come in periodo pandemico un gesto di tal sorta – in quanto veicolo di contagio – avrebbe chiaramente realizzato un pericolo per la persona e, dunque, la altrettanto chiara volontà di danneggiare l'operatore.<sup>53</sup>

In Italia, i Pronto Soccorso sono stati sovraccaricati di pazienti a causa della pandemia (si consideri che il tasso di ricovero è aumentato dal 17% al 35%) e, per questo motivo, sono stati tra le aree maggiormente colpite da fenomeni di violenza. A tal proposito si è proposta come possibile soluzione a tali criticità, la già citata questione inerente ad un rapporto empatico tra personale e pazienti. Pertanto, nel 2020, l'International Committee of the Red Cross per prevenire il problema della violenza verso gli operatori sanitari, ha stilato una serie di raccomandazioni per una corretta comunicazione e collaborazione.<sup>54</sup> Attualmente, sia sul panorama italiano che internazionale, non ci sono ancora moltissimi studi inerenti ad una correlazione tra pandemia e violenza sul personale, tuttavia, per quanto scarsi, i risultati delle poche analisi mettono in luce che l'aggressività verso gli operatori sia aumentata esponenzialmente in concomitanza dell'epidemia da Covid-19.

Dal punto di vista dei pazienti, un'altra possibile causa che si ritiene possa aver incrementato la sfiducia verso il personale sanitario e, conseguentemente ad episodi di violenza, riguarda una tra le restrizioni dovute alla pandemia ovvero le visite ai malati da parte dei familiari. A tal proposito, s'intende affrontare una patologia che talvolta insorge nei degenti delle strutture ospedaliere ovvero lo stato confusionale e declino mentale dovuti al ricovero: essere malati, quando si tratta di assumere farmaci per dolore o ansia può portare ad uno stato confusionale. In tal senso, in ambito ospedaliero la condizione del malato tende ad essere spersonalizzante: i pazienti indossano un camice e non più i propri vestiti, inoltre sono lontani dai propri riferimenti quotidiani quali le pareti della propria casa come anche i propri affetti. A ciò, si aggiunge che le strutture ospedaliere spesso hanno un arredamento scarno ed istituzionale e le procedure che orientano la vita sono disorientanti: i malati

---

<sup>53</sup> De Luca W., Baldini F., D'Alterio M., *L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla Workplace Violence in Pronto Soccorso: focus in area Triage*, Italian Journal of Nursing, s.d., <https://italianjournalofnursing.it/limpatto-della-pandemia-da-covid-19-sulla-workplace-violence-in-pronto-soccorso-focus-in-area-triage/>, cons. il 02/06/2024.

<sup>54</sup> *Ibidem*.

possono essere svegliati durante la notte e gli esami e le apparecchiature possono aumentare un senso di frustrazione. Altra questione riguarda una totale mancanza di intimità: se allettati, i pazienti possono trovarsi ad espletare i propri bisogni fisiologici in una padella o tramite un catetere alla presenza del personale o di uno o più compagni di stanza. Questi aspetti, in determinate situazioni, possono portare i pazienti ad uno stato confusionale tale da portarli a scendere dal letto, a tirare le linee endovenose o arrecare danni a sé stessi o agli altri. Nelle terapie intensive, i malati sono isolati e soli, addirittura possono mancare finestre ed orologi e, in alcuni casi, la confusione è talmente grave che si sviluppa un tipo di delirio denominato psicosi da UTI (unità di terapia intensiva) e, al fine di gestire tale stato confusionale, vengono applicate restrizioni fisiche o vengono somministrate dosi di antipsicotici.<sup>55</sup>

La letteratura medica, relativamente al delirio ospedaliero, indica i familiari quali principale fonte di prevenzione all'insorgenza di tale patologia poiché, stando costantemente vicino al malato, possono rendersi conto di eventuali problematiche ed informare il personale. Inoltre, i familiari, costituendo l'unico punto di riferimento "familiare" per il paziente, lo aiutano nell'abituarsi all'ambiente ospedaliero e, soprattutto, in una situazione così pesantemente disorientante costituiscono da filtro tra gli operatori e i malati così da permettere a questi ultimi di comprenderne le indicazioni. Da qui, la criticità insorta a causa della pandemia: per evitare il rischio di contagio dei degenti a causa di persone esterne, sono state abolite le visite da parte dei familiari e, nei periodi successivi in cui si erano diffusi i vaccini, le visite sono state limitate ad un range variabile tra una mezz'ora e un'ora – chiaramente, una tempistica eccessivamente limitata rispetto alle ventiquattro ore giornaliere che un malato trascorre in ospedale.

Con la legge 18 febbraio 2022 n. 11 si disponeva: "A decorrere dal 10 marzo ai direttori sanitari è data facoltà di adottare misure precauzionali più restrittive in relazione allo specifico contesto epidemiologico, garantendo un accesso minimo giornaliero non inferiore a quarantacinque minuti" e non derogabile nemmeno in caso di aumento di contagi.<sup>56</sup> Attualmente, si riporta a titolo esemplificativo l'orario di visita come definito dal reparto di Chirurgia Generale 3 presso l'Ospedale

---

<sup>55</sup> Pistoria M. J., *Stato confusionale e declino mentale dovuti al ricovero*, Manuale MSD Versione per i pazienti, sez. Trattamento ospedaliero, data pubblicazione: 10/2023, <https://www.msmanuals.com/it-it/casa/argomenti-speciali/trattamento-ospedaliero/stato-confusionale-e-declino-mentale-dovuti-al-ricovero>, cons. il 02/06/2024.

<sup>56</sup> Gazzetta Ufficiale, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori alle strutture ospedaliere, residenziali, socioassistenziali, sociosanitarie e hospice*, s.d., [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codi ceRedazionale=22A01279&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-02-18&art.progressivo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codi ceRedazionale=22A01279&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-02-18&art.progressivo=0), cons. il 02/06/2024.

di Padova: “Dal lunedì al venerdì dalle ore 12.00 alle 14.00 e dalle ore 17.30 alle ore 20.30; sabato e domenica dalle ore 12.00 alle 14.00 e dalle 16.30 alle 20.30. Non sono fornite informazioni sui pazienti per via telefonica o e-mail. Gli orari di visita ai pazienti e modalità di informazione variano nel periodo della pandemia COVID-19.”<sup>57</sup>

Per quanto le tempistiche siano aumentate da quarantacinque minuti ad un totale di circa cinque ore giornaliere, tutt’ora non sono in grado di coprire quantomeno la totalità delle ore diurne dei pazienti. Inoltre, se in fase di picco della pandemia il personale forniva informazioni via telefonica o e-mail circa lo stato dei parenti malati, si evidenzia come, relativamente all’Ospedale patavino, avendo allargato l’orario di visita, si è deciso di non fornire più informazioni mediante modalità “a distanza”. Risulta evidente come quest’ultima si configuri come una chiusura da parte del personale – per quanto operato di lavoro – nei riguardi dei familiari, i quali, per questioni personali o lavorative, potrebbero non riuscire a visitare il parente malato e, in situazioni di patologie gravi, non sarebbe possibile apprendere le condizioni comunicando con lo stesso. Si aggiunge, inoltre, che seppur l’orario di visita sia stato ampliato, non consente in ogni caso di seguire il paziente nel corso della giornata e a seconda delle sue esigenze: se è vero che il personale è deputato alla cura dei malati, è altrettanto vero che in una situazione di sovraccarico di lavoro – come lamentato dagli stessi –, dove possibile, potrebbe essere utile che un parente apprestasse quelle cure personali ed intime che non necessitano di conoscenza medica. Inoltre, la tesi secondo cui i parenti in visita possano essere veicolo di contagio da Covid-19, sarebbe presto smentita mediante la certificazione proveniente da idoneo tampone o da Green Pass per avvenuta vaccinazione. Se nei primi tempi della pandemia il personale sanitario per evitare il contagio era costretto a non lasciare le strutture sanitarie, oggi sia tirocinanti che operatori di ruolo possono tranquillamente far rientro presso il proprio domicilio e frequentare qualunque luogo ritengano opportuno purché, al rientro in struttura, presentino l’esito del tampone. A questo proposito, se tale procedura vale per il personale sanitario, perché non estenderla anche ai familiari dei pazienti così che possano assisterli durante la totalità della degenza ed evitare l’insorgenza di patologie derivanti dal ricovero ospedaliero, nonché un alleggerimento del carico lavorativo degli operatori?

In conclusione, con la fine dell’emergenza sanitaria, si ritiene che la riapertura totale delle strutture sanitarie possa essere non solo una forma di umanizzazione delle cure – come visto in precedenza –

---

<sup>57</sup> Chirurgia Generale 3, *Ricovero*, Università degli studi di Padova, s.d. <https://www.clinicachirurgica.it/informazioni-e-personale/ricovero/>, cons. il 02/06/2024.

ma anche una possibile soluzione rispetto alla sfiducia dei familiari e dei pazienti nei riguardi degli operatori che spesso sfocia in episodi di violenza. In ultimo, la presenza di un familiare che si occupi a tempo pieno delle esigenze primarie del malato, potrebbe alleggerire il carico di lavoro del personale e, peraltro, senza alcun impatto economico sulla struttura ospedaliera.

## Capitolo 5 Uno sguardo al futuro della Sanità

### 5.1 P.N.R.R. Missione 6: Salute

Il 21 luglio 2020 il Consiglio Europeo ha deliberato l'istituzione di uno strumento temporaneo di ripresa e rilancio economico denominato Next generation Eu: si trattava di una cifra pari a oltre 800 miliardi di euro, inserita nel bilancio europeo 2021-2027 al fine di risanare le perdite che i paesi membri avevano subito nel corso della pandemia da Covid-19. Tale strumento si focalizzava intorno a quattro assi portanti:

- Transizione ecologica: intesa come impegno nella lotta al cambiamento climatico;
- Transizione digitale: aumentare la copertura di internet sul territorio dei paesi, possibilmente implementando la tecnologia 5G e formando i cittadini rispetto alle competenze digitali e ad un uso responsabile degli strumenti tecnologici;
- Stabilità macroeconomica: aumentare le opportunità lavorative, in particolare per i giovani ed impegnarsi a garantire un rapporto sostenibile tra prodotto interno lordo e spesa pubblica.
- Equità: appianare disegualianze ed evitare discriminazioni di razza, genere, orientamento sessuale e qualunque altra forma di odio.<sup>1</sup>

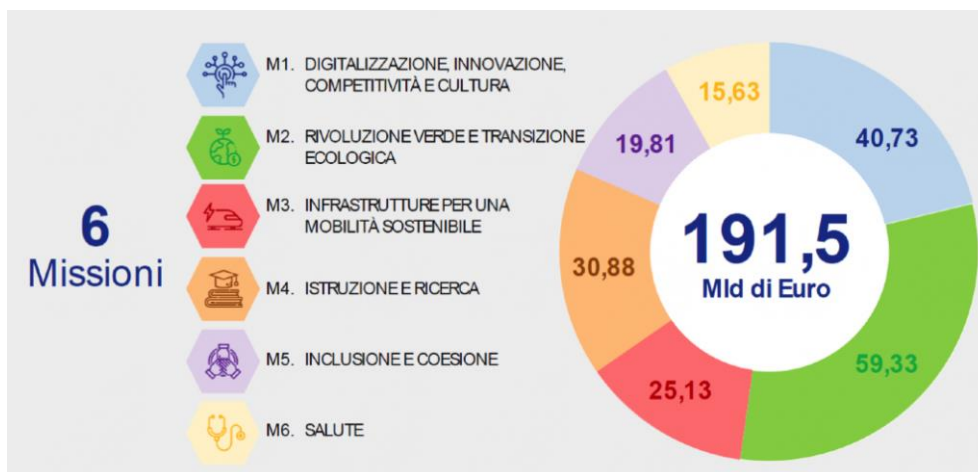
Destinazione	Somma (mld €)
Dispositivo europeo per la ripresa e la resilienza	723.8
di cui prestiti	385.8
di cui sovvenzioni	338
React-EU	50.6
Orizzonte Europa	5.4
Fondo InvestEu	6.1
Sviluppo rurale	8.1
Fondo per una transizione giusta (JTF)	10.9
RescEu	2
Totale	806.9

---

<sup>1</sup> Redazione, *Che cos'è il Next generation Eu*, Openpolis, s.d., aggiornato al 21/12/2021, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose-il-next-generation-eu/>, cons. il 03/06/2024.

Il Next generation Eu racchiudeva in sé diversi tipi di finanziamenti: tra questi vi era il Dispositivo europeo per la ripresa e resilienza a cui era destinata una somma pari a 723.8 miliardi di euro. In questo senso, ogni paese membro si impegnava a presentare entro il 30 aprile 2021, salvo approvazione, un piano di ripresa e resilienza che si ispirasse ai quattro assi europei e che sarebbe stato finanziato tramite il Dispositivo europeo, il quale costituiva la destinazione economica più cospicua fra tutte quelle previste dal Next generation Eu. Si prevedeva, inoltre, che i piani nazionali degli stati a seguito di approvazione fossero finanziati per il 70% entro il 2022, mentre per il 30% entro il 2030 con la possibilità spendere i fondi dal 2026; qualora la prima quota di finanziamenti non fosse stata spesa entro la data stabilita, l'accesso ai fondi sarebbe stato interrotto.<sup>2</sup>

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (P.N.R.R.) italiano è stato approvato in data 13 luglio 2021 con Decisione di esecuzione del Consiglio che aveva recepito la proposta di decisione della Commissione europea. In termini di finanziamenti, l'Italia è stato il Paese che ha potuto godere dell'assegnazione di fondi maggiore: 191,5 miliardi, di cui 122,6 come prestiti e 68,9 come sovvenzioni.<sup>3</sup> Il P.N.R.R. si basava su tre assi strategici in linea con le indicazioni europee (transizione digitale, ecologica, inclusione sociale) e si componeva di sei missioni articolate in 16 Componenti relative a 43 ambiti di intervento. In aggiunta ai finanziamenti europei, l'Italia si impegnava a stanziare 30,6 miliardi di risorse all'interno di un fondo complementare.<sup>4</sup>



<sup>2</sup> *Ibidem.*

<sup>3</sup> Camera dei deputati, *il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Parlamento italiano, sez. PNRR, s.d., [https://temi.camera.it/leg19/pnrr.html#:~:text=Il%20PNRR%20dell'Italia%20\(Recovery,di%20decisione%20della%20Commissione%20Europea., cons. il 03/06/2024.](https://temi.camera.it/leg19/pnrr.html#:~:text=Il%20PNRR%20dell'Italia%20(Recovery,di%20decisione%20della%20Commissione%20Europea., cons. il 03/06/2024.)

<sup>4</sup> Redazione, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): missioni, obiettivi, struttura e priorità trasversali*, Moltocomuni, sez. Miscellanea, data pubblicazione: 15/10/2021, <https://www.moltocomuni.it/rubriche/miscellanea/il-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-pnrr-missioni-obiettivi-struttura-e-priorita-trasversali/>, cons. il 03/06/2024.



In data 8 dicembre 2023, il Consiglio europeo ha approvato il nuovo P.N.R.R. italiano con Decisione di esecuzione, modificando così la Decisione del 13 luglio 2021: il nuovo piano prevedeva un finanziamento pari a 194,4 miliardi di euro, di cui 122,6 come prestiti e 71,8 come sovvenzioni. Dunque, oltre ad un aumento di 2,9 milioni euro, sono state previste 7 riforme in più per un totale di 66 e 150 investimenti.

Si è proceduto, altresì, con l'aggiunta della missione n.7 finanziata per 11,17 miliardi di euro e dedicata al *REPowerEU*<sup>5</sup>. Rispetto al piano originario, sono stati disposti investimenti aggiuntivi pari a 25 miliardi di euro e altri interventi sono stati definanziati per 22 miliardi.<sup>6</sup>

Il processo di revisione del piano nazionale ha mantenuto inalterata la Missione n. 6 Salute, la quale ha come obiettivo quello di riformare e investire sul Servizio sanitario nazionale entro il 2026. Come riporta il sito del Ministero della Salute, la Missione n. 6 prevede i seguenti obiettivi:

- Adeguare il Servizio sanitario relativamente alla situazione demografica ed epidemiologica;
- Garantire il diritto alla salute in maniera egualitaria, senza discriminazioni di genere o economiche;
- Adeguare il fabbisogno di salute nei luoghi scoperti, fornendo una valida rete di assistenza primaria territoriale;
- Aumentare l'offerta di salute sul territorio, eliminando la disparità tra Nord e Sud Italia;
- Valorizzare il personale sanitario, incrementare la ricerca e l'innovazione tecnologica.<sup>7</sup>

La Missione Salute, finanziata da 15,63 miliardi di euro, si articola in due componenti: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale. A seguire, si riporta la tabella realizzata dal Ministero della Salute con la quale sono indicate componenti e sottocomponenti destinatarie degli investimenti.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> Il REPowerEU è un piano europeo in risposta alla crisi energetica scaturita con lo scoppio della guerra in Ucraina e prevede di ridurre la dipendenza energetica dai combustibili fossili importati dalla Russia, supportando la transizione verde e la produzione di energia pulita.

<sup>6</sup> Camera dei deputati, *il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, op. cit.*

<sup>7</sup> PNRR – Salute, *Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute*, Ministero della Salute, s.d., aggiornato al 29/02/2024,

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>, cons. il 03/06/2024.

<sup>8</sup> Ministero della Salute, *Missione 6 – Salute Tabella di sintesi degli interventi di competenza del Ministero della Salute*, s.d., [https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5833\\_0\\_file.pdf](https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5833_0_file.pdf), cons. il 03/06/2024.

## Missione 6 - Salute Tabella di sintesi degli interventi di competenza del Ministero della Salute

<b>M6 C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale</b>
<b>1.1 Case della Comunità e presa in carico della persona</b>
<b>1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina</b>
1.2.1 Assistenza domiciliare
1.2.2 Centrali operative territoriali (COT)
<i>di cui: implementazione COT</i>
<i>di cui: interconnessione aziendale</i>
<i>di cui: device</i>
<i>di cui: intelligenza artificiale</i>
<i>di cui: portale trasparenza</i>
1.2.3 Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici
<b>1.3 Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)</b>
<b>M6 C2 - Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale</b>
<b>1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero</b>
1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Digitalizzazione)
1.1.2 Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi Apparecchiature)
<b>1.2 Verso un ospedale sicuro e sostenibile</b>
<b>1.3 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione</b>
1.3.1 Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE)
1.3.2 Infrastruttura tecnologica del Ministero della Salute e analisi dei dati, modello predittivo per la vigilanza LEA
<i>di cui: Rafforzamento infrastrutture e strumenti di Data Analysis del Ministero della Salute</i>
<i>di cui: Reingegnerizzazione NSIS a livello locale</i>
<i>di cui: Costruzione del modello predittivo e Realizzazione del National Health Hub</i>
<i>di cui: Sviluppo Piattaforma Nazionale per i servizi di telemedicina</i>
<b>2.1. Valorizzazione e potenziamento della ricerca biomedica del SSN</b>
<i>di cui: 100 progetti di ricerca finanziati con voucher PoC</i>
<i>di cui: 100 progetti di ricerca finanziati per tumori rari e malattie rare</i>
<i>di cui: 324 progetti di ricerca finanziati per malattie altamente invalidanti</i>
<b>2.2 Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario</b>
2.2 (a) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: borse aggiuntive in formazione di medicina generale
2.2 (b) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere
2.2 (c) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione manageriale
2.2 (d) Sviluppo delle competenze tecniche-professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misure: contratti di formazione medico-specialistica

Rispetto alla prima componente, si può vedere come l'intento sia quello di rafforzare l'assistenza sanitaria territoriale in modo che questa sia più vicina al cittadino: progetti di investimento legati ad assistenza territoriale, telemedicina per i pazienti cronici e ospedali di comunità mostrano chiaramente come l'obiettivo sia quello di realizzare un rapporto di cura maggiormente incentrato sul paziente, così che i servizi sanitari possano essere di più facile accesso e ci sia una maggior attenzione ai bisogni dei malati, ancor più nei riguardi dei cronici, i quali necessitano di essere seguiti dall'insorgere della patologia e per tutta la durata della loro vita. La seconda componente, inoltre, punta sulla digitalizzazione e sulla sostenibilità degli ospedali in modo da svecchiarne l'organizzazione, rendendoli più competitivi rispetto alle sfide future – si pensi alla concorrenza con le strutture sanitarie private che, in tale situazione di criticità del sistema pubblico, stanno crescendo per numero e clienti. Altro aspetto rilevante, oltre all'incremento della ricerca in ambito medico, riguarda la valorizzazione del personale mediante una formazione mirata, sì tecnica ma anche digitale e manageriale, in modo che possa padroneggiare gli strumenti tecnologici più recenti (intelligenza artificiale e telemedicina) e, al contempo, gestire in maniera razionale le risorse destinate agli apparati sanitari. In questo senso, relativamente all'analisi sin ora condotta, rilevano due importanti aspetti: da un lato una relazione di cura patient centered, focalizzata sulle esigenze del malato e, come visto, essenziale per superare criticità quali disumanizzazione delle cure e dominanza medica, dall'altro, lo sviluppo di competenze manageriali da parte degli operatori, altrettanto importanti al fine di realizzare la già citata governance aziendale che, tramite il lavoro integrato dei professionisti e razionalizzazione delle risorse, concorra al buon funzionamento delle strutture.

### **5.1.1 Il progetto degli ospedali di comunità**

Gli ospedali di comunità nacquero in Inghilterra a metà XIX secolo, venivano definiti “cottage hospitals” o “general practitioners’ hospitals”: nel primo caso rilevava la caratteristica di ospedali appartenenti al territorio mentre nel secondo, si sottolineava come la dirigenza di queste strutture fosse in capo a medici locali. Il ruolo degli ospedali di comunità (OdC) era quello di fornire assistenza alla popolazione che risiedeva nelle zone della campagna inglese e che, dunque, si trovava lontana dalle città dove erano collocati i maggiori grandi centri ospedalieri. Nel corso degli anni, all'interno del Sistema sanitario inglese, gli ospedali di comunità andavano a realizzare una fase intermedia

dell'assistenza, inserendosi in modo integrato all'interno della rete di servizi.<sup>9</sup> Le cure intermedie, relativamente alla situazione inglese, avevano lo scopo di evitare ricoveri inappropriati nelle strutture ospedaliere ed agevolare il processo di dimissione con particolare attenzione ai pazienti con patologie complesse. Inoltre, l'intento era di disegnare un processo assistenziale integrato intorno al malato, superando un approccio "a compartimenti stagni", che prevedesse affrontare unicamente una specifica patologia.<sup>10</sup>

Gli ospedali di comunità, fornendo le cosiddette "cure intermedie", si inseriscono all'interno di una rete di attori sociali e sanitari territoriali<sup>11</sup>, mediante un processo di governance che ha come finalità quella di offrire un servizio personalizzato che possa essere residenziale o domiciliare; in tal senso, sono considerati come possibile risposta alle esigenze emerse a causa della pandemia ma anche alle criticità che, attualmente, affliggono il Sistema sanitario italiano (si pensi all'invecchiamento della popolazione o al problema delle liste d'attesa). L'integrazione dei servizi dovrebbe, altresì, avvenire mediante le Centrali Operative Territoriali (COT) quali strumento di coordinamento e raccordo che garantisca la continuità assistenziale tra gli enti territoriali.

Nell'evoluzione normativa italiana, gli ospedali di comunità vengono definiti per la prima volta con il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 quali strutture "dedicate all'attuazione di cure domiciliari in ambiente protetto, al consolidamento delle condizioni fisiche e alla prosecuzione del processo di recupero in ambiente ospedaliero."<sup>12</sup> Con il Patto per la Salute 2014-2016, gli ospedali di comunità venivano promossi in termini di sostenibilità del sistema sanitario poiché contribuivano ad evitare ricoveri inappropriati. Il Decreto del Ministero della Salute n. 70 del 4 aprile 2015 ridisegna l'organizzazione ospedaliera italiana in termini di maggior equilibrio tra ospedale e territorio per via delle istanze che nel corso degli anni avevano ridefinito i bisogni di salute, inoltre, gli operatori degli ospedali di comunità avrebbero dovuto compiere valutazioni multidimensionali dei pazienti e piani integrati ed individualizzati. Si disponeva, altresì, che non si creassero strutture ex novo, bensì si riconvertissero posti letto di strutture già esistenti.

---

<sup>9</sup> Fattore G., Meda F., Meregaglia M., *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, Rapporto OASI 2021, <https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2014%20Rapporto%20OASI%202021.pdf>, cons. il 04/06/2024.

<sup>10</sup> Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M., *Come dovrebbero operare gli Ospedali di Comunità*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 12/01/2022, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=101345](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101345), cons. il 04/06/2024.

<sup>11</sup> S'intendono tutti quei servizi assistenziali presenti sul territorio, istituzionali e privati: servizi sanitari, servizi sociali, associazioni di volontariato, servizi di assistenza specialistica ambulatoriale e servizi di emergenza urgenza territoriali.

<sup>12</sup> *Ibidem*.

Attualmente, gli ospedali di comunità non sono ricompresi nelle strutture residenziali e costituiscono strutture pubbliche o private con sede propria o all'interno di ospedali riconvertiti, in strutture ospedaliere, strutture sanitarie polifunzionali o in case della comunità. La responsabilità igienico sanitaria è in capo ad un medico mentre la responsabilità organizzativo/assistenziale è in capo ad un infermiere, vi è, peraltro, la figura dell'infermiere case manager, il quale si occupa di gestire le dimissioni, dei rapporti con i familiari e dialoga con le Centrali Operative Territoriali. Le figure che operano negli ospedali di comunità si interfacciano in maniera integrata, realizzando il piano assistenziale individualizzato (PAI), sulla base del quale stabiliscono coordinatamente il percorso di cura più adatto. L'assistenza, come in altre strutture residenziali e ospedaliere, viene garantita durante tutto il corso della giornata da infermieri e operatori socio sanitari.

La Missione 6 del P.N.R.R. ha previsto, entro il 2026, la realizzazione di 400 OdC con in media 20 posti letto, un bacino di utenza tra 50.000 e 100.000 abitanti e, in termini di personale, 10 infermieri, 2 unità di personale di supporto, 6 operatori socio sanitari e 1 medico per circa 4/6 ore, 7 giorni su 7.<sup>13</sup> Tuttavia, relativamente al momento in cui si scrive, si stanno verificando dei ritardi rispetto a tali strutture – ed anche nell'attuazione complessiva degli obiettivi della Missione Salute – con il concreto rischio che, una volta realizzate, non si possa metterle in funzione per carenza di personale. Inoltre, vi è l'ulteriore rischio per cui da nodi della rete territoriale integrata, gli ospedali di comunità diventino mere appendici delle strutture ospedaliere attualmente esistenti, secondo il vecchio modello di cura “ospedale-centrico” fin ora attuato. Ciò sarebbe imputabile ad un sostanziale disallineamento tra progettualità nazionali e implementazione regionale: a titolo esemplificativo, nella regione Marche è stato completamente stravolto il significato di ospedale di comunità, connotandolo come “area disagiata”, giustificata dall'area geografica caratterizzata da nevicate e venti freddi. Ciò si sarebbe tradotto, per tutelare eventuali emergenze scaturenti dalla natura del territorio, nella realizzazione, all'interno degli ospedali di comunità, di una sorta di Pronto Soccorso che, invece, non sarebbe affatto previsto per questo tipo di strutture di cura intermedia.<sup>14</sup> A preoccupare, dunque, è che possa perdersi l'occasione di innovare la struttura sanitaria italiana e, diversamente, gli ospedali di comunità, connaturati ad un sistema di governance a rete, possano essere inglobati e finanche contaminati dal sistema di regolazione ospedaliero che presenta tutt'ora criticità legate alle procedure burocratiche. In aggiunta, la mancanza di un organo che monitori

---

<sup>13</sup> *Ibidem*.

<sup>14</sup> Belleri G., Maffei C. M., *Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 17/01/2024, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119526](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119526), cons. il 04/06/2024.

l'implementazione dei progetti legati al P.N.R.R. potrebbe portare, ancora una volta, ad una erogazione dei servizi disomogenea tra le regioni italiane – ben lontano dall'obiettivo europeo legato all'equità territoriale.

### 5.1.2 Sanità digitale e telemedicina

Il concetto di sanità digitale corrisponde ad un insieme di tecnologie informatiche e di comunicazione volte alla cura e alla prevenzione di condizioni patologiche nei pazienti, nonché all'informatizzazione e alla condivisione dei dati sanitari. Si parla, inoltre, di e-health relativamente alla tecnologia come strumento coadiuvante il personale sanitario nella formulazione di diagnosi e di strategie di prevenzione e cura delle malattie. La sanità digitale incorpora una serie di prassi che comprendano l'uso di applicazioni mobili, telemedicina, machine learning, intelligenza artificiale, apparecchi indossabili e big data.<sup>15</sup> Si parla, altresì, di *socializzazione della salute digitale* in quanto mediante Internet e i dispositivi mobili, i pazienti oggi accedono con facilità ad informazioni di natura medico-specialistica; in particolare, negli ultimi tempi sono sorti blog dove gli utenti possano compiere ricerche per sintomo e malattia mediante un apposito motore di ricerca e aprire dei threads dove porre richieste di consulto pubbliche o private a medici specialisti iscritti al sito. Un esempio, a tal proposito, è offerto dal sito web *Medicitalia.it*, il quale registra più di 535.7 mila iscritti e ha come mission “avvicinare il medico e il paziente abbattendo le barriere socioculturali, aumentare la consapevolezza rispetto alle scelte sulla propria salute e promuovere la cultura medica per evitare l'autodiagnosi e l'autocura.”<sup>16</sup> La sanità digitale, dunque, offre spunti positivi rispetto ad una maggior umanizzazione delle cure e avvicinamento tra professionisti e malati, tuttavia, vi sono altrettanti lati negativi, quali ad esempio il problema dell'autodiagnosi e dell'autocura, nella misura in cui i pazienti, senza competenze, facciano un uso sbagliato delle informazioni reperite tramite Internet e le sostituiscano ad un consulto medico vero e proprio – tale tematica verrà approfondita opportunamente nel corso del paragrafo successivo.

Uno degli aspetti legati alla sanità digitale, riguarda la telemedicina, concetto sorto per la prima volta negli Stati Uniti negli anni '70, mediante il lavoro di Thomas Bird che la indicava quale “pratica

---

<sup>15</sup> Network Bibliotecario Sanitario Toscano, *La sanità digitale “conditio sine qua non” per il futuro*, NBST.it, data pubblicazione: 05/10/2022, <https://www.nbst.it/1477-e-health-sanita-digitale-cos-e-connected-care.html>, cons. il 04/06/2024.

<sup>16</sup> *Medicitalia.it*, *La nostra Mission*, sez. Home, s.d., aggiornato al 04/06/2024, <https://www.medicitalia.it/>, cons. il 04/06/2024.

medica senza l'abituale confronto fisico tra medico e paziente, usando un sistema di comunicazione interattivo"<sup>17</sup> Con gli anni '80, la definizione di telemedicina si amplia, sottolineando come la tecnologia debba essere messa al servizio del paziente mentre, negli anni '90, l'Unione Europea e l'Oms la concepivano quale pratica che consentisse a personale e malati di entrare in relazione indipendentemente dal luogo in cui si trovassero, con particolare riferimento alle situazioni in cui la distanza fosse un fattore critico. È con il XXI secolo, nel quale avviene la rivoluzione digitale<sup>18</sup>, che viene coniata la definizione di digital health (sanità digitale) e di e-health e, per questi motivi, la telemedicina viene equiparata a qualunque altro servizio sanitario. L'avvento della pandemia sancirà la consacrazione definitiva della telemedicina quale strumento necessario ad una riorganizzazione del sistema sanitario, a causa del distanziamento sociale e delle restrizioni che hanno impedito che le visite e gli esami diagnostici si svolgessero in presenza. A tal proposito, il Centro nazionale per la telemedicina e le nuove tecnologie assistenziali, afferente all'Iss, aveva approntato una soluzione per sviluppare rapidamente un servizio di telemedicina – fino a prima scarno – che potesse raggiungere i cittadini confinati nelle proprie abitazioni. In aprile 2020, l'Iss pubblica un documento contenente le indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria da Covid-19 e in dicembre dello stesso anno vengono rilasciate indicazioni sulla medesima materia dal Ministero della Salute, sì da uniformare la normativa su tutto il territorio nazionale. Le indicazioni disponevano che al medico venisse imputata la responsabilità di decidere le casistiche in cui impiegare la telemedicina, salvo consenso informato del paziente riguardo modalità, rischi e privacy. In aggiunta, era necessario che nel corso della visita si potesse garantire la possibilità di scambiare efficacemente informazioni, referti, immagini diagnostiche, dati clinici e ricette mediche.<sup>19</sup>

Relativamente all'esperienza italiana, nonostante con la pandemia si sia assistito ad una accelerazione in termini di servizi di telemedicina, con la fine dell'emergenza sanitaria si è ritornati alle precedenti consuetudini e, attualmente, salvo eccezioni quali la Regione Toscana<sup>20</sup>, non se ne fa ancora un uso massivo. Tuttavia, con l'assegnazione delle risorse legate al P.N.R.R. come disposto

---

<sup>17</sup> Bashshur L., Reardon T., Shannon G. W., *Telemedicine: a new health care delivery system*, Ann. Rev. Public Health, 2000, 21, pp. 613-637, in AA. VV., *Telemedicina e intelligenza artificiale*, Monitor, semestrale dell'Agenas, Anno II, n. 46, 2021, p. 8.

<sup>18</sup> S'intende quel processo, iniziato con gli anni '50 dello scorso secolo e continuato fino ad oggi, per il quale si sia assistito ad un passaggio dalla tecnologia analogica a quella digitale, favorito da nuovi strumenti quali il World Wide Web, computer digitali, smartphones e, più recentemente, dall'intelligenza artificiale. Con lo stoccaggio di ingenti quantità di dati, è stato possibile condividere a livello globale una quantità spropositata di informazioni: si parla, altresì, di alfabetizzazione digitale e di epoca dell'informazione.

<sup>19</sup> AA. VV., *Telemedicina e intelligenza artificiale*, Monitor, semestrale dell'Agenas, Anno II, n. 46, 2021, p. 9.

<sup>20</sup> Redazione, *Telemedicina. Via libera della Toscana a un nuovo modello organizzativo*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Toscana, data pubblicazione: 18/07/2023, [https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo\\_id=115626](https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=115626), cons. il 05/06/2024.



dal Ministero dell'economia e finanze il 6 agosto 2021, in forza della spinta alla digitalizzazione del Next generation Eu, è stato affidato ad Agenas il compito di realizzare la componente 1 della Missione n. 6 e, in particolare, il progetto d'investimento legato alla telemedicina.<sup>21</sup> A tal proposito, il Ministero della Salute in ottobre 2022 aveva annunciato che, al fine di implementare una piattaforma nazionale digitale e servizi di telemedicina in tutte le Regioni italiane, Agenas avrebbe messo a gara proposte provenienti da aziende private, in termini di partenariato pubblico-privato. Nello stesso periodo, partiva la fase due di un altro importante aspetto legato alla sanità digitale ovvero il Fascicolo Sanitario Elettronico<sup>22</sup>, per il quale il Governo aveva stanziato 610 milioni di euro al fine di sostenere le Regioni, affinché potenziassero le infrastrutture digitali e migrassero i documenti sanitari sul fascicolo.<sup>23</sup> Il progetto legato al Fascicolo Sanitario Elettronico, in termini di implementazione, è ormai alle battute finali, tanto che, a tutela della privacy, il 3 giugno 2024 è stato annunciato che i cittadini possano opporsi, entro la fine del mese, alla migrazione massiva dei propri dati sanitari anteriori al 18 maggio 2020.<sup>24</sup> In merito alla telemedicina, diversamente, la situazione procede a rilento: in marzo 2024, il ministro della salute Orazio Schillaci, intervenendo al convegno “Tecnologia e ricerca per la sanità di domani”, ha dichiarato che sarebbe stato attivato a breve il portale per la diffusione della telemedicina.<sup>25</sup> Quest'ultimo non consiste in uno strumento di erogazione diretta del servizio, bensì si pone a supporto del medesimo, in termini di monitoraggio delle attività di assistenza e come detentore delle linee guida a livello nazionale per tutti gli stakeholder interessati. Il sito web ministeriale, aggiornato al 18 gennaio 2024, riporta: “La messa in linea del Portale è prevista nel corso del 2024.”<sup>26</sup> Al momento in cui si scrive – ovvero giugno 2024 – non sono ancora reperibili informazioni relativamente ad una data che determini l'attivazione del portale: l'auspicio, dunque, è che per la fine dell'anno solare possa essere implementato, così da dare

---

<sup>21</sup> Provvadenza M., Taddei A., *Telemedicina in Toscana, per la gestione del covid e oltre: iniziative e sviluppi futuri*, Agenda Digitale, sez. Sanità Digitale, data pubblicazione: 24/06/2021, <https://www.agendadigitale.eu/sanita/telemedicina-in-toscana-per-la-gestione-del-covid-e-oltre-iniziative-e-sviluppi-futuri/>, cons. il 05/06/2024.

<sup>22</sup> Il Fascicolo Sanitario Elettronico è uno strumento al servizio del paziente che consente di archiviare digitalmente e consultare, in qualunque momento, tutta la storia clinica riguardante l'assistito

<sup>23</sup> Dipartimento per la trasformazione digitale, *Fascicolo Sanitario Elettronico, al via implementazione in tutte le Regioni*, Governo italiano, sez. Comunicati stampa, data pubblicazione: 12/10/2022, <https://innovazione.gov.it/notizie/comunicati-stampa/pnrr-fascicolo-sanitario-elettronico-al-via-implementazione-in-tutte-le-regioni/>, cons. il 05/06/2024.

<sup>24</sup> Tarabusi M., *Fascicolo sanitario 2.0: entro giugno si può dire no al trasferimento dati*, Il Sole 24 Ore, sez. Sanità, data pubblicazione: 03/06/2024, <https://www.ilsole24ore.com/art/fascicolo-sanitario-20-entro-giugno-si-puo-dire-no-trasferimento-dati-AGHFDII>, cons. il 05/06/2024.

<sup>25</sup> Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia, *Telemedicina, il ministro Schillaci annuncia l'attivazione di un portale informativo rivolto ai cittadini*, federfarma.it, sez. Edicola, data pubblicazione: 20/03/2024, <https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=25840>, cons. il 05/06/2024.

<sup>26</sup> Ministero della Salute, *Portale nazionale per la diffusione della telemedicina*, sez. eHealth – Sanità digitale, s.d., aggiornato al 18/01/2024, <https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=6027&area=eHealth&menu=telemedicina>, cons. il 05/06/2024.



il via ai progetti di erogazione del servizio di telemedicina. In tal senso, lo scorso maggio, l'Associazione Italiana di Sanità Digitale e Telemedicina (AiSDeT) ha siglato un accordo di collaborazione con Confindustria Dispositivi Medici per un confronto strategico che permetta di giungere a modelli organizzativi innovativi per il Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento a telemedicina e Fascicolo sanitario elettronico.<sup>27</sup> Si può, pertanto, affermare come gli stakeholder afferenti all'ambito sanitario si stiano mobilitando per offrire un concreto cambiamento del sistema. Se il Governo, nonostante i ritardi accumulati, si impegnerà a realizzare quanto previsto e si mostrerà capace di accogliere istanze provenienti da portatori di interesse e cittadini, in termini di processo “bottom-up”, si potrà pensare di realizzare una co-programmazione sanitaria valida ed innovativa, quale risultato della logica di regolazione relativa alla governance multilivello. La Missione n. 6 “Salute” in toto, resa possibile dai finanziamenti del P.N.R.R., si profila quale opportunità ma anche sfida per i decisori, affinché, abbandonate le pastoie burocratiche in cui versa l'amministrazione italiana, siano capaci di riconoscere la natura pubblicistica della programmazione, in termini di finalità, e collaborino concretamente alla definizione delle politiche pubbliche con partner privati, associazioni ed enti territoriali. In ultima analisi, si ritiene, altresì, che l'opportunità di garantire un futuro per il Servizio sanitario nazionale, non possa che passare anche da tali aspetti.

## 5.2 Verso una nuova modalità di cura e di relazione

Come si è potuto apprezzare mediante i progetti proposti dalla Missione n. 6 “Salute” del P.N.R.R., la Sanità Digitale ricopre un ruolo centrale nell'ottica della programmazione sanitaria futura e dell'erogazione dei servizi del medesimo ambito; la digitalizzazione, dunque, quale istanza che sta rapidamente investendo tutti i settori della Società, tra cui, come visto, quello afferente alle politiche pubbliche, si declina anche da un punto di vista particolaristico, nella misura in cui influenzi le singole interazioni sociali – si pensi al fenomeno dei social networks. In questo senso, si ritiene necessario interrogarsi intorno a come la rivoluzione digitale stia cambiando le modalità di relazione tra professionisti sanitari e pazienti, relazione che, come precedentemente affrontato, negli ultimi decenni sta vivendo un momento di crisi profonda.

---

<sup>27</sup> Balocco V., *Sanità digitale, patto nazionale per spingere telemedicina e fascicolo sanitario elettronico*, CorCom, sez. E-Health, data pubblicazione: 20/05/2024, <https://www.corrierecomunicazioni.it/pa-digitale/e-health/sanita-digitale-patto-nazionale-per-spingere-telemedicina-e-fascicolo-sanitario-elettronico/>, cons. il 05/06/2024.

Se, dunque, il rapporto tra operatori e pazienti, quale rapporto di cura, ha espresso criticità legate ad asimmetria relazionale e disumanizzazione del malato, oggi si parla di medicina patient centered in termini di superamento, imputabile peraltro agli afflatti teorico-normativi europei legati a privacy e diritti della persona, del *sick role* del paziente che lo vedeva incastonato e definito, in maniera sineddotica, dalla patologia di affezione. Il declino della dominanza medica degli ultimi anni ha consentito che emergesse la soggettività del paziente-persona in un processo definito di *empowerment*.<sup>28</sup> Quest'ultimo, all'interno del dibattito sociologico, si fa ricondurre alla prospettiva del cittadino – come offerta dalle teorie del New Public Management – quale utente/consumatore dei servizi pubblici e co-produttore dei medesimi. In tal modo, il cittadino che coopera all'erogazione dei servizi e alla valutazione delle performances delle aziende pubbliche, ha la possibilità, in un approccio regolativo di governance, di definire le politiche pubbliche e, al contempo, di entrare in relazione con le amministrazioni statali come partner strategico in un rapporto paritetico.<sup>29</sup>

Il cittadino, quindi, essendo investito di responsabilità che precedentemente non aveva, viene coinvolto in un processo di empowerment che lo conduce ad un'autoanalisi volta a comprendere le proprie potenzialità e, in seconda battuta, ad avere concretamente voce in capitolo rispetto alle dinamiche sociali in cui è inserito. In ambito sanitario, rispetto agli altri settori dell'amministrazione pubblica, il cittadino/utente/paziente, tuttavia, fatica maggiormente a far sentire la propria voce per via della particolare natura dei servizi di salute che intervengono in momenti di fragilità della vita delle persone e, ritornando alla questione dell'asimmetria, vedono un forte distacco tra le conoscenze dei pazienti e la scienza medica specialistica di cui i professionisti sono portatori. Ecco che, una dimensione futuribile del rapporto di cura, viene offerta proprio dagli strumenti della e-health: attraverso l'uso di smartphones, tablets e computers, i pazienti accedono ad una quantità spropositata di informazioni e conoscenze mediche che, in una certa misura, avvicinano le persone al mondo dei professionisti. Gli strumenti digitali, dunque, rendono l'utente empowered e un cittadino 2.0, capace di valutare le alternative per la gestione della propria cura-benessere, di correggere il proprio stile di vita nell'ottica della prevenzione e di scegliere, in veste di consumatore, i servizi sanitari d'eccellenza.<sup>30</sup> Finanche il linguaggio medico specialistico non è più una barriera insormontabile (con una ricerca in internet, in pochi secondi, si possono trovare definizioni e spiegazioni di qualunque

---

<sup>28</sup> Per empowerment s'intende quel processo attraverso il quale un individuo o un gruppo sociale si renda capace di porsi degli obiettivi e di riconoscere autonomamente gli ostacoli ad essi e le modalità per raggiungerli.

<sup>29</sup> Bronzini M., *Coinvolgimento degli utenti nei processi di cura ed empowerment: una nota di lettura*, Il Mulino, Autonomie locali e servizi sociali, fascicolo n. 2, 08/2017, doi: 10.1447/88339, pp. 363-370.

<sup>30</sup> *Ibidem*.

sorta) e il medico, nel formulare diagnosi e possibili terapie, non appare più un azzecagarbugli di manzoniana memoria. L'intelligenza artificiale, a tal proposito, offre numerose potenzialità: referti e lettere di dimissioni, possono essere sintetizzati dai software con un linguaggio maggiormente comprensibile. Attualmente, inoltre, sono in corso sperimentazioni per consentire anche al personale sanitario di fruire di tali strumenti intelligenti, al fine di formulare diagnosi e terapie. Un esempio è offerto dal progetto europeo I3LUNG che ha come obiettivo quello di implementare cure ad hoc tramite l'intelligenza artificiale per i pazienti affetti da tumore al polmone. Tale iniziativa coinvolge sei centri clinici per la cura del carcinoma al polmone, a cavallo tra Italia, Germania, Spagna, Israele e Stati Uniti e mira a creare uno strumento decisionale innovativo che possa coadiuvare medici e pazienti a selezionare le cure migliori. Attraverso meccanismi quali Deep Learning (apprendimento profondo) e Machine Learning (apprendimento automatico), i sistemi apprenderanno una grandissima quantità di informazioni relative al carcinoma polmonare, così come referti, immagini diagnostiche, caratteristiche cliniche di 2.000 pazienti partecipanti all'iniziativa.<sup>31</sup>

Relativamente all'analisi sin ora condotta, si sono affrontati gli aspetti positivi della digitalizzazione; tuttavia, sarebbe ingenuo ammantare la rivoluzione digitale di una valenza salvifica per i sistemi sanitari e per le relazioni tra operatori e pazienti, conferendole una sorta di ruolo provvidenziale all'interno di un processo di crisi delle organizzazioni pubbliche di salute. L'intelligenza artificiale, prima di tutto, si configura quale strumento e, come tale, può portare a esiti positivi o negativi a seconda di come viene impiegata giacché, contrariamente ad una visione fantascientifica e romanzata, pur comprendendo il termine "intelligenza", si tratta di un sistema capace di immagazzinare moltissimi dati, tuttavia, con una capacità di rielaborazione "input-output" e, dunque, non solo non può compiere processi creativi, ma è priva di qualsivoglia intenzionalità. L'input per renderla funzionale deve essere dato da un'intelligenza umana e, allo stesso modo, serve che un'intelligenza umana interpreti l'output generato dalla macchina. A titolo esemplificativo, si consideri la sintetizzazione dei referti in un linguaggio accessibile: se è vero che una più completa comprensione della propria situazione sanitaria da parte del paziente favorisca un processo di empowerment, dall'altro lato necessita, in ogni caso, dell'interpretazione che la scienza medica offre attraverso la figura dell'operatore. In tal senso, se da un lato si assiste al declino della dominanza medica e ad un rapporto di cura "più simmetrico", dall'altro si aprono scenari meno confortanti:

---

<sup>31</sup> Santoro E., *Intelligenza artificiale in medicina: qual è il suo impatto?*, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - IRCCS, sez. News, data pubblicazione: 28/06/2023, aggiornato al 11/10/2023, <https://www.marionegri.it/magazine/intelligenza-artificiale-medicina>, cons. il 06/06/2024.

secondo un'indagine del Censis, compiuta tra coloro che si servono di Internet per monitorare la propria salute, il 55,3% lo utilizza per verificare diagnosi e pareri del personale, il 20,5%, sulla base di quanto letto online, contesta le decisioni dei professionisti, e il 18,8% formula una diagnosi e una terapia in autonomia, tramite le informazioni presenti nel web, senza consultare un medico.<sup>32</sup> E' proprio quest'ultima percentuale a destare preoccupazione in quanto, in un contesto in cui le liste d'attesa per visite ed esami costringono ad attendere diversi mesi, l'immediatezza di una diagnosi offerta da software di intelligenza artificiale o siti web rischia di tramutare uno strumento con potenzialità innovative, in un pericolo per la salute dei pazienti, i quali – si ricorda – per quanto “edotti”, non hanno conoscenze di tipo professionale. Inoltre, come visto nel secondo capitolo, se i servizi pubblici non riescono a garantire esami e prestazioni in tempi utili, alcuni cittadini si trovano costretti ad indebitarsi per poter accedere alle cure tramite aziende private. L'avvento di sistemi di intelligenza artificiale sanitari per i pazienti potrebbe aprire ad una terza via: in mancanza di un'offerta pubblica, gli utenti più abbienti migrerebbero verso il privato, mentre gli utenti con meno risorse si rivolgerebbero verso i canali digitali. Una prospettiva di questa sorta verrebbe a costituirsi come quanto di più lontano dagli intenti di equità dei diritti, presenti a livello di normativa italiana ed europea. Al momento, un tale scenario appare ancora lontano, tuttavia, si ritiene di poter affermare che tali strumenti innovativi, per quanto offrano possibilità inimmaginate, vadano impiegati con cautela o, quantomeno, introdotti contestualmente ad attività di sensibilizzazione e educazione in merito ai rischi derivanti da un uso improprio delle tecnologie.

### 5.3 Il problema della futura sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale

Scenari quali quelli prospettati poc'anzi, avrebbero una maggior probabilità di avverarsi qualora in Italia cessasse totalmente di esistere il Servizio Sanitario Nazionale, il quale, con tutte le criticità precedentemente affrontate, rischia in futuro di non essere più sostenibile. Secondo il rapporto Meridiano Sanità realizzato nel 2022 da The European House - Ambrosetti, come riportato dalla piattaforma editoriale online “AboutPharma”, il Servizio Sanitario Nazionale, senza interventi, non sarà più sostenibile entro il 2050.<sup>33</sup> A corroborare tale tesi, vi sono i risultati del rapporto che indicano

---

<sup>32</sup> Ardisson A, *La relazione medico-paziente nella sanità digitale. Possibili impatti sul professionalismo medico*, Il Mulino, Rassegna Italiana di Sociologia, fascicolo n. 1, gennaio-marzo 2018, doi: 10.1423/89773, pp. 77-84.

<sup>33</sup> Redazione, *Sanità, senza interventi il Ssn non sarà più sostenibile entro il 2050*, AboutPharma, data pubblicazione: 09/11/2022, <https://www.aboutpharma.com/sanita-e-politica/sanita-senza-interventi-il-ssn-non-sara-piu-sostenibile-entro-il-2050/>, cons. il 06/06/2024.

tra gli aspetti più critici la questione relativa all'invecchiamento demografico – di cui si è parlato nel corso del secondo capitolo. Come visto, la quota di ultrasessantacinquenni nel 2050 arriverà ad essere il 35,9% della popolazione.<sup>34</sup> Inoltre, se da un lato un'ampia aspettativa di vita realizza un traguardo, dall'altro il già citato calo delle nascite realizzerà un “rapporto sempre più sfavorevole tra popolazione attiva e non attiva, tenderà ad aumentare anche l'onere socioeconomico correlato alla cura, all'assistenza e alle spese previdenziali destinate agli anziani, causando il cosiddetto *longevity shock*”.<sup>35</sup> L'invecchiamento della popolazione, infatti, sta lentamente modificando il quadro epidemiologico del paese: si prevede, in tal senso, un aumento delle patologie tipiche della terza età, le quali si caratterizzano per essere cronico-degenerative e le cui terapie richiedono un ingente sforzo assistenziale ed economico.

Cambiamento climatico e inquinamento ambientale sono altri fattori che incideranno con sempre maggior vigore sul sistema sanitario: attualmente, secondo le stime dell'European Environmental Agency, il 17% dei decessi per inquinamento avvengono in Italia. Il fatto che lo stato di salute sia costituito da una summa di determinanti (luogo in cui si vive, reddito, stile di vita, ambiente, livello di istruzione) complica inevitabilmente la possibilità da parte dei decisori di effettuare una programmazione sanitaria in grado di considerare tutti gli scenari futuribili. In termini di determinanti di salute, secondo le rilevazioni di Meridiano Sanità, in un confronto con i paesi europei, l'Italia si posiziona molto negativamente rispetto alla media.<sup>36</sup>

Altro fattore di criticità – menzionato nel secondo capitolo – riguarda le risorse economiche destinate alla Sanità: il rapporto tra spesa sanitaria e prodotto interno lordo (PIL) e la spesa pubblica sanitaria pro capite sono ancora molto inferiori rispetto ai valori dei paesi dell'area euro, in particolare Germania e Francia. Gli investimenti per la ricerca, che si configura come aspetto più rilevante in termini di futuribilità del sistema, sono ugualmente al di sotto della media europea (al 2020, il rapporto tra spesa per la ricerca e PIL si attestava all'1,53% a fronte di una spesa media UE del 2,31%).<sup>37</sup> Come riporta Quotidiano Sanità, sul problema della ricerca in Italia, si sono espressi Carlo Nicora, vicepresidente Fiaso, e Marinella Galbiati, responsabile delle operazioni cliniche per

---

<sup>34</sup> A.A. V.V., *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?*, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, s.d., [<sup>35</sup> \*Ibidem\*.](https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2#:~:text=Negli%20ultimi%2050%20anni%20l.e%20donne)%20(6)., cons. il 06/06/2024.</a></p></div><div data-bbox=)

<sup>36</sup> Redazione AboutPharma, *Sanità, senza interventi il Ssn non sarà più sostenibile entro il 2050, op. cit.*

<sup>37</sup> *Ibidem*.

l'azienda farmaceutica Boehringer Ingelheim. Nicora, a tal proposito, ha proposto, quale soluzione, una maggior collaborazione tra partner pubblici e privati poiché, nonostante le finalità non coincidenti (l'uno è versato per la collettività, l'altro per il profit), è possibile trovare un intento condiviso che si traduca in un sistema efficiente che faccia fruttare gli investimenti pubblici che, altrimenti, verrebbero sprecati. Galbiati, nel proprio intervento, ha sottolineato allo stesso modo l'importanza di una comunione di intenti tra pubblico e privato; quest'ultimo, secondo Galbiati, avrebbe il pregio di raggiungere obiettivi maggiormente focalizzati. In questo senso, si è ricordato come la pandemia abbia fatto da apripista rispetto alle collaborazioni tra pubblico e privato e abbia dimostrato, non solo che siano possibili, ma che siano funzionali ed un possibile elemento di innovazione del sistema.<sup>38</sup> Un rapporto di collaborazione tra attori pubblici e privati, come già visto, è compatibile con la forma della governance e, secondo le tesi di Bertin, vedrebbe una contaminazione fruttuosa tra le logiche di regolazione. Nel paragrafo successivo, si vedrà come già i sistemi sanitari regionali, in particolare la Regione Veneto, in questi anni abbiano compiuto delle sperimentazioni in questo verso e, finanche, gli esiti di tali scelte.

Tornando al rapporto fornito da Meridiano Sanità, ciò che si profila è uno scenario preoccupante relativamente ai fattori di criticità quali invecchiamento demografico e calo delle nascite, poiché la spesa sanitaria attualmente stanziata dallo Stato italiano, non basterebbe a coprire le esigenze in termini di assistenza e cura e, oltre a ciò, per via delle minori nascite si aggiungerebbe una considerevole diminuzione dei redditi da lavoro, ai quali si attinge per finanziare il sistema. Secondo le simulazioni contenute nel rapporto, l'unico modo per rendere il Servizio Sanitario Nazionale sostenibile si avrebbe qualora si intervenisse su elementi quali pressione fiscale, flussi migratori, età pensionabile, forza lavoro potenziale e tasso di occupazione.<sup>39</sup>

I fondi del P.N.R.R., dunque, potrebbero fungere da ancora di salvezza in un momento non solo di crisi del sistema ma anche cruciale, in termini di programmazione sanitaria, per determinarne la sostenibilità. Come, tuttavia, emerge dal monitoraggio di Openpolis, in gennaio 2024 risultava speso appena il 7,4% dei fondi del P.N.R.R. previsti per il 2023 e che il 75% dei progetti esecutivi risultava in ritardo. Secondo l'ufficio parlamentare di bilancio, l'approvazione del nuovo P.N.R.R. da parte

---

<sup>38</sup> Conti L., *Ricerca scientifica, in Italia abbiamo le menti ma non un sistema che le valorizzi, Le riflessioni a Camerae Sanitatis*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 16/11/2021, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=99983#:~:text=L'Italia%20investe%20in%20Ricerca%26Sviluppo,9%25%20della%20media%20Ue](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99983#:~:text=L'Italia%20investe%20in%20Ricerca%26Sviluppo,9%25%20della%20media%20Ue)), cons. il 07/06/2024.

<sup>39</sup> Redazione AboutPharma, *Sanità, senza interventi il Ssn non sarà più sostenibile entro il 2050, op. cit.*

dell'Unione Europea sarebbe unicamente servita a prendere tempo, facendo slittare le scadenze e l'erogazione dei fondi. Ciò, dunque, avrebbe spostato il problema poiché la ragione dei ritardi, secondo Openpolis, risiederebbe nell'estrema frammentazione del piano a livello locale, nonché la limitata esperienza di gestione delle gare d'appalto da parte soggetti attuatori di natura privata o mista. In sintesi, il rischio concreto è che si giunga al 2026 in una situazione di gravi ritardi e progetti non realizzati.<sup>40</sup>

Per concludere, appare evidente come, se da un lato una collaborazione tra pubblico e privato sia auspicabile, dall'altro sia fondamentale che questa venga gestita attentamente nelle forme e nelle modalità, poiché il pericolo è che, da possibile fonte di innovazione, diventi un elemento disfunzionale del sistema. Dunque, si potrebbe affermare – per dirla con Bertin – che nel caso del P.N.R.R. sia stato il pubblico, con tutti i fattori critici legati a burocrazia e procedure, a contaminare negativamente l'attore privato.

#### **5.4 Le sperimentazioni dei sistemi sanitari regionali: il modello della Regione Veneto**

Nel 2019, un anno prima che scoppiasse la pandemia, le criticità legate alla gestione del Servizio sanitario si erano già palesate da anni, sebbene non con la medesima veemenza del periodo emergenziale. L'esigenza di innovare il sistema e di prevedere nuovi modelli organizzativi aveva portato la fondazione Promo PA, in collaborazione con la Clinica di riabilitazione toscana di Terranova Bracciolini, a compiere una ricerca, presentata all'Istituto superiore di sanità, intorno a delle possibili sperimentazioni; a tal proposito, erano state attivate 57 sperimentazioni gestionali, di cui 44 svolgevano la propria attività a regime, dopo aver concluso la fase sperimentale. Tali sperimentazioni gestionali hanno consentito di raccogliere ed elaborare dati eterogenei rispetto alle situazioni delle varie regioni italiane, al fine di poter attuare una riflessione relativamente alle possibilità di innovazione e cambiamento dei singoli sistemi regionali. Lo scopo di tale iniziativa consisteva nell'inserire all'interno delle logiche organizzative pubbliche, le conoscenze gestionali proprie degli attori privati con i quali la pubblica amministrazione si è trovata a collaborare in termini di efficienza ed efficacia, nonché risparmio della spesa. Analizzando gli esiti delle 57

---

<sup>40</sup> Redazione, *Abbiamo speso appena il 7,4% dei fondi Pnrr previsti per il 2023*, Openpolis, sez. Monitoraggio e trasparenza, data pubblicazione: 15/01/2024, <https://www.openpolis.it/abbiamo-speso-appena-il-74-dei-fondi-pnrr-previsti-per-il-2023/>, cons. il 07/06/2024.

sperimentazioni, è emerso che ogni regione abbia offerto soluzioni organizzative diverse e particolari, rendendo i dati raccolti non omogenei né omologabili; tuttavia, si è notato come, relativamente ad un gruppo di 14 soggetti di natura giuridica per lo più mista, i risultati fossero, seppur per vie organizzative differenti, ugualmente orientati verso l'efficienza ed il raggiungimento degli obiettivi, realizzando un modello di successo in termini di partnership pubblico-privato. Nel 2017, il medesimo gruppo di soggetti ha realizzato un valore di produzione pari a 382 milioni di euro ed un costo del personale pari a 187 milioni di euro.<sup>41</sup>

Nel corso della presentazione di tali sperimentazioni, si è, altresì, espressa Mariadonata Bellentani, membro della direzione generale della programmazione sanitaria afferente al Ministero della Salute. La stessa, a sostegno della partecipazione del Ministero al progetto di sperimentazione gestionale, ha affermato come studi di questo tipo testimonino il profondo cambiamento del rapporto tra pubblico e privato nell'ambito sanitario e l'urgenza di affrontare come organizzazioni di natura mista possano rispondere alle criticità che hanno investito il Servizio sanitario nazionale. In ultimo, Bellentani, suffragava la tesi per cui la partnership pubblico-privato possa precipuamente offrirsi come valida soluzione, rispetto alle future sfide relative ad invecchiamento della popolazione, non autosufficienza e finanche le nuove tecnologie.<sup>42</sup>

Sui temi legati alla collaborazione tra settore pubblico e settore privato, s'intende analizzare, in questa sede, l'esperienza offerta dalla Regione Veneto, la quale ha sperimentato e, ormai da diversi anni, sta attuando una vera e propria sanità ibrida. Consultando la Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto 2023, emerge come l'attività di strutture private accreditate con il pubblico, per l'anno 2022, ammontasse ad un dato pari a 1.938 milioni di euro, ovvero il 16,6% rispetto al totale dei costi di produzione afferenti al conto economico consolidato del sistema sanitario regionale. Nello stesso anno i privati erogati hanno effettuato 90.712 ricoveri complessivi corrispondenti al 16,4% dei ricoveri totali erogati dalla regione, relativamente alla popolazione residente, e 34.408 ricoveri nei riguardi di cittadini residenti fuori regione. Per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, i privati accreditati hanno erogato per i residenti un numero pari a 9.056.677 prestazioni, corrispondenti al 13,7% delle prestazioni complessive erogate dalla regione, a fronte di 491.517 prestazioni per i cittadini extra regione. Rispetto al totale degli accessi ai pronto soccorso regionali, l'8,3% è avvenuto

---

<sup>41</sup> Redazione, *Sperimentazioni in sanità. Nasce rete di studio per il rilancio della sinergia tra pubblico e privato nella gestione del sistema sanitario*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 24/06/2019, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=75191](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=75191), cons. il 07/06/2024.

<sup>42</sup> *Ibidem*.



in strutture private accreditate per un valore numero di 147.041. Nel 2022, il budget totale assegnato ai privati per i servizi ai cittadini residenti in regione ammontava a 628 milioni di euro ed era così diviso:

- 383 milioni di euro per i ricoveri;
- 124 milioni di euro per le prestazioni specialistiche erogate da strutture private ospedaliere;
- 121 milioni di euro per le prestazioni specialistiche erogate da strutture private ambulatoriali.

In aggiunta alla cifra su menzionata, per il medesimo anno la Regione Veneto aveva stanziato 14 milioni di euro per le strutture ambulatoriali e 16 milioni di euro per quelle ospedaliere, al fine di recuperare tutte quelle prestazioni che, a causa della pandemia, non erano state erogate. A corredo di tali dati, si riportano le tabelle di sintesi, illustrate all'interno della Relazione Socio Sanitaria della Regione Veneto 2023.<sup>43</sup>

**Tabella 31.6.1 Numero di strutture private accreditate (inclusi IPAB) nella regione Veneto e costo attività erogata in milioni di euro. Anno 2022**

Tipo di struttura	Numero	Valore attività erogata in milioni di euro
Case di cura	27	802
Anziani	492	515,54
Disabili	417	161,98
Salute mentale	174	53,84
Ambulatoriale	128	115,17
Dipendenze, strutture intermedie, minori, trasfusione	124	102,75
Trasporto e soccorso	94	60,62
Cure termali	84	18,8
Hospice	16	8,97
Centri e Presidi di riabilitazione funzionale	20	29,41
<i>Costi per assistenza integrativa e protesica da privati</i>		69,14
<b>Totale</b>	<b>1576</b>	<b>1.938,22</b>

<sup>43</sup> Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023, *La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata*, Azienda Zero Regione del Veneto, sez. Gestione risorse, s.d., <https://relazione sanitaria.azero.veneto.it/dettaglio-categorie/646b1729a34be030504989d0>, cons. il 07/06/2024.

**Tabella 31.6.2 Attività svolta in strutture private accreditate anni 2019-2022**  
(fonte: DWH regionale, estrazione mese aprile 2023)

	2019	2020	2021	2022
N. ricoveri residenti in veneto	93.416	87.669	91.160	90.712
N. ricoveri residenti extra veneto	33.044	27.275	32.165	34.408
% dei ricoveri in strutture private per residenti in veneto	15,3%	16,8%	17,2%	16,4%
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti in veneto	9.267.980	8.350.082	9.060.438	9.056.677
N. prestazioni specialistica ambulatoriale residenti extra veneto	419.007	367.850	453.751	491.517
% delle prestazioni specialistica ambulatoriale in strutture private per residenti in veneto	15,1%	15,3%	13,8%	13,7%
N. accessi Pronto soccorso in strutture Private accreditate	151.253	118.748	134.306	147.041
Incidenza % accessi Pronto soccorso privati accreditati	7,8%	8,7%	8,8%	8,3%

Come riporta Quotidiano sanità, in merito alla relazione socio sanitaria della Regione Veneto, si è espresso Giuseppe Puntin, presidente Aiop, associazione che rappresenta la maggior parte delle strutture private accreditate della regione. Lo stesso Puntin ha affermato come i dati concernenti le strutture accreditate di sanità privata non solo ne evidenzino la qualità in termini di prestazioni, ma contribuiscano ad assicurare, in misura importante, il saldo positivo della regione. Egli ribadiva come il settore privato fosse, oramai, parte integrante dell’offerta di servizi del sistema sanitario, con un conseguente ruolo di responsabilità, rispetto agli obiettivi e gli standard qualitativi delle performances, fissati dalla regione. Per questi motivi, il presidente di Aiop proponeva di abbattere i limiti al tetto di spesa, ritenuti anacronistici e frutto di un contesto economico e sociale – il riferimento andava ai provvedimenti di spending review, seguiti alla crisi finanziaria del 2008 – che attualmente risulta mutato. Tali limiti, come stabiliti dalla normativa nazionale, secondo Puntin sarebbero stati mantenuti bloccati per troppi anni e ciò si sarebbe tradotto nell’incapacità per le strutture private accreditate di rispondere alle crescenti esigenze di prestazioni sanitarie da parte dei cittadini.<sup>44</sup>

Se, dunque, come affermava Puntin, il settore privato accreditato avrebbe contribuito a rendere positivo il saldo della regione, l’esito di questa scelta si è tradotto in una crescita esponenziale delle

<sup>44</sup> Redazione, *Sanità accreditata. Nel 2022 in Veneto oltre 120mila ricoveri e 9,5 milioni di prestazioni ambulatoriali*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Veneto, data pubblicazione: 20/09/2023, [https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo\\_id=116780](https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=116780), cons. il 07/06/2024.

strutture private in Veneto: in dieci anni, le stesse sono aumentate del 45,7%. Come riporta il Corriere del Veneto, una ricerca economica della Camera di Commercio di Vicenza avrebbe messo in luce che mentre, con la riforma del 2016, le Usl venete sarebbero passate da 21 a 9, tra il 2012 e il 2022, le sedi di impresa sanitaria privata sarebbero aumentate da 1898 a 2766. In Veneto, peraltro, la crescita di strutture private sembrerebbe essere aumentata molto più che nelle altre regioni italiane: una delle ragioni risiederebbe nel fatto che la Regione Veneto, per effetto anche di un sistema sanitario definito negli anni “virtuoso”, avrebbe raggiunto un’aspettativa di vita pari a 83,3 anni, a fronte della media nazionale che si ferma a 82,6 anni. Appare evidente come, avendo una popolazione più anziana, diventi necessario incrementare i servizi assistenziali sociali e sanitari legati alle patologie tipiche della terza età, nonché le strutture residenziali per non autosufficienti. Non a caso, considerando le localizzazioni delle sedi di impresa, anch’esse cresciute del 60,3%, si vedrebbe un aumento pari al 77,9%, relativamente alle imprese di assistenza sociale residenziale. I dati, peraltro, confermerebbero come il successo del sistema sanitario veneto andrebbe di pari passo con la crescita del settore privato: nel 2012, prima del boom di strutture private, l’aspettativa di vita era in linea con la media nazionale. Relativamente agli anziani, si noti, altresì, che, il risultato di tale sinergia tra pubblico e privato, avrebbe consentito di migliorare ed aumentare i servizi pubblici per questo segmento di popolazione: il 9,8% dei cittadini veneti over 65 anni si trova in assistenza domiciliare integrata e si prevede che l’obiettivo di arrivare al 10,9%, come fissato dal P.N.R.R., in Veneto verrà raggiunto prima del 2026. Per quanto concerne il personale, il settore pubblico, come visto, è affetto da carenza di personale acuitasi con la pandemia: in Veneto, medici e personale amministrativo sono diminuiti del 21% e del 14,5%. Nel privato, invece, si assiste ad una tendenza opposta: il personale delle strutture private sarebbe cresciuto, nella regione in esame, per un valore pari al 61,5%, superiore alla media nazionale, con un’incidenza del settore dell’assistenza sociale residenziale, anch’esso superiore alla media italiana, cresciuto del 139,1%.<sup>45</sup>

Da un’analisi dei dati riguardanti la Regione Veneto, si può trarre come l’aver attratto il settore privato nell’offerta di servizi pubblici, abbia considerevolmente giovato alle imprese profit, le quali, collaborando con la pubblica amministrazione, avrebbero ricavato degli utili tali da permettere loro di espandersi e crescere. Inoltre, l’esperienza della Regione Veneto sembrerebbe suggerire che, attrarre il settore privato nella programmazione pubblica significhi, qualora quest’ultimo abbia

---

<sup>45</sup> Nicolussi Moro M., *Sanità, boom in Veneto delle strutture private: in 10 anni sono aumentate del 45%*, Corriere del Veneto, sez. Vicenza, data pubblicazione: 11/10/2023, [https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/vicenza/cronaca/23\\_ottobre\\_11/sanita-boom-in-veneto-delle-strutture-private-in-10-anni-sono-aumentate-del-45-b8b5efb3-04ed-49db-91dd-48260e869x1k.shtml](https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/vicenza/cronaca/23_ottobre_11/sanita-boom-in-veneto-delle-strutture-private-in-10-anni-sono-aumentate-del-45-b8b5efb3-04ed-49db-91dd-48260e869x1k.shtml), cons. il 07/06/2024.

successo, migliorare il bilancio regionale che, a propria volta, dovrebbe tradursi in maggiori e più virtuosi servizi pubblici per i cittadini. Secondo gli esiti del Rapporto Crea sulle Performance regionali italiane in sanità 2024, come riportato dal quotidiano PadovaOggi, quella veneta sarebbe la miglior sanità d'Italia poiché la regione sarebbe prima in classifica relativamente a 4 dei 5 aspetti presi in esame dal rapporto (istituzioni, management aziendale, professioni sanitarie, utenti e industria). A tal proposito, il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, affermava: “Una dimostrazione lampante e trasparente dell’infondatezza di certe leggende metropolitane che si fanno circolare su presunte catastrofi nel sistema sanitario veneto”.<sup>46</sup> Nonostante le parole incoraggianti del Presidente Zaia, tuttavia, il 20 maggio 2024 la giunta regionale avrebbe deliberato in merito all’approvazione dei bilanci preventivi degli enti che fanno parte della sanità veneta, i quali, ad eccezione di Azienda Zero, risulterebbero essere in perdita, tanto che in otto aziende il deficit supererebbe i 100 milioni di euro. Inoltre, il bilancio in attivo di Azienda Zero, pari a 1,168 miliardi di euro, non basterebbe a colmare le perdite degli altri enti, portando la sanità regionale ad un passivo di 287 milioni di euro. In tal senso, il 5 giugno 2024, sarebbe intervenuto il direttore generale della sanità veneta, Massimo Annichiarico, così dicendo: “I bilanci economici preventivi recepiscono, applicando il principio di prudenza, la costosità derivante dalla programmazione socio-sanitaria vigente e dal altre dinamiche inflattive attualizzate e i ricavi, per il medesimo principio di prudenza, sono all’opposto sottostimati facendo riferimento a quelli dell’esercizio 2022”. Dunque, i bilanci preventivi non preoccuperebbero poiché le stime su cui si fondano, non solo si atterrebbero a dati di precedenti di due anni, ma non terrebbero conto di risparmi ed eventuali aumenti dei ricavi. In aggiunta, Annichiarico sosteneva che il sistema sanitario veneto avrebbe, in ogni caso, la possibilità di attingere a diversi fondi, tra i quali gli accantonamenti degli avanzi di gestione, relativi agli anni precedenti. In via prudenziale, Azienda Zero avrebbe già accantonato 147 milioni di euro per consentire la chiusura annuale del bilancio in equilibrio.<sup>47</sup>

Un altro aspetto, che getta ombre sulla sanità veneta, riguarda uno studio compiuto da Cisl, come riportato da un servizio del Telegiornale regionale veneto (RAI - TGR) e pubblicato in settembre 2023. In particolare, Cisl Veneto, mediante un questionario somministrato ai propri utenti, avrebbe raccolto 3500 risposte tra lavoratori e pensionati e, grazie all’elaborazione dei dati ad opera del centro studi Fondazione Corazzin, sarebbe emerso che il 59% delle persone si posiziona come neutrale

---

<sup>46</sup> G.F.P., *Sanità, il Veneto è la migliore regione italiana: il rapporto nazionale*, PadovaOggi, sez. Attualità, data pubblicazione: 24/01/2024, <https://www.padovaoggi.it/attualita/sanita-report-crea-veneto-padova-24-gennaio-2024.html>, cons. il 07/06/2024.

<sup>47</sup> Redazione, *Bilancio preventivo in rosso per la sanità veneta, ma nessun allarme in Regione*, VeronaSera, sez. Attualità, data pubblicazione 05/06/2024, <https://www.veronasera.it/attualita/sanita-veneto-bilanci-preventivi-rosso-2024.html>, cons. il 07/06/2024.

rispetto al servizio sanitario regionale e sette intervistati su dieci ritengono che la qualità delle prestazioni, negli ultimi anni, sia diminuita. Cisl, inoltre, lanciava un allarme circa i tempi di attesa per le prestazioni che vedrebbero sempre più cittadini veneti ricorrere al privato (non accreditato). Questa situazione starebbe portando ad una progressiva sfiducia dei cittadini veneti verso il sistema sanitario regionale e, in questo senso, ai microfoni del Tgr, Anna Orsini, presidente Fondazione Corazzin, dichiarava: “La nostra percezione è stata che la gente aveva bisogno di ascoltare e rappresentare i problemi, quasi che fosse che i problemi non vengano accolti e le persone non vengano ascoltate. Questo a me ha colpito molto.”<sup>48</sup>

In conclusione, si può asserire come la narrazione della sanità veneta quale migliore d’Italia, suffragata da studi e rapporti, potrebbe indurre a pensare che non vi siano falle nel sistema: in tal senso, si ricorda che ciò rileva da un confronto con gli altri sistemi sanitari regionali e, dunque, non si tratta di un giudizio in termini assoluti. Per questi motivi, il fatto che i cittadini veneti reputino che il sistema sanitario regionale sia in calo non dovrebbe sorprendere, in quanto, nonostante – almeno fino ad oggi – il bilancio sanitario regionale sia stato positivo, le criticità, che hanno investito il Servizio Sanitario Nazionale (si pensi alle lunghe liste d’attesa o all’invecchiamento della popolazione), non potevano non influire anche sulla sanità veneta, quale parte dello Stato italiano. L’esperienza della Regione Veneto, inoltre, sembrerebbe suggerire che aprire alla partnership pubblico-privato possa apparire quale mossa vincente nell’ottica di rendere il sistema virtuoso; tuttavia, se da un lato si è visto come l’aver aperto a collaborazione con attori privati nell’erogazione di servizi sanitari abbia, sicuramente, giovato all’economia delle imprese di settore, tanto che si starebbero espandendo, dall’altro, si ritiene necessario interrogarsi sul reale impatto che, invece, il privato ha sulle pubbliche amministrazioni – di ciò si parlerà nel corso del prossimo paragrafo. Infine, si ritiene altrettanto opportuno interrogarsi sul fatto che, se, come afferma il presidente della Aiop, il settore privato accreditato incide considerevolmente sul bilancio sanitario regionale – il quale ricordiamo fino ad oggi virtuoso – da cui dovrebbero discendere servizi sanitari e prestazioni di qualità, allora, perché, stando al rapporto Cisl, i cittadini veneti si rivolgono in misura sempre maggiore alle strutture private non accreditate? Sul filo del ragionamento di Giuseppe Puntin, si potrebbe asserire che ciò sia dovuto al limite al tetto di spesa imposto dalla normativa nazionale che vedrebbe il settore privato accreditato, “limitato” e impossibilitato a rispondere alle esigenze sanitarie

---

<sup>48</sup> Bonaldi R., Colombatti P., montaggio Bordin A., *Sanità veneta, l’allarme della Cisl: sempre più persone fanno ricorso ai privati*, Tgr Veneto, sez. Redazioni Tgr, data pubblicazione: 29/09/2023, <https://www.rainews.it/tgr/veneto/video/2023/09/sanita-veneta-allarme-della-cisl-sempre-piu-persone-fanno-ricorso-ai-privati-866f9c43-2b10-42d2-b902-cbd638c8772a.html>, cons. il 07/06/2024.

dei cittadini. Dunque, infine, ci si chiede se la possibile soluzione alla crisi dei sistemi pubblici di salute risieda proprio in un incremento ulteriore del finanziamento delle strutture private accreditate da parte della sanità pubblica che, sul lungo termine, si ritiene possa portare ad una vera e propria esternalizzazione dei servizi sanitari essenziali, su vasta scala.

## 5.5 Il mondo della sanità privata e le assicurazioni sanitarie

Precedentemente si è menzionato il concetto di *accreditamento* ed *esternalizzazione*, in tal senso, al fine di operare una doverosa analisi sul mondo della sanità privata, si ritiene necessario specificare la differenza che intercorre tra le due modalità.

L'esternalizzazione, in inglese *outsourcing*, fa parte dei contratti atipici che le pubbliche amministrazioni possono stringere con le aziende private. Tale pratica, ancor prima di emergere in ambito pubblico, è sorta negli anni Ottanta come fenomeno di natura eminentemente privata; per far fronte a periodi di crisi economica e necessità di contenere le spese, le aziende private hanno fatto ricorso all'esternalizzazione di attività strategiche che non facessero parte del *core business* (attività essenziali) dell'azienda medesima. Lo scopo di tale pratica corrispondeva alla possibilità da parte dell'impresa privata di delegare attività secondarie ad altre imprese, mediante apposito contratto, che fossero in grado di svolgerle in regime di maggior efficienza rispetto all'azienda "committente": in tal modo, quest'ultima avrebbe potuto continuare a svolgere attività che altrimenti si sarebbe vista costretta a cessare, per via di costi di produzione ai quali, altrimenti, non sarebbe stata capace di far fronte. Negli ultimi anni, il fenomeno dell'esternalizzazione si è diffuso anche nelle amministrazioni pubbliche – si potrebbe, a tal proposito, asserire che ciò sia una diretta conseguenza delle teorie afferenti al New Public Management e all'aziendalizzazione del settore pubblico. L'esternalizzazione aggiunge, indubbiamente, dei vantaggi legati al contenimento della spesa, tuttavia, rende maggiormente complesso il monitoraggio del servizio erogato da parte del soggetto privato.<sup>49</sup> Attualmente, non sussiste un divieto nei riguardi delle amministrazioni pubbliche di ricorrere alle esternalizzazioni, a tal proposito, il decreto legislativo n. 502/1992 ha sancito la possibilità per le aziende sanitarie di esternalizzare determinate attività, definite *in service*, non prettamente sanitarie e, quindi, strumentali all'ente pubblico. Si è operata la distinzione tra attività *core business* e *facilities*

---

<sup>49</sup> Iosca G., *Outsourcing negli appalti pubblici: la prassi e il quadro normativo*, Diritto.it, sez. Diritto Civile, data pubblicazione: 15/11/2017, <https://www.diritto.it/outsourcing-negli-appalti-pubblici-la-prassi-quadro-normativo/>, cons. il 07/06/2024.

(prestazioni di servizio); queste ultime, di norma, possono essere soggette ad esternalizzazione.<sup>50</sup> Ciò è corroborato dalla Circolare n. 2/1996 del Ministero della Sanità il quale affermava: “Ai fini del miglioramento dei servizi un criterio guida che merita di essere seguito ed approfondito è quello di concentrare l’attenzione sulla missione specifica dell’azienda e adottare, anche in via sperimentale, forme di gestione ‘esterna’ per le attività strumentali e di supporto. Gli effetti di miglioramento gestionale sono legati alla possibilità di concentrare, anche mediante appositi interventi di riorganizzazione interna, le risorse disponibili sulle attività che valgono a connotare in modo esclusivo le finalità dell’ente (nel caso della sanità quelle legate alle prestazioni a contenuto tecnico-sanitario), mentre le funzioni strumentali e di supporto, per la loro natura generiche in quanto comuni a più realtà organizzative, possono essere assicurate con maggiore efficienza e secondo livelli di qualità più elevati facendo ricorso ad organizzazioni professionali specializzate presenti sul mercato. Le aree che maggiormente si prestano ad una strategia di esternalizzazione sono quelle di taluni servizi amministrativi [...], o anche di servizi diversi [...], ivi compresi alcuni servizi sanitari [...]”<sup>51</sup> Quest’ultimo aspetto ha aperto ad esternalizzazioni innovative che comprendessero di poter delegare ad aziende private non solo servizi strumentali, ma anche alcuni servizi essenziali. A tal fine, sono sorte sperimentazioni gestionali, quali quelle composte da società miste a capitale pubblico e privato, ai sensi dell’art. 10 del D.lgs n. 229/1999. Tuttavia, rimane sancito che, al di là di tali sperimentazioni, le aziende del Servizio Sanitario nazionale non possono tassativamente demandare lo svolgimento di compiti diretti della salute, quali afferenti al core business delle aziende sanitarie pubbliche.<sup>52</sup> E, tuttavia, le aziende sanitarie pubbliche possono demandare attività sanitarie essenziali ed afferenti al proprio core business unicamente nel caso in cui l’ente pubblico non possa, per mancanza di risorse, erogare detti servizi: tale è l’accreditamento che, diversamente dall’esternalizzazione, prevede una determinata procedura di verifica dei requisiti delle aziende private.

Si giunge, quindi, alla definizione di accreditamento il quale, ai sensi dell’arti. 8-bis, comma 3, e 8-quater D.Lgs n. 502/1992, permette ai privati di erogare servizi per conto del Servizio Sanitario nazionale, previo accertamento di requisiti organizzativi, tecnici e di qualità. In questo senso, si ritiene

---

<sup>50</sup> Redazione, *Interrogazioni/1. Costa: “Troppe esternalizzazioni in sanità”. Ecco le contromisure del Governo*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Governo e Parlamento, data pubblicazione: 23/06/2022, [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=105760](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=105760), cons. il 07/06/2024.

<sup>51</sup> Greco M., *L’esternalizzazione dei servizi nelle Aziende sanitarie siciliane*, Altalex, data pubblicazione: 16/04/2010, aggiornato al 05/10/2010, <https://www.altalex.com/documents/news/2010/10/05/l-esternalizzazione-dei-servizi-nelle-aziende-sanitarie-siciliane>, cons. il 07/06/2024.

<sup>52</sup> *Ibidem*.



utile citare la sentenza III n. 1252 del Consiglio di Stato, emanata il 19/02/2021, in cui si precisava la differenza tra accreditamento e prestazioni in service, relativamente ai servizi sanitari. Il Consiglio di Stato si è pronunciato poiché una struttura sanitaria privata, accreditata, aveva fatto ricorso contro l'ammissione in gara di altre due strutture che, diversamente, non si erano sottoposte alla procedura di accreditamento. In primo grado, il giudice si era espresso in termini di non violazione della norma afferente alla procedura di accreditamento (il D.Lgs n. 502/1992), poiché nella fattispecie l'ente pubblico avrebbe accettato di mettere in gara strutture non accreditate, allo scopo di avvalersi di prestazioni in service, ovvero l'esecuzione di test di profilazione genica e, quindi, la norma sopracitata non avrebbe riguardato le strutture che erogassero questo tipo di servizi. In tal senso, il Consiglio di Stato si è trovato a respingere il ricorso, in quanto l'accREDITAMENTO e l'esternalizzazione di servizi in service non possano essere considerate quali pratiche assimilabili. In particolare, l'accREDITAMENTO, il quale consente alle strutture private di operare "per conto" del Servizio sanitario, sarebbe legittimato dal fatto che l'utente, scegliendo liberamente la struttura a cui rivolgersi, richieda la prestazione direttamente alla struttura privata che, erogando un servizio sanitario che realizza il diritto alla salute come sancito dalla Costituzione, lo svolge per conto del Servizio sanitario, il quale sarebbe stato in prima istanza deputato a fornire detto servizio e, per questo, la struttura sanitaria accreditata viene pagata dallo Stato. Dunque, nella fattispecie dei servizi sanitari, la procedura di accREDITAMENTO, quale verifica di determinati requisiti delle aziende private da parte dell'amministrazione pubblica, si sostituirebbe alla scelta del cittadino. Nell'affidamento in service, quale esternalizzazione del servizio, la verifica dei requisiti corrisponde alla procedura di gara e, inoltre, riguarda dei servizi strumentali afferenti alla struttura sanitaria pubblica (in detto caso il laboratorio) e, quindi, il cittadino relativamente a prestazioni laboratoriali eseguite dal privato si rivolgerebbe direttamente all'ente pubblico e non alla struttura privata che, diversamente, viene scelta dalla pubblica amministrazione e di cui la stessa si avvale.<sup>53</sup> In sintesi, quindi, si può asserire come l'accREDITAMENTO, quale emergente da una verifica di idoneità in sostituzione della libera scelta del cittadino, riguardi la concessione alle aziende private di erogare servizi sanitari, sanciti dal diritto alla salute e per questo in capo allo Stato, per ragioni di razionalizzazione e poiché l'ente pubblico non avrebbe potuto garantirli. L'esternalizzazione in service, oltre a non prevedere una procedura di accREDITAMENTO bensì la verifica dei requisiti tramite la gara d'appalto, riguarda per l'appunto servizi strumentali che non sono

---

<sup>53</sup> Velato G., *La differenza tra accREDITAMENTO sanitario e prestazioni in service: la perfetta lezione del Consiglio di Stato*, Studio Legale "Stefanelli & Stefanelli", data pubblicazione: 18/11/2021, <https://www.studiolegalestefanelli.it/it/approfondimenti/la-differenza-tra-accREDITAMENTO-sanitario-e-prestazioni-in-service-la-perfetta-lezione-del-consiglio-di-stato/>, cons. il 08/06/2024.



direttamente connaturati alla realizzazione del diritto alla salute, in forma di erogazione di servizi sanitari.

Il settore privato, dunque, opera all'interno delle amministrazioni sanitarie italiane mediante il regime di accreditamento relativamente all'erogazione di servizi prettamente sanitari ed in regime di esternalizzazione in service per quanto concerne l'erogazione di servizi strumentali. Si parla, altresì, di sanità privata rispetto all'esistenza della sanità integrativa quale possibilità da parte del cittadino di rivolgersi ad enti privati profit e no profit, al fine di sostituire o integrare i servizi assistenziali garantiti dal Servizio sanitario nazionale – in merito, si approfondirà a seguire.

Nel corso del precedente paragrafo, relativamente all'esperienza della Regione Veneto, si è visto come il fatto che il settore privato possa operare in regime di accreditamento con il pubblico ne abbia favorito una crescita rilevante in termini di numero d'impres e sedi. Dunque, se la partnership pubblico-privato in Sanità si è dimostrata più che positiva per il settore privato, si procederà nell'analizzare l'impatto che quest'ultimo, invece, ha sul Servizio Sanitario nazionale. A tal proposito, si riportano le cifre rispetto ai posti letto previsti nelle strutture di ricovero pubbliche e i posti letto accreditati per l'anno 2022, come riportato nell'Annuario Statistico del Ministero della Salute.<sup>54</sup>

#### POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI ANNO 2022

Regione	Posti letto pubblici					Posti letto accreditati					
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Posti per 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti per 1.000 abitanti
PIEMONTE	1.032	631	13.920		15.583	3,7	2	113	3.272	3.387	0,8
VALLE D'AOSTA	29	14	389		432	3,5		2	74	76	0,6
LOMBARDIA	734	1.096	30.603	720	33.153	3,3	140	361	7.786	8.287	0,8
PROV. AUTON. BOLZANO	91	87	1.668	16	1.862	3,5	4	2	465	471	0,9
PROV. AUTON. TRENTO	116	98	1.330		1.544	2,9	19	17	624	660	1,2
VENETO	570	633	14.148	95	15.446	3,2	41	58	1.478	1.577	0,3
FRIULI VENEZIA GIULIA	330	8	3.539	34	3.911	3,3	28	62	401	491	0,4
LIGURIA	422	250	5.213	34	5.919	3,9	35	4	298	337	0,2
EMILIA ROMAGNA	426	299	12.890	48	13.663	3,1	75	123	3.802	4.000	0,9
TOSCANA	842	548	8.924	211	10.525	2,9	50	145	1.439	1.634	0,4
UMBRIA	147	156	2.619		2.922	3,4		33	249	282	0,3
MARCHE	345	187	4.761		5.293	3,6	4	54	875	933	0,6
LAZIO	1.233	631	14.610	119	16.593	2,9	272	122	5.717	6.111	1,1
ABRUZZO	201	213	3.093		3.507	2,7	32	32	1.027	1.091	0,9
MOLISE	61	48	778	147	1.034	3,5	6	8	140	154	0,5
CAMPANIA	1.427	571	10.895	30	12.923	2,3	252	240	5.215	5.707	1,0
PUGLIA	590	180	11.492	4	12.266	3,1		14	2.609	2.623	0,7
BASILICATA	145	83	1.775		2.003	3,7			40	40	0,1
CALABRIA	410	182	3.496		4.088	2,2	115	70	1.776	1.961	1,1
SICILIA	953	332	11.120	30	12.435	2,6	185	387	4.092	4.664	1,0
SARDEGNA	500	97	4.231	8	4.836	3,0	42	62	941	1.045	0,7
<b>ITALIA</b>	<b>10.604</b>	<b>6.344</b>	<b>161.494</b>	<b>1.496</b>	<b>179.938</b>	<b>3,0</b>	<b>1.302</b>	<b>1.909</b>	<b>42.320</b>	<b>45.531</b>	<b>0,8</b>

ASS\_OSP\_STR\_10

<sup>54</sup> A.A. V.V., *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ufficio di Statistica, Ministero della Salute, Attività editoriali ministeriali, 2022, [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche), cons. il 08/06/2023, p. 72.

Dal resoconto ministeriale emerge come un quinto dei posti letto complessivi nazionali sia costituito da posti letto accreditati e, peraltro, confrontando il totale dei posti letto pubblici ed il totale di quelli accreditati rispetto all'elaborazione ministeriale del 2012,<sup>55</sup> si vede come i posti letto pubblici siano diminuiti di 7.185 unità, mentre il totale dei posti letto accreditati si configura come stabile.

POSTI LETTO PREVISTI NELLE STRUTTURE DI RICOVERO PUBBLICHE E POSTI LETTO ACCREDITATI  
ANNO 2012

Regione	Posti letto pubblici						Posti letto accreditati				
	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Degenza a Pagamento	Totale	Posti per 1.000 abitanti	Day Hospital	Day Surgery	Degenza Ordinaria	Totale	Posti per 1.000 abitanti
PIEMONTE	1.216	875	12.825		14.916	3,4	14	115	3.285	3.414	0,8
VALLE D'AOSTA	34	18	406	2	460	3,6		2	74	76	0,6
LOMBARDIA	958	1.135	29.007	598	31.698	3,2	167	351	7.746	8.264	0,8
PROV. AUTON. BOLZANO	124	76	1.600	25	1.825	3,6			291	291	0,6
PROV. AUTON. TRENTO	158	117	1.581		1.856	3,5	8	6	544	558	1,1
VENETO	1.177	577	15.575	290	17.619	3,6	75	42	1.128	1.245	0,3
FRULI VENEZIA GIULIA	505	6	3.831	160	4.502	3,7	111		462	573	0,5
LIGURIA	647	351	5.466	37	6.501	4,2	5	5	146	156	0,1
EMILIA ROMAGNA	1.499	240	13.863	160	15.762	3,6	122	171	4.303	4.596	1,0
TOSCANA	1.221	422	10.133	211	11.987	3,2	110	140	1.705	1.955	0,5
UMBRIA	242	133	2.534	8	2.917	3,3		33	238	271	0,3
MARCHE	389	219	4.565	12	5.185	3,4	3	51	852	906	0,6
LAZIO	1.943	464	15.222	62	17.691	3,2	296	74	5.020	5.390	1,0
ABRUZZO	388	158	3.285	94	3.925	3,0	49	25	998	1.072	0,8
MOLISE	86	66	990	142	1.284	4,1	7	7	140	154	0,5
CAMPANIA	1.586	563	10.599	55	12.803	2,2	304	239	5.395	5.938	1,0
PUGLIA	766	262	10.334	69	11.431	2,8	40	11	2.463	2.514	0,6
BASILICATA	206	57	1.724	14	2.001	3,5	12		148	160	0,3
CALABRIA	694	235	3.833	26	4.788	2,4	150	102	2.118	2.370	1,2
SICILIA	1.439	489	10.663	67	12.658	2,5	193	341	3.968	4.502	0,9
SARDEGNA	526	132	4.625	31	5.314	3,2	39	43	1.042	1.124	0,7
<b>ITALIA</b>	<b>15.804</b>	<b>6.595</b>	<b>162.661</b>	<b>2.063</b>	<b>187.123</b>	<b>3,1</b>	<b>1.705</b>	<b>1.758</b>	<b>42.066</b>	<b>45.529</b>	<b>0,8</b>

ASS\_OSP\_STR\_10

Dunque, nonostante le criticità emerse con la pandemia da Covid-19 ed in particolare la carenza di posti letto, relativamente al 2022 non si è proceduto ad integrarli per raggiungere quantomeno il numero che si aveva dieci anni fa. In aggiunta, si sottolinea che se dal 2012 al 2022 i posti letto pubblici sono stati oggetto di tagli in termine di contenimento della spesa pubblica, i posti letto accreditati non sono stati interessati dai medesimi. Concentrandosi sui dati della Regione Veneto, la situazione conferma quanto visto rispetto all'aumento di strutture sanitarie private: nel 2012 il totale di posti letto pubblici era pari a 17.619 ed il totale dei posti letto accreditati era di 1.245 unità, nel 2022 si ha un totale di posti letto pubblici per un ammontare di 15.446 unità e posti letto accreditati di 1.577 unità. Appare evidente come la tendenza degli ultimi dieci anni abbia portato ad una diminuzione della presenza pubblica, in termini di posti letto, mentre a livello nazionale il privato si sia mantenuto stabile con, addirittura, casi di aumento come quello della Regione Veneto. Inoltre, se

<sup>55</sup> A.A. V.V., *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ufficio di Statistica, Ministero della Salute, Attività editoriali ministeriali, 2012, [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche), cons. il 08/06/2023, p. 71.

per i posti letto possiamo osservare come il privato costituisca circa un quinto del totale e quindi la presenza del pubblico sia ancora preponderante, per quanto riguarda servizi assistenziali, quali l'assistenza domiciliare integrata, la presenza del privato accreditato si attesti all'80% del totale dei servizi erogati.<sup>56</sup> Quest'ultimo aspetto, se si considera la crescente numerosità di strutture private, confermerebbe il fatto che, secondo le previsioni, la Regione Veneto raggiungerà prima del 2026 il già citato obiettivo ministeriale relativo all'assistenza domiciliare integrata che dovrà coprire almeno il 10% dei cittadini over-65. In merito a quest'ultimo aspetto, sembrerebbe che la presenza di aziende private accreditate possa effettivamente giovare al settore pubblico, tuttavia, tale considerazione non parrebbe essere del tutto vera.

Innanzitutto si apre alla questione legata agli interessi della sanità privata, la quale, essendo a vocazione profit, agisce nel mercato relativamente ai settori più remunerativi: in tal senso, vi è una tendenza a monopolizzare gli ambiti in cui la presenza pubblica è minoritaria come il settore assistenziale, il quale, a causa del già citato invecchiamento della popolazione, si configura come quello che presenta una domanda di servizi crescente; diversamente, settori legati ad ospedalità, posti letto ed emergenze vengo "lasciati" al pubblico poiché poco attrattivi economicamente. Secondo il Censis, tale dinamica si porrebbe in controtendenza rispetto ai principi di equità e qualità dei servizi, in particolare, dato che spesso le strutture private accreditate hanno sia reparti che erogano servizi per conto del pubblico, sia reparti che operano in regime eminentemente privatistico, non è infrequente che, nell'occasione in cui i cittadini vi si rivolgono per usufruire dei servizi accreditati, tale circostanza permetta di attrarre potenziale clientela: se, relativamente a servizi per i quali la struttura non è accreditata, il cittadino trova lunghe liste d'attesa mediante il Servizio sanitario, privatamente, le tempistiche si riducono significativamente e, nel caso in cui abbia un'impellenza non trascurabile, è più probabile si fidi e si rivolga alla struttura privata con la quale, per conto del pubblico, abbia già avuto contatti in precedenza. In aggiunta, sempre secondo il rapporto Censis, un cittadino medio spende circa 580€ l'anno nella sanità privata. Questo dato permette di giungere alla seconda questione relativa all'influenza del privato sulla sanità pubblica: nel 2018 le spese ad opera del Servizio Sanitario nazionale per pagare gli enti privati accreditati si attestavano a €392 l'anno per abitante, ovvero il 20,3% della spesa sanitaria statale complessiva.<sup>57</sup>

---

<sup>56</sup> Banchieri G., Vannucci A., *Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 08/01/2024, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119316](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119316), cons. il 09/06/2024.

<sup>57</sup> *Ibidem*.

La presenza del settore privato in accreditamento, come visto, oltre a favorirne lo sviluppo profit in termini di attrazione della potenziale clientela “pubblica”, sembrerebbe non costituire fonte di miglioramento nell’erogazione dei servizi pubblici: a causa dei tagli alla sanità, vi è stato un lento declino della capacità di monitoraggio dei servizi prestati dagli enti privati accreditati, i quali, per ragioni di contenimento dei costi di produzione, in più di un’occasione sarebbero venuti meno agli standard previsti dai LEA. Inoltre, per molto tempo non si è fatto aggiornamento dei capitolati delle gare d’appalto, con la conseguenza che i criteri con i quali le aziende private vincevano queste ultime non erano in linea con le esigenze sanitarie della popolazione.<sup>58</sup> In conclusione, dunque, si intende asserire non tanto che la partnership pubblico-privato costituisca un elemento degenerativo per le amministrazioni, quanto, piuttosto, che questa necessiti di una conduzione manageriale pubblica valida che valorizzi la competitività tra i due settori, in termini di miglioramento. In un certo senso, dal periodo delle aziendalizzazioni sino ad oggi, si potrebbe affermare che i due mondi si siano sì contaminati ma che lo abbiano fatto relativamente ad aspetti, per così dire, negativi nella misura in cui abbiano minato lo scopo precipuo di garantire il diritto alla salute.

La sanità privata è composta anche dalla cosiddetta *sanità integrativa*, la quale consiste in fondi che integrano o duplicano i servizi coperti dal Servizio Sanitario e possono essere scelte in autonomia dai cittadini o fornite dal datore di lavoro ad una categoria di dipendenti. Tali fondi, introdotti con il decreto legislativo n. 502/1992, possono essere forniti da società di mutuo soccorso, associazioni o aziende private quali assicurazioni o banche, iscritti all’Anagrafe dei Fondi Sanitari, ai sensi del decreto ministeriale 31 marzo 2008. Gli enti che decidono di iscriversi sono sottoposti altresì a procedura di accreditamento. In un certo senso, tale modalità si costituirebbe come un ritorno a pratiche precedenti la costituzione del Servizio Sanitario nazionale – come visto nel corso del primo capitolo. Secondo il Reporting System dell’Anagrafe dei Fondi sanitari, attualmente, vi sono iscritti più di dieci milioni di lavoratori ed esistono più di trecento fondi di questa sorta.<sup>59</sup> La sanità integrativa, inoltre, gode di un regime fiscale di favore in termini di deducibilità: nel 2013, era fissata a 3.615,20€ mentre l’investimento medio pro capite dello Stato ammontava a 2.470,00€. L’Italia, peraltro, prevede un tetto di spesa alla deducibilità dei fondi sanitari integrativi pari a 2,5 volte, rispetto alla spesa pro capite effettuata dai cittadini per i medesimi fondi. I lavoratori che possono usufruire di fondi di sanitari integrativi previsti dal proprio C.C.N.L. hanno la possibilità di dedurre i

---

<sup>58</sup> *Ibidem.*

<sup>59</sup> Fondo ASIM, *Fondi di assistenza sanitaria integrativa: cosa sono e a cosa servono*, Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi, s.d., <https://www.fondoasim.it/fondi-assistenza-sanitaria-integrativa/>, cons. il 09/06/2024.

medesimi per un contributo pro capite di 2.470,00€ come privati cittadini, a cui si aggiungono 3.615,20€ come tetto di spesa media di fondi integrativi relativi a categorie di lavoratori; in tal caso, si parla di un ammontare complessivo pari a 6.085,20€ di deduzione che offre il fianco a questioni inerenti a diseguaglianze di salute, nella misura in cui categorie di lavoratori per cui non siano previsti fondi sanitari integrativi o precari non hanno la possibilità di accedere a tali garanzie sanitarie aggiuntive.<sup>60</sup>

In ultimo, s'intende affrontare il ruolo svolto delle assicurazioni all'interno del panorama sanitario italiano. In questo senso, come riporta *Quotidiano Sanità*, Liran Einar, economista della Stanford University, nel libro "We've Got You Covered. Rebooting American Health Care", afferma come le assicurazioni sanitarie italiane non debbano seguire il modello americano, quale dispendioso e che porta a risultati di salute inferiori rispetto a quello dei paesi europei, bensì si rivolga alle esperienze tedesche e francesi. In particolare, si sostiene come, negli anni Novanta, in Italia vi fosse una tendenza a seguire il modello tedesco in quanto, a ricorrere al mondo assicurativo, fossero i ceti più abbienti che, per ragioni di maggior copertura, preferissero uscire dal Servizio Sanitario nazionale, tale, peraltro, era l'intendimento di Confindustria mediante il documento "Proposte per una nuova sanità" del 1997.<sup>61</sup> Sempre come riportato da *Quotidiano Sanità*, l'AD di Unipol Salute, Giovanna Gigliotti, sosterebbe di seguire il modello francese che vedrebbe una presenza da parte del Servizio sanitario nei riguardi dei servizi essenziali, mentre, i servizi aggiuntivi dovrebbe andare in capo alle assicurazioni private. Inoltre, la stessa ricordava come la disciplina legata ai fondi integrativi assicurativi del 1992, riformata da Bindi nel 1999, vedrebbe una distinzione tra fondi doc e fondi non doc per la quale i primi sarebbero deducibili, diversamente dai secondi.<sup>62</sup> Si apre, quindi, ad una problematica legata ai fondi integrativi, i quali si ricorda possono essere erogati anche da assicurazioni, e polizze assicurative puramente privatistiche, in termini di deducibilità fiscale: in questa sede, si ritiene opportuno interrogarsi, in particolare, sulle polizze sanitarie legate a rapporti collettivi di lavoro giacché, se non accreditati con l'Anagrafe sanitaria dei fondi integrativi, non consentirebbero al lavoratore di godere degli sgravi fiscali. Quest'ultimo aspetto porrebbe un'ulteriore problematica dal punto di vista della programmazione sanitaria: decidere di porre degli sgravi fiscali per chi decide di ricorrere alla sanità integrativa, se, da un lato, è vero che ciò consente

---

<sup>60</sup> Banchieri G., Vannucci A., *Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future*, op. cit.

<sup>61</sup> Geddes De Filicaia M., *Assicurazioni sanitarie, vediamoci chiaro*, *Quotidiano online di informazione sanitaria*, sez. Lettere al direttore, data pubblicazione: 11/12/2023, [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=118938](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118938), cons. il 09/06/2024.

<sup>62</sup> *Ibidem*.

ai cittadini di “non pagare due volte” prestazioni per le quali già pagano le tasse, dall’altro sembrerebbe favorire un approccio volto a favorire l’insediamento del privato all’interno della sanità e tradirebbe l’intento di rafforzare il Servizio Sanitario nazionale. Infine, Gigliotti affermava come la spesa sanitaria privata si sia incrementata, rasentando i 41,5 miliardi di euro.<sup>63</sup>

Come ultima istanza, si vuole offrire quella che è l’esperienza diretta della scrivente, la quale, ipso facto, avendo svolto il tirocinio curricolare come previsto dal corso di Laurea magistrale presso l’azienda “Allianz 351” di Este (PD), ha avuto modo di conoscere dall’interno le dinamiche legate al settore assicurativo; in particolare, rileva che, se attualmente la maggioranza delle polizze rilasciate dagli intermediari assicurativi riguarda il settore automobilistico, a livello dirigenziale si prevede che tale ambito nei prossimi anni verrà totalmente soppiantato dalle assicurazioni “digitali” che, offrendo attività di consulenza limitate così come un numero ristretto di dipendenti, consentono al cliente di pagare premi assicurativi ridotti e maggiormente competitivi rispetto a quelli offerti dalle assicurazioni tradizionali. In tal senso, la direzione che gli intermediari assicurativi intendono prendere per il futuro, come suggerito a livello dirigenziale, riguarda il settore *protection* che concerne polizze vita, fondi pensione e assicurazioni sanitarie, ovvero segmenti di mercato in cui il pubblico si sta progressivamente mostrando carente.

In conclusione, il mondo della sanità privata si mostra eterogeneo sia in termini di accreditamento con il SSN che a livello di prestazioni privatistiche. Tuttavia, si vuole porre un accenno, anche sulla scorta dell’esperienza della Regione Veneto, relativamente alla crescita che tale settore sta avendo, a maggior ragione, si ritiene sia di fondamentale importanza monitorare la situazione con l’obiettivo di preservare un sistema sanitario nazionale. Infine, modalità quali i fondi sanitari integrativi finanche le polizze assicurative private sembrerebbero riportare la situazione, in una dinamica quasi circolare, a un momento storico che la legge n. 833 del 1978 intendeva superare.

---

<sup>63</sup> *Ibidem.*

## Conclusioni

Per quanto concerne l'ambito sanitario, pensare di offrire una soluzione univoca e perentoria in merito alla crisi dei sistemi pubblici di salute, sarebbe ingenuo nonché tracotante, tuttavia, appaiono evidenti i due afflati coesistenti, legati ad una dimensione macroscopica rispetto alle organizzazioni sanitarie, configurantesi come sistemi sociali complessi, e una dimensione microscopica relativa al rapporto tra operatori sanitari e pazienti, nonché la condizione lavorativa che i primi si trovano a vivere. In tal senso, si sottolinea come, sulla scorta dell'esperienza pandemica così come delle vicissitudini legate al P.N.R.R., sia diventata preponderante la necessità di riconsiderare una programmazione sanitaria che si profili come sintesi di tali aspetti. Il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, intervenendo in apertura della seconda edizione del Festival delle Regioni a Torino, affermava: “Il Servizio Sanitario Nazionale è un patrimonio prezioso da difendere ed adeguare. E in questo, la riflessione delle Regioni in dialogo con il Paese e la società è particolarmente preziosa ed importante. [...] È anche di rilievo che sia data molta importanza, attenzione e centralità al digitale, altro elemento decisivo per il futuro del nostro Paese in tutti i suoi luoghi, particolarmente per le aree interne, montane e le isole minori”.<sup>1</sup> A tal proposito, si menziona l'esistenza di un portale online denominato “#salviamoSSN” il quale reca tale monito: “Lo stiamo perdendo, la salute del Servizio Sanitario Nazionale peggiora sempre di più a causa di scelte politiche e organizzative che minano il diritto costituzionale alla tutela della salute e spianano la strada alla privatizzazione della sanità.”<sup>2</sup> Il settore privato, dunque, nel tramite delle teorie legate al New Public Management, come visto, secondo questa visione starebbe ostacolando l'attuazione del diritto alla salute; tuttavia, l'insinuazione del privato non è da considerarsi quale elemento prettamente negativo per l'amministrazione pubblica. In questo senso, s'intende porre come cifra interpretativa della situazione contemporanea il concetto di *governance*, quale superamento delle teorie inerenti all'aziendalizzazione. Secondo le tesi di Rhodes, mediante il processo di aziendalizzazione, si realizzerebbe uno svuotamento delle categorie che avrebbero mosso, fino a tempi non sospetti, l'assetto statale. In particolare, Rhodes parla di “from government to governance” come passaggio da un sistema basato su una logica burocratica, a un sistema eterogeneo che permetta ad attori variegati di compartecipare all'erogazione di servizi che precedentemente erano in capo unicamente al

---

<sup>1</sup> Redazione, *Mattarella: il Servizio sanitario nazionale è un patrimonio prezioso da difendere e adeguare*, Il Sole 24 Ore, sez. Sanità24, data pubblicazione: 02/10/2023, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-02/mattarella-servizio-sanitario-nazionale-e-patrimonio-prezioso-difendere-e-adequare-152907.php?uuid=AFhVnd4>, cons. il 09/06/2024.

<sup>2</sup> Fondazione GIMBE, *Lo stiamo perdendo*, GIMBE Evidence for Health, s.d., <https://www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/manifesto.it-IT.html>, cons. il 09/06/2024.

pubblico.<sup>3</sup> In particolare, la necessità di rivedere le logiche di regolazione che attengono al mondo della sanità, non solo è avallata dalle istanze concluse nel P.N.R.R., ma concerne anche il rapporto tra operatori sanitari e pazienti, il quale non può essere trascurato, qualora si voglia procedere in una direzione che valorizzi il Servizio Sanitario nazionale. Si vuole, altresì, offrire la visione del filosofo Massimo Cacciari, il quale partendo da un'eggesi delle tesi hegeliane, sostiene come “viviamo oggi in uno stato permanente di eccezione, che si caratterizza per il venir meno di uno spazio pubblico, ossia di connessioni sociali, di luoghi di reale partecipazione e di effettivo confronto, come i partiti e i sindacati. Negli anni Sessanta e Settanta, in presenza di uno spazio pubblico reale, una condizione di sofferenza per una situazione come quella attuale – il riferimento è alle restrizioni pandemiche – sarebbe stata inconcepibile, così come sarebbero state inconcepibili misure come il coprifuoco. Oggi viviamo da individui e l'ideologia della distanza, che, si racconta che verrebbe meno grazie ai mezzi di comunicazione, invece si moltiplica e viene estremizzata dalla crisi attuale. [...] C'è stata un'impotenza strategica assoluta da parte di tutte le autorità e le uniche strategie sono state la chiusura totale e l'attesa salvifica del vaccino. Sembra quasi l'avverarsi del sogno, magari anche involontario, dell'addomesticamento universale attraverso un modello di distanza sociale universale.”<sup>4</sup> La visione del filosofo veneziano, estremamente critica rispetto alle misure pandemiche, mette in luce come queste, mediante il distanziamento sociale, abbiano creato una sofferenza in termini di dibattito pubblico che, peraltro, sarebbe stata impensabile, secondo lo stesso, negli anni Sessanta e Settanta – periodo in cui nasceva il Servizio Sanitario nazionale. In un certo senso, dunque, la digitalizzazione, nelle forme che avvallano il distanziamento, come, ad esempio, le visite mediche a distanza, porterebbe ad un depotenziamento delle interazioni sociali, nel senso pieno del termine, che si tradurrebbe in una decadenza del dibattito pubblico e, non solo, ma anche, conseguentemente, ad un peggioramento delle relazioni di cura tra sanitari e pazienti. A tal proposito, s'intendono citare le parole di un altro filosofo, Martin Heidegger, il quale così asseriva nell'introduzione della sua opera magna, *Essere e tempo*: “L'essere è sempre l'essere di un ente. La totalità degli enti, secondo i suoi diversi domini, può divenire il campo di ostensione e di delimitazione di particolari ambiti di cose (ad esempio, la storia, la natura, lo spazio, la vita, l'Esserci, il linguaggio) i quali possono essere tematizzati come oggetti delle corrispondenti ricerche scientifiche. [...] Ma poiché ognuno di questi ambiti può esser tratto da un dominio dell'ente, questa indagine preliminare che istituisce i concetti fondamentali è null'altro l'interpretazione di questo ente rispetto alla costituzione fondamentale del

---

<sup>3</sup> Brunetta F., Marchegiani L., *L'outsourcing nella sanità*, Focus, sez. Consumatori, Diritti e Mercato, n. 1/2009, pp. 62-63.

<sup>4</sup> Rai Cultura, *Massimo Cacciari. Riflessioni sul tempo presente*, Radiotelevisione Italiana, sez. Filosofia, s.d., <https://www.raicultura.it/filosofia/articoli/2021/05/Massimo-Cacciari-Riflessioni-sul-tempo-presente-74c863cd-9ac0-4289-8165-934d9bcc78ad.html>, cons. il 10/06/2024.



suo essere. Un'indagine del genere deve precedere le scienze positive. [...] La ricerca ontologica è certamente più originaria che la ricerca ontica delle scienze positive.”<sup>5</sup> Sulla base di queste affermazioni di natura essenziale-ontologica, è possibile offrire una chiave di lettura rispetto alla contemporaneità, nei termini in cui la rivoluzione digitale alla stregua delle istanze, che vedono nelle scienze positive la massima nonché l'unica possibile espressione di un sapere umano valido, realizzerebbero quello che il filosofo definisce quale dominio dell'ente; quest'ultimo si configura dal rapporto che l'Uomo contemporaneo ha con la Natura, nella misura in cui lo sfruttamento incontrastato delle risorse, si traduce in un rapporto distorto con l'Essere, nel quale l'Uomo agisce da padrone. Questa medesima natura dominatrice – che il sistema capitalistico ben incarna – si declina in tutti i rapporti che l'Uomo contemporaneo intesse con l'altro da sé. Ciò presuppone che nel relazionarsi, l'altro venga spogliato della propria umanità, della propria dimensione ontologica di “essere nel mondo”, per farsi strumento che soggiace ad un fine. La dominanza medica, in questo senso, definisce e realizza tale dinamica disumanizzante; inoltre, il medico, al pari di qualunque altro membro di un'organizzazione burocratica, vive una condizione di apatia dettata da norme e procedure stringenti, in particolare, non vede altra finalità del proprio lavoro che non sia l'esecuzione di un compito, che nella dialettica della salute, significa curare. Tuttavia, la cura, riprendendo le tesi di Van Hooft e quelle heideggeriane, consiste nel vedere e riconoscere l'altro nella propria dimensione essenziale ed umana. In particolare, secondo Heidegger, si parla di cura autentica ed inautentica: la prima è espressione del coesistere, significa permettere all'altro di assumersi le proprie cure, mentre la seconda implica il sostituirsi ad esso. La Cura, dunque, è la struttura dell'essere dell'Esserci, inteso come essere con gli altri. Oltre a ciò, tornando alle asserzioni di Cacciari, il distanziamento sociale dovuto alla situazione pandemica, ancorché per ragioni di sicurezza, avrebbe realizzato una grave mancanza, in termini di cura dei pazienti come espressione dell'essere nel mondo, dunque, quali esseri umani e che si sono visti negare, finanche, il conforto dei propri cari, ancorché si ricorda per motivazioni – forse non bastevoli – legate alla sicurezza collettiva. Gli strumenti digitali, altresì, concorrerebbero alla realizzazione di dinamiche spersonalizzanti – tra cui ricordiamo la distanza tra gli interlocutori - e, se da un lato, come visto, consentirebbero ai pazienti di livellare l'asimmetria relazionale, dall'altro lato, forse, finirebbero unicamente per padroneggiare degli strumenti e delle conoscenze che si tradurrebbero in un atteggiamento di altrettanta dominanza. In questo modo, la relazione di cura, ancorché espressione di un coesistere nel mondo, si declinerebbe in un conflitto tra due parti che si contenderebbero il predominio. Relativamente alle tesi heideggeriane, il rapporto di

---

<sup>5</sup> Cappello G., *Introduzione a Heidegger*, Giusepppecappello.it, sez. Filosofia, data pubblicazione: 10/10/2023, <https://www.giusepppecappello.it/filosofia/heidegger/>, cons. il 10/06/2024.

cura inautentica, così declinato in modo strumentale, farebbe gioco all'incedere dell'approccio legato alla Τέχνη (techne), che sotto forma di apparato, meccanismo e protocollo, consiste in una rete quasi-finita di relazioni ordinate e regolate dal potere all'interno della complessità della stessa. In tal senso, la Tecnica non corrisponde alle azioni di un unico attore né come summa delle azioni degli attori di una organizzazione, bensì, consta in un potere totalitario decentrato, continuo ma discreto, individuante e dissociante. Ecco che, citando Foucault, la società si contraddistingue da meccanismi di potere – ancorché spersonalizzanti – che ne garantiscono il potere ed il controllo dei mezzi di produzione, nonché il controllo di relazioni asimmetriche tra individui –<sup>6</sup> tra queste, quella tra medico e paziente ne è regina. A tal proposito, Don Berwick sosteneva che: “Il capitalismo sia sempre una cosa terribile [...] – ma – che per alcuni bisogni sociali come l'assistenza sanitaria e la gestione del cambiamento climatico o delle minacce alla salute pubblica, ad esempio, dobbiamo agire collettivamente e non in modo competitivo. [...] I mercati non sono la risposta, ma piuttosto un ostacolo al miglioramento. In effetti, i mercati possono creare una cortina di fumo per non agire...”.<sup>7</sup> Il capitalismo, dunque, quale espressione massima della strumentalizzazione dell'individuo finalizzata alla realizzazione di obiettivi produttivi – come visto precedentemente rispetto all'analisi delle tesi Marxiste – sembrerebbe – contrariamente alla propria natura “terribile” – aver espresso, nel corso del proprio incedere storico, un processo di sintesi che comprendesse afflati propri alla componente politica del socialismo – la quale, nelle attuali democrazie occidentali, si vedrebbe in declino. Il Servizio Sanitario nazionale, quindi, sulla base dell'analisi sin ora condotta, sarebbe esito di afflati socialisti inglobati dal sistema capitalista, il quale, come visto, nel corso del proprio incedere, presenta la tendenza alla strumentalizzazione e allo sfruttamento senza limite di ogni risorsa disponibile, finanche quelle umane che, così facendo, procede a disumanizzare – il dominio dell'ente heideggeriano. Tuttavia, si ritiene di poter affermare, in questa sede, che, per quanto l'idea di un capitalismo socialista si configuri come ossimorica, de facto, abbia innegabilmente apportato degli effetti positivi al sistema – si pensi alla collaborazione pubblico-privato che nella sanità veneta, rispetto all'adi, ha consentito di raggiungere in tempi rapidi gli obiettivi ministeriali. In conclusione, quindi, un sistema economico, quale quello capitalista, nonostante la propria vocazione originaria, si ritiene possa farsi ugualmente garante di diritti sociali, come quello alla salute. Non solo, se applicati adeguati correttivi alle componenti disumanizzanti legate alla ricerca ossessiva della diminuzione dei costi di produzione e la massimizzazione dei profitti, in virtù di una progressiva valorizzazione dei

---

<sup>6</sup> Giusto N., Heidegger, *Gestell e la questione della tecnica*, Culture Digitali, sez. Network Politics, data pubblicazione: 14/04/2015, [https://www.culturedigitali.org/heidegger-gestell-questione-tecnica/#:~:text=La%20tecnica%20C3%A8%20quindi%20per,1964\),](https://www.culturedigitali.org/heidegger-gestell-questione-tecnica/#:~:text=La%20tecnica%20C3%A8%20quindi%20per,1964),) cons. il 10/06/2024.

<sup>7</sup> Banchieri G., Vannucci A., *Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future*, op. cit.

lavoratori tutti, fra i quali quelli operanti nella sanità, porrebbe un freno all'apatia che investe i funzionari delle amministrazioni e la frustrazione, che ne consegue, non ricadrebbe sui pazienti. È contemplato, finanche, un uso degli strumenti digitali, purché responsabile e, soprattutto, come modalità di interazione complementare a quelle tradizionali e, dunque, come possibilità anziché come nuovo paradigma assoluto. In ultimo, la sostituzione di regimi gerarchici o manageriali in favore di una logica di regolazione come la governance, che per propria natura si attesta come dialettica, costituirebbe – secondo la presente analisi – una dimensione futuribile per il Servizio Sanitario e consentirebbe di gestire la programmazione di settore, tenendo conto delle esigenze emergenti “dal basso”, in un processo bottom-up così da accogliere le istanze provenienti dai cittadini e dagli operatori, permettendo di innovare il sistema, sulla scorta di visioni più attinenti alla realtà fattuale che a quella procedurale, stabilita “dall’alto”. In questo senso, la partnership pubblico-privato viene vista – nonostante le ombre precedentemente illustrate – in favore rispetto ai servizi sanitari poiché, se realizzata in un’ottica di governance, intesa come compartecipazione, offre la possibilità di innescare una competitività sana, diversa dall’accezione negativa conferita da Berwick, che realizzi al contempo una collaborazione tra i due settori, che consenta un miglioramento concreto dei servizi per i cittadini e che, peraltro, ha la reale occasione di essere attuata tramite i fondi del P.N.R.R. Per terminare, quindi, s’intende rafforzare l’appello del Presidente Mattarella, relativamente alla volontà di preservare il Servizio Sanitario nazionale, il quale, nonostante le criticità che lo affliggono, rimane a tutt’oggi una conquista sociale e democratica. Ecco che, per questi motivi, è altrettanto di fondamentale pregnanza, da parte dell’attuale Governo – nonostante i ritardi appurati –, insistere sui finanziamenti legati al piano nazionale di ripresa e resilienza, al fine di far fronte alle sfide che si avvicindano per il futuro, in modo da garantire l’esistenza prossima di tale apparato. Quest’ultima – si ritiene, infine – costituisce l’eredità più importante si possa lasciare alle generazioni che verranno e, quindi, si rinnova con ancor più forza l’appello Gimbe “Salviamo il Ssn”, affinché non rimangano vani gli sforzi e gli intendimenti del legislatore che – ricordiamo per l’ultima volta – sanciva nel 1978, con la legge n. 833, il Servizio Sanitario nazionale.

## Bibliografia e Sitografia

A.A. V.V., *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ufficio di Statistica, Ministero della Salute, Attività editoriali ministeriali, 2012, [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche), cons. il 08/06/2023, p. 71.

A.A. V.V., *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale*, Direzione Generale della digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica, Ufficio di Statistica, Ministero della Salute, Attività editoriali ministeriali, 2022, [www.salute.gov.it/statistiche](http://www.salute.gov.it/statistiche), cons. il 08/06/2023, p. 72.

A.A. V.V., *L'invecchiamento della popolazione: opportunità o sfida?*, Istituto Superiore di Sanità, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, s.d., [https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2#:~:text=Negli%20ultimi%2050%20anni%20le%20donne\)%20\(6\).](https://www.epicentro.iss.it/ben/2012/aprile/2#:~:text=Negli%20ultimi%2050%20anni%20le%20donne)%20(6).), cons. il 06/06/2024.

AA. VV., *Telemedicina e intelligenza artificiale*, Monitor, semestrale dell'Agenas, Anno II, n. 46, 2021, p. 9.

Agenas, *La persona prima di tutto – Agenas “misura” l'umanizzazione della sanità*, Ministero della Salute, sez. Agenas, s.d., <https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=504:umanizzazione-cittadinanzattiva&catid=116>, cons. il 26/05/2024.

Agenzia Aran, *Retribuzioni medie PA*, elaborazione dati Aran anni 2013-2015, [https://www.aranagenzia.it/attachments/article/5152/Retribuzioni%20medie%20PA%20per%20macrovoce\\_SITO.pdf](https://www.aranagenzia.it/attachments/article/5152/Retribuzioni%20medie%20PA%20per%20macrovoce_SITO.pdf), cons. il 25/05/2024.

Antonel R., *Secolarizzazione e disumanizzazione post CoViD-19*, 26/09/2020, GognaBlog, data pubblicazione: 21/07/2020, aggiornato al 26/09/2020, <https://gognablog.sherpa-gate.com/secolarizzazione-e-disumanizzazione-post-covid-19/>, cons. il 24/03/2024.

Antonelli M., *Relazione sulle problematiche inerenti la Terapia Intensiva e l'Emergenza durante la Pandemia da SARS-CoV-2*, s.d., pp. 1-7,

[https://www.procuracassazione.it/resources/cms/documents/2020.06.15\\_responsabilita\\_sanitaria\\_Al\\_l\\_4.pdf](https://www.procuracassazione.it/resources/cms/documents/2020.06.15_responsabilita_sanitaria_Al_l_4.pdf), cons. il 18/04/2024.

Ardissone A., *La relazione medico-paziente nella sanità digitale. Possibili impatti sul professionalismo medico*, Il Mulino, Rassegna Italiana di Sociologia, fascicolo n. 1, gennaio-marzo 2018, doi: 10.1423/89773, pp. 77-84.

Balocco V., *Sanità digitale, patto nazionale per spingere telemedicina e fascicolo sanitario elettronico*, CorCom, sez. E-Health, data pubblicazione: 20/05/2024, <https://www.corrierecomunicazioni.it/pa-digitale/e-health/sanita-digitale-patto-nazionale-per-spingere-telemedicina-e-fascicolo-sanitario-elettronico/>, cons. il 05/06/2024.

Banchieri G., Dal Maso M., De Luca A., Ronchetti M., *Come dovrebbero operare gli Ospedali di Comunità*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 12/01/2022, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=101345](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101345), cons. il 04/06/2024.

Banchieri G., Vannucci A., *Sanità pubblica e sanità privata: scenari attuali e prospettive future*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 08/01/2024, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119316](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119316), cons. il 09/06/2024.

Bashshur L., Reardon T., Shannon G. W., *Telemedicine: a new health care delivery system*, Ann. Rev. Public Health, 2000, 21, pp. 613-637, in AA. VV., *Telemedicina e intelligenza artificiale*, Monitor, semestrale dell' Agenas, Anno II, n. 46, 2021, p. 8.

Belleri G., Maffei C. M., *Gli Ospedali di comunità e il rischio di uno stravolgimento delle indicazioni di Pnrr e Dm 77*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 17/01/2024, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=119526](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=119526), cons. il 04/06/2024.

Benetti L.T., *Tempo di relazione è tempo di cura: un passo epocale*, Nurse24.it, sez. Infermieri, data pubblicazione: 16/04/2019, aggiornato al 19/04/2019, <https://www.nurse24.it/infermiere/dalla-redazione/nuovo-codice-deontologico-infermieri-riflessioni-paziente.html>, cons. il 24/05/2024.

Bertin G., *Decisione-azione*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Bertin G., *Evoluzione o cambiamento dei sistemi sanitari: verso un nuovo paradigma*, Università Ca' Foscari di Venezia, s.d., pp. 9-28, <https://edizionicafoscari.unive.it/media/pdf/chapter/978-88-6969-003-7/978-88-6969-003-7-ch-01.pdf>, cons. il 16/05/2024.

Bertin G., *Introduzione al corso*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Bertin G., *Le fasi di sviluppo della PA*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Bertin G., *La governance ibrida*, dispense di Sociologia dei sistemi sociali complessi, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Biblioteca centrale giuridica, *Raccolta degli atti di Governo di sua maestà. Il re di Sardegna*, vol. decimoquinto, Atti preunitari 025, MSR 176731, Torino, Stamperia reale, 1847, [https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/RD\\_638\\_30\\_ottobre\\_1847.pdf](https://www.giustizia.it/resources/cms/documents/RD_638_30_ottobre_1847.pdf), cons. il 02/04/2024.

Bonaldi R., Colombatti P., montaggio Bordin A., *Sanità veneta, l'allarme della Cisl: sempre più persone fanno ricorso ai privati*, Tgr Veneto, sez. Redazioni Tgr, data pubblicazione: 29/09/2023, <https://www.rainews.it/tgr/veneto/video/2023/09/sanita-veneta-allarme-della-cisl-sempre-piu-persone-fanno-ricorso-ai-privati-866f9c43-2b10-42d2-b902-cbd638c8772a.html>, cons. il 07/06/2024.

Bonazzi G., *La questione burocratica*, Milano, FrancoAngeli, Terza edizione, 2007, pp. 23-50.

Bronzini M., *Coinvolgimento degli utenti nei processi di cura ed empowerment: una nota di lettura*, Il Mulino, Autonomie locali e servizi sociali, fascicolo n. 2, 08/2017, doi: 10.1447/88339, pp. 363-370.

Brunetta F., Marchegiani L., *L'outsourcing nella sanità*, Focus, sez. Consumatori, Diritti e Mercato, n. 1/2009, pp. 62-63.

Bruno E., *Il nuovo Tolc-Med / Test di Medicina, boom di iscrizioni, Si lavora all'aumento a 19 mila posti*, il Sole 24 Ore, sez. Sanità, data pubblicazione 04/04/2023, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-04-04/il-nuovo-tolc-med-test-medicina-boom-iscrizioni-si-lavora-all-aumento-19mila-posti-131108.php?uuid=AEaB6YDD>, cons. il 25/04/2024.

Busilacchi G., Toth F., *Il Servizio sanitario nazionale alla prova della pandemia. Cosa abbiamo appreso?*, in *la Rivista delle Politiche Sociali*, 2021, p. 81, [https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2\\_web-TEMA\\_Gianluca-Busilacchi-e-Federico-Toth.pdf](https://www.futura-editrice.it/wp-content/uploads/2021/12/RPS-2021-2_web-TEMA_Gianluca-Busilacchi-e-Federico-Toth.pdf), cons. il 18/04/2024.

Cabbia D., *Il controllo della spesa pubblica: fabbisogni, funzioni fondamentali e costi standard*, *Lo strumentario elaborato da SOSE*, Tesi di Laurea magistrale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2019-2020, p. 10, <http://hdl.handle.net/10579/19192>, cons. il 03/04/2024.

Camera dei deputati, *il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, Parlamento italiano, sez. PNRR, s.d., [https://temi.camera.it/leg19/pnrr.html#:~:text=Il%20PNRR%20dell'Italia%20\(Recovery,di%20decisione%20della%20Commissione%20europea.](https://temi.camera.it/leg19/pnrr.html#:~:text=Il%20PNRR%20dell'Italia%20(Recovery,di%20decisione%20della%20Commissione%20europea.), cons. il 03/06/2024.

Cappello G., *Introduzione a Heidegger*, Giuseppecappello.it, sez. Filosofia, data pubblicazione: 10/10/2023, <https://www.giusepecappello.it/filosofia/heidegger/>, cons. il 10/06/2024.

Cembrani F., *L'etica dei principi e l'etica della responsabilità*, *Specialità e professioni a colloquio*, *Giornale Italiano di Nefrologia*, edito da Società Italiana di Nefrologia, 2016, p.p. 2-8, [https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN\\_A33V1\\_00230\\_9.pdf?x85047](https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/pdf/GIN_A33V1_00230_9.pdf?x85047), cons. il 21/05/2024.

Chirurgia Generale 3, *Ricovero*, Università degli studi di Padova, s.d. <https://www.clinicachirurgica.it/informazioni-e-personale/ricovero/>, cons. il 02/06/2024.

Cicerone M. T., *De oratore*, a cura di Li Causi P., Marino R., Formisano M., Alessandria, Edizioni dell'Orso, 2015.

Consulcesi, *Numero chiuso a Medicina: da quando e perché?*, s.d.,  
<https://www.numerochiuso.info/numero-chiuso/>, cons. il 15/04/2024.

Conti L., *Ricerca scientifica, in Italia abbiamo le menti ma non un sistema che le valorizzi, Le riflessioni a Camerae Sanitatis*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 16/11/2021, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=99983#:~:text=L'Italia%20investe%20in%20Ricerca%26Sviluppo,9%25%20della%20media%20Ue\).](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=99983#:~:text=L'Italia%20investe%20in%20Ricerca%26Sviluppo,9%25%20della%20media%20Ue).), cons. il 07/06/2024.

Conti L., *Medici stanchi e stressati, rapporto di fiducia con i pazienti compromesso. La Fnomceo accende i riflettori sulla “Questione Medica” e lancia un Manifesto in 20 punti con i sindacati “per una nuova assistenza sanitaria”*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 21/04/2022, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=104158](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=104158), cons. il 20/05/2024.

Coppola S., Grasso E., *Quel che resta della responsabilità medica: riflessioni sul ruolo delle strutture sanitarie*, Il Mulino, rivista di Politica del diritto, fascicolo n. 4, 12/2012, doi: 10.1437/73060, pp. 643-661.

Costituzione italiana, *Titolo II – Rapporti etico-sociali, Art. 32*, Governo italiano,  
<https://www.governo.it/it/costituzione-italiana/parte-prima-diritti-e-doveri-dei-cittadini/titolo-ii-rapporti-etico-sociali#:~:text=a%20tale%20scopo.-.Art.,non%20per%20disposizione%20di%20legge.>, cons. il 01/04/2024.

Covino G., *Pàthei màthos, o sulla sofferenza come conoscenza*, [A.Nexus](https://www.archeonexus.com), data pubblicazione: 26/10/2022, <https://archeonexus.wordpress.com/2015/09/10/pathe-mathos-o-sulla-sofferenza-come-conoscenza/>, cons. il 24/05/2024.

Cucciniello M., Fattore G, Longo F., Ricciuti E., Turrini A., *Management Pubblico*, Milano, Egea edizioni, 2018, pp 77-78.



Istituto Superiore di Sanità, *Missione*, sez. Chi Siamo, data pubblicazione: 29/10/2019, aggiornato al 25/07/2023, <https://www.iss.it/missione2>, cons. il 08/04/2024.

Del Bò C., *L'Accesso ai posti letto in terapia intensiva*, Il Mulino, sez. Covid., data pubblicazione: 11/05/2020, <https://www.rivistailmulino.it/a/l-accesso-ai-posti-letto-in-terapia-intensiva>, cons. il 20/04/2024.

Delogu G., *Inventare la sanità pubblica in età moderna: Venezia e l'alto adriatico*, Como – Pavia, Ibis edizioni, 2022, p.p. 8-53.

De Luca W., Baldini F., D'Alterio M., *L'impatto della pandemia da COVID-19 sulla Workplace Violence in Pronto Soccorso: focus in area Triage*, Italian Journal of Nursing, s.d., <https://italianjournalofnursing.it/limpatto-della-pandemia-da-covid-19-sulla-workplace-violence-in-pronto-soccorso-focus-in-area-triage/>, cons. il 02/06/2024.

De Mauro T., Vecchi G., Tirelli D., *Un secolo di italiani*, progetto di ricerca e comunicazione Italiani.coop, data pubblicazione: 06/07/2016, <https://italiani.coop/speciale-italiano-del-secolo/>, cons. il 11/04/2024.

De Santis V., *Dalla necessità dell'obbligo vaccinale alla realtà del green pass*, in *Nomos*, 2021, pp. 3 - 26, <https://www.nomos-leattualitaneldiritto.it/wp-content/uploads/2022/02/De-Santis.-Dalla-necessita-dellobligo-vaccinale-alla-realta-del-green-pass.pdf>, cons. il 15/04/2024.

Dipartimento per la trasformazione digitale, *Fascicolo Sanitario Elettronico, al via implementazione in tutte le Regioni*, Governo italiano, sez. Comunicati stampa, data pubblicazione: 12/10/2022, <https://innovazione.gov.it/notizie/comunicati-stampa/pnrr-fascicolo-sanitario-elettronico-al-via-implementazione-in-tutte-le-regioni/>, cons. il 05/06/2024.

Eschilo, *Agamennone*, vv. 160-175, Fraenkel, 1950, in Medda E., *Dalla critica del testo alla grazia divina, La chiusa dell'inno a Zeus*, Atti Acc. Rov. Agiati, a. 257, ser. VIII, vol. VII, A, 2007, pp. 7-8.

Fattore G., Meda F., Meregaglia M., *Gli ospedali di comunità in Italia: passato, presente e futuro*, Rapporto OASI 2021,

<https://cergas.unibocconi.eu/sites/default/files/media/attach/Capitolo%2014%20Rapporto%20OASI%202021.pdf>, cons. il 04/06/2024.

Federazione nazionale unitaria titolari di farmacia, *Telemedicina, il ministro Schillaci annuncia l'attivazione di un portale informativo rivolto ai cittadini*, federfarma.it, sez. Edicola, data pubblicazione: 20/03/2024,

<https://www.federfarma.it/Edicola/Filodiretto/VediNotizia.aspx?id=25840>, cons. il 05/06/2024.

Ferraro F., *Utilitarismo e "Medicina delle catastrofi"*, il Mulino, sez. Covid, data pubblicazione: 06/05/2020, [https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS\\_ITEM:5211](https://www.rivistailmulino.it/news/newsitem/index/Item/News:NEWS_ITEM:5211), cons. il 18/04/2024.

Filia A., *Piano strategico nazionale di vaccinazione COVID-19*, Istituto Superiore di Sanità, sez. Vaccini e vaccinazioni, data pubblicazione: 07/01/2021, aggiornato al 18/01/2024, <https://www.epicentro.iss.it/vaccini/covid-19-piano-vaccinazione>, cons. il 15/04/2024.

Fondazione GIMBE, *Lo stiamo perdendo*, GIMBE Evidence for Health, s.d., <https://www.salviamo-ssn.it/salviamo-ssn/manifesto.it-IT.html>, cons. il 09/06/2024.

Fondazione Gimbe, *Spesa sanitaria 2022: Italia sotto la media Ocse. In Europa 16ma per spesa pro capite: rispetto alla media un baratro di 47,6 mld. Manovra: senza rilancio del finanziamento pubblico addio al diritto alla tutela della salute*, Il Sole 24Ore, sez. Sanità, data pubblicazione: 05/09/2023, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-09-04/spesa-sanitaria-2022-italia-sotto-media-ocse-europa-16ma-spesa-pro-capite-rispetto-media-baratro-476-mld-manovra-senza-rilancio-finanziamento-pubblico-addio-diritto-tutela-salute-201732.php?uuid=AFxZt3j>, cons. il 29/04/2024.

Fondazione Openpolis, *Com'è organizzato il ministero della salute*, elaborazione dati aggiornata al 22/04/2022, data pubblicazione: 3/05/2022, <https://www.openpolis.it/parole/come-organizzato-il-ministero-della-salute/>, cons. il 08/04/2024.

Fondo ASIM, *Aumento dell'aspettativa di vita: vantaggi e misure necessarie*, s.d., <https://www.fondoasim.it/aumento-aspettativa-di-vita/>, cons. il 12/04/2024.

Fondo ASIM, *Fondi di assistenza sanitaria integrativa: cosa sono e a cosa servono*, Fondo assistenza sanitaria integrativa multiservizi, s.d., <https://www.fondoasim.it/fondi-assistenza-sanitaria-integrativa/>, cons. il 09/06/2024.

Gangi B, *La comunicazione asimmetrica nella relazione medico-paziente: il particolare caso del Medico di Medicina Generale*, Tesi di Laurea Magistrale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2021-2022, p. 8.

Garbin T., *Fattori di stress per l'équipe e strategie di coping*, Nurse24.it, sez. Emergenza-Urgenza, data pubblicazione: 21/06/2018, aggiornato al 10/04/2019, <https://www.nurse24.it/specializzazioni/emergenza-urgenza/fattori-stress-infermieri-soccorso-ambulanza.html>, cons. il 28/05/2024.

Gazzetta Ufficiale, *Disposizioni per l'accesso dei visitatori alle strutture ospedaliere, residenziali, socioassistenziali, sociosanitarie e hospice*, s.d., [https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie\\_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=22A01279&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-02-18&art.progressivo=0](https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaArticolo?art.versione=1&art.idGruppo=0&art.flagTipoArticolo=0&art.codiceRedazionale=22A01279&art.idArticolo=7&art.idSottoArticolo=1&art.idSottoArticolo1=10&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-02-18&art.progressivo=0), cons. il 02/06/2024.

Geddes De Filicaia M., *Assicurazioni sanitarie, vediamoci chiaro*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Lettere al direttore, data pubblicazione: 11/12/2023, [https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=118938](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=118938), cons. il 09/06/2024.

G.F.P., *Sanità, il Veneto è la migliore regione italiana: il rapporto nazionale*, PadovaOggi, sez. Attualità, data pubblicazione: 24/01/2024, <https://www.padovaoggi.it/attualita/sanita-report-crea-veneto-padova-24-gennaio-2024.html>, cons. il 07/06/2024.

Giusto N., Heidegger, *Gestell e la questione della tecnica*, Culture Digitali, sez. Network Politics, data pubblicazione: 14/04/2015, [https://www.culturedigitali.org/heidegger-gestell-questione-tecnica/#:~:text=La%20tecnica%20%C3%A8%20quindi%20per,1964\).](https://www.culturedigitali.org/heidegger-gestell-questione-tecnica/#:~:text=La%20tecnica%20%C3%A8%20quindi%20per,1964).), cons. il 10/06/2024.

Greco M., *L'esternalizzazione dei servizi nelle Aziende sanitarie siciliane*, Altalex, data pubblicazione: 16/04/2010, aggiornato al 05/10/2010, <https://www.altalex.com/documents/news/2010/10/05/1-esternalizzazione-dei-servizi-nelle-aziende-sanitarie-siciliane>, cons. il 07/06/2024.

Il Giorno, *Covid, un anno fa il primo lockdown: tutte le tappe*, data pubblicazione: 9 marzo 2021, <https://www.ilgiorno.it/cronaca/lockdown-1a8da54b>, cons. il 01/04/2024.

Iosca G., *Outsourcing negli appalti pubblici: la prassi e il quadro normativo*, Diritto.it, sez. Diritto Civile, data pubblicazione: 15/11/2017, <https://www.diritto.it/outsourcing-negli-appalti-pubblici-la-prassi-quadro-normativo/>, cons. il 07/06/2024.

Lupo A., *Antropologia medica e umanizzazione delle cure*, Rivista della Società italiana di antropologia medica, n. 37, 4/2014, pp. 105-126.

Mangò E., *“La pandemia ha messo a nudo tutte le falle del Ssn. Tra risorse insufficienti e scarsa capacità organizzativa salute degli italiani destinata a peggiorare”*. *Il Rapporto Osservasalute*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 15/06/2022, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=105539](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=105539), cons. il 24/03/2024.

Marzulli M., *Gli attori delle politiche pubbliche*, dispense di Analisi delle politiche pubbliche, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023.

Maturo A., *23 dicembre 1978: Nasce il Servizio Sanitario Nazionale*, Il Mulino, 2023, sez. Calendario civile, data pubblicazione: 23 dicembre 2020, <https://www.rivistailmulino.it/a/23-dicembre-1978>, cons. il 03/04/2024.

Medicitalia.it, *La nostra Mission*, sez. Home, s.d., aggiornato al 04/06/2024, <https://www.medicitalia.it/>, cons. il 04/06/2024.

Ministero della Salute, *Il Consiglio superiore di sanità*, sez. Ministro e Ministero, data pubblicazione: 08/02/2018, aggiornato a 14/03/2022,

[https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4\\_5\\_2\\_7\\_1.jsp?lingua=italiano&label=consigliosuperioresanita&menu=consigliosuperioresanita&id=1326](https://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_7_1.jsp?lingua=italiano&label=consigliosuperioresanita&menu=consigliosuperioresanita&id=1326), cons. il 08/04/2024.

Ministero della Salute, *Missione 6 – Salute Tabella di sintesi degli interventi di competenza del Ministero della Salute*, s.d.,

[https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pagineAree\\_5833\\_0\\_file.pdf](https://www.pnrr.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5833_0_file.pdf), cons. il 03/06/2024.

Ministero della Salute, *Portale nazionale per la diffusione della telemedicina*, sez. eHealth – Sanità digitale, s.d., aggiornato al 18/01/2024,

<https://www.salute.gov.it/portale/ehealth/dettaglioContenutiEHealth.jsp?lingua=italiano&id=6027&area=eHealth&menu=telemedicina>, cons. il 05/06/2024.

Ministero della Salute, *Professioni sanitarie*, s.d., aggiornato al 15/02/2023,

<https://www.salute.gov.it/portale/professioniSanitarie/dettaglioContenutiProfessioniSanitarie.jsp?lingua=italiano&id=808&area=professioni-sanitarie&menu=vuoto>, cons. il 08/04/2024.

Missiroli P., “*Scritti sull’alienazione*” di Karl Marx, recensione a Marx K., *Scritti sull’alienazione. Per la critica della società capitalistica*, testi scelti e introdotti da Musto M., Donzelli editore, Roma, 2018, p. 160, data pubblicazione: 31/10/2018, <https://www.pandorarivista.it/articoli/scritti-alienazione-karl-marx/>, cons. il 28/05/2024.

Network Bibliotecario Sanitario Toscano, *La sanità digitale “conditio sine qua non” per il futuro*, NBST.it, data pubblicazione: 05/10/2022, <https://www.nbst.it/1477-e-health-sanita-digitale-cos-e-connected-care.html>, cons. il 04/06/2024.

Nicolussi Moro M., *Sanità, boom in Veneto delle strutture private: in 10 anni sono aumentate del 45%*, Corriere del Veneto, sez. Vicenza, data pubblicazione: 11/10/2023, [https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/vicenza/cronaca/23\\_ottobre\\_11/sanita-boom-in-veneto-delle-strutture-private-in-10-anni-sono-aumentate-del-45-b8b5efb3-04ed-49db-91dd-48260e869x1k.shtml](https://corrieredelveneto.corriere.it/notizie/vicenza/cronaca/23_ottobre_11/sanita-boom-in-veneto-delle-strutture-private-in-10-anni-sono-aumentate-del-45-b8b5efb3-04ed-49db-91dd-48260e869x1k.shtml), cons. il 07/06/2024.

Noto A., *Liste di attesa infinite: così crolla a fiducia nella sanità pubblica*, la Repubblica, sez. Cronaca, data pubblicazione: 24/11/2023,

[https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/24/news/sanita\\_pubblica\\_italia\\_sondaggio\\_noto-418602872/](https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/24/news/sanita_pubblica_italia_sondaggio_noto-418602872/), cons. il 25/04/2024.

Parisi L., *La cronologia dell'emergenza Covid in Italia*, Ansa.it, sez. Salute&Benessere, data pubblicazione: 05/05/2023,

[https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/05/05/la-cronologia-dellemergenza-covid-in-italia\\_5a9a9be2-7b79-432e-be2d-2d8903cc11c9.html](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2023/05/05/la-cronologia-dellemergenza-covid-in-italia_5a9a9be2-7b79-432e-be2d-2d8903cc11c9.html), cons. il 14/04/2024.

Parlamento italiano, *L'emergenza Covid-19*, sez. Camera dei deputati, s.d.,

[https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19\\_1\\_37/1-emergenza-covid-19.html#:~:text=Il%20virus%20C3%A8%20stato%20associato,definita%20una%20%22situazione%20pandemica%22%20.](https://temi.camera.it/leg19DIL/area/19_1_37/1-emergenza-covid-19.html#:~:text=Il%20virus%20C3%A8%20stato%20associato,definita%20una%20%22situazione%20pandemica%22%20.), cons. il 14/04/2024.

Pasquino G., *Scienza, burocrazia e politica: un triangolo dove si incontrano virtù e vizi*,

Gianfrancopasquino qualcosacheso, s.d., <https://gianfrancopasquino.com/2022/01/06/scienza-burocrazia-politica-un-triangolo-dove-sincontrano-virtu-e-vizi/>, cons. il 24/03/2024.

Pesaresi F., *La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta*, Quotidiano online di informazione sanitaria, data pubblicazione: 10/10/2023,

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117369#:~:text=Le%20assenze%20del%20personale%20sanitario,pensato%20di%20lasciare%20il%20lavoro.](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117369#:~:text=Le%20assenze%20del%20personale%20sanitario,pensato%20di%20lasciare%20il%20lavoro.), cons. il 25/04/2024.

Pistoria M. J., *Stato confusionale e declino mentale dovuti al ricovero*, Manuale MSD Versione per i pazienti, sez. Trattamento ospedaliero, data pubblicazione: 10/2023,

<https://www.msmanuals.com/it-it/casa/argomenti-speciali/trattamento-ospedaliero/stato-confusionale-e-declino-mentale-dovuti-al-ricovero>, cons. il 02/06/2024.

PNRR – Salute, *Piano nazionale di ripresa e resilienza. Cos'è la Missione Salute*, Ministero della Salute, s.d., aggiornato al 29/02/2024,

<https://www.pnrr.salute.gov.it/portale/pnrrsalute/dettaglioContenutiPNRRSalute.jsp?lingua=italiano&id=5833&area=PNRR-Salute&menu=missionesalute>, cons. il 03/06/2024.

Prosperi R., *Evoluzione del sistema sanitario dall'unità d'Italia ad oggi*, dispense di Legislazione Sanitaria, Università degli Studi di Cagliari, A.A. 2011-2012, pp. 20-38.

Provvidenza M., Taddei A., *Telemedicina in Toscana, per la gestione del covid e oltre: iniziative e sviluppi futuri*, Agenda Digitale, sez. Sanità Digitale, data pubblicazione: 24/06/2021, <https://www.agendadigitale.eu/sanita/telemedicina-in-toscana-per-la-gestione-del-covid-e-oltre-iniziativa-e-sviluppi-futuri/>, cons. il 05/06/2024.

Rai Cultura, *1978: nasce il Sistema Sanitario Nazionale, la salute non è più un privilegio, ma un diritto*, s.d., <https://www.raicultura.it/storia/articoli/2020/04/1978-nasce-il-Sistema-Sanitario-Nazionale-4deb7027-e47d-466b-9a57-0d9ea90d7c8d.html>, cons. il 24/03/24.

Rai Cultura, *Gli anni di piombo, L'Italia della Repubblica*, sez. Storia, s.d., <https://www.raicultura.it/storia/articoli/2019/01/-Gli-anni-di-piombo-c1178c6f-1279-46f7-986e-b918c65080a1.html>, cons. il 03/04/2024.

Rai Cultura, *Massimo Cacciari. Riflessioni sul tempo presente*, Radiotelevisione Italiana, sez. Filosofia, s.d., <https://www.raicultura.it/filosofia/articoli/2021/05/Massimo-Cacciari-Riflessioni-sul-tempo-presente-74c863cd-9ac0-4289-8165-934d9bcc78ad.html>, cons. il 10/06/2024.

Redazione Ansa, *Italiani popolo più sano al mondo, primi su 163 paesi*, Ansa.it, sez. Salute&Benessere, data pubblicazione: 05/08/2022, [https://www.ansa.it/canale\\_saluteebenessere/notizie/sanita/2017/03/20/-italiani-popolo-piu-sano-al-mondoprime-su-163-paesi-b0c5e509-0165-4dd5-abf8-26e2e07adad9.html#:~:text=Classifica%20Bloomberg%20Index%2C%20nonostante%20economia%20in%20difficolt%C3%A0'&text=L'Italia%20C3%A8%20il%20Paese,Health%20Index'%20su%20163%20Paesi](https://www.ansa.it/canale_saluteebenessere/notizie/sanita/2017/03/20/-italiani-popolo-piu-sano-al-mondoprime-su-163-paesi-b0c5e509-0165-4dd5-abf8-26e2e07adad9.html#:~:text=Classifica%20Bloomberg%20Index%2C%20nonostante%20economia%20in%20difficolt%C3%A0'&text=L'Italia%20C3%A8%20il%20Paese,Health%20Index'%20su%20163%20Paesi), cons. il 11/04/2024.

Redazione, *Abbiamo speso appena il 7,4% dei fondi Pnrr previsti per il 2023*, Openpolis, sez. Monitoraggio e trasparenza, data pubblicazione: 15/01/2024, <https://www.openpolis.it/abbiamo-speso-appena-il-74-dei-fondi-pnrr-previsti-per-il-2023/>, cons. il 07/06/2024.

Redazione, *Bilancio preventivo in rosso per la sanità veneta, ma nessun allarme in Regione*, VeronaSera, sez. Attualità, data pubblicazione: 05/06/2024,

<https://www.veronasera.it/attualita/sanita-veneto-bilanci-preventivi-rosso-2024.html>, cons. il 07/06/2024.

Redazione, *Che cos'è il Next generation Eu*, Openpolis, s.d., aggiornato al 21/12/2021, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose-il-next-generation-eu/>, cons. il 03/06/2024.

Redazione, *Che cos'è la conferenza stato-regioni*, fondazione Openpolis, data pubblicazione: 13/04/2021, <https://www.openpolis.it/parole/che-cose-la-conferenza-stato-regioni/>, cons. il 18/05/2024.

Redazione, *Contrari ad abolizione numero chiuso Professioni sanitarie*, Nurse24.it, sez. FNOPI, data pubblicazione: 23/01/2024, aggiornato al 24/01/2024, <https://www.nurse24.it/infermiere/ordine/fnopi-contrari-abolizione-numero-chiuso-professioni-sanitarie.html>, cons. il 25/04/2024.

Redazione, *Coronavirus, l'infermiera mostra i lividi della mascherina: "State a casa, non vanificate i nostri sforzi"*, la Repubblica, sez. Le Storie, data pubblicazione: 10/03/2020, [https://www.repubblica.it/le-storie/2020/03/10/news/coronavirus\\_infermiera\\_grosseto\\_alessia\\_bonari\\_segni\\_mascherina\\_instagram-250873566/](https://www.repubblica.it/le-storie/2020/03/10/news/coronavirus_infermiera_grosseto_alessia_bonari_segni_mascherina_instagram-250873566/), cons. il 02/06/2024.

Redazione, *Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR): missioni, obiettivi, struttura e priorità trasversali*, Moltocomuni, sez. Miscellanea, data pubblicazione: 15/10/2021, <https://www.moltocomuni.it/rubriche/miscellanea/il-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza-pnrr-missioni-obiettivi-struttura-e-priorita-trasversali/>, cons. il 03/06/2024.

Redazione, *Interrogazioni/1. Costa: "Troppe esternalizzazioni in sanità". Ecco le contromisure del Governo*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Governo e Parlamento, data pubblicazione: 23/06/2022, [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=105760](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=105760), cons. il 07/06/2024.

Redazione, *L'appello di Federconsumatori: "Riqualificare Ssn. Cresce la sfiducia dei pazienti"*, Quotidiano on line di informazione sanitaria, sez. Cronache, data pubblicazione: 27/03/2013, [https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=14148](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=14148), cons. il 26/05/2024.



Redazione, *Mattarella: il Servizio sanitario nazionale è un patrimonio prezioso da difendere e adeguare*, Il Sole 24 Ore, sez. Sanità24, data pubblicazione: 02/10/2023, <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-02/mattarella-servizio-sanitario-nazionale-e-patrimonio-prezioso-difendere-e-adeguare-152907.php?uuid=AFhVnd4>, cons. il 09/06/2024.

Redazione, *Nuovo Codice Deontologico degli infermieri 2019*, Nurse24.it, sez. Infermieri, data pubblicazione: 13/04/2019, aggiornato al 20/04/2019, <https://www.nurse24.it/infermiere/professione/codice-deontologico-infermieri-2019.html>, cons. il 23/05/2024.

Redazione, *“Più risorse per salvare Ssn”. Il premio Nobel Giorgio Parisi guida l’appello 14 scienziati a difesa del sistema pubblico*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Cronache, data pubblicazione: 03/04/2024, [https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=121322](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=121322), cons. il 28/04/2024.

Redazione, *Primo stop al numero chiuso a Medicina: ok al testo base al Senato. I sindacati all’attacco: “Colpo di grazia alla formazione medica”*, Il Fatto Quotidiano, data pubblicazione: 24/04/2024, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2024/04/24/primo-stop-al-numero-chiuso-a-medicina-ok-al-testo-base-al-senato-i-sindacati-allattacco-colpo-di-grazia-alla-formazione-medica/7525080/>, cons. il 25/04/2024.

Redazione, *Sanità accreditata. Nel 2022 in Veneto oltre 120mila ricoveri e 9,5 milioni di prestazioni ambulatoriali*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Veneto, data pubblicazione: 20/09/2023, [https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo\\_id=116780](https://www.quotidianosanita.it/veneto/articolo.php?articolo_id=116780), cons. il 07/06/2024.

Redazione, *Sanità, senza interventi il Ssn non sarà più sostenibile entro il 2050*, AboutPharma, data pubblicazione: 09/11/2022, <https://www.aboutpharma.com/sanita-e-politica/sanita-senza-interventi-il-ssn-non-sara-piu-sostenibile-entro-il-2050/>, cons. il 06/06/2024.

Redazione, *Sempre più anziani in Italia. Record minimo di nascite e massimo di ultracentenari. Il rapporto annuale Istat*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data

pubblicazione: 07/07/2023, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=115352](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115352), cons. il 11/04/2024.

Redazione, *Senza orientamento. Uno studente su 2 sceglie al buio il proprio futuro*, La Stampa, sez. Cronaca, data pubblicazione: 09/11/2020, <https://www.lastampa.it/cronaca/2020/11/09/news/senza-orientamento-uno-studente-su-2-dice-di-scegliere-al-buio-il-proprio-futuro-1.39519385/>, cons. il 25/04/2024.

Redazione, *SMI: In Italia mancano 20 mila medici e 70 mila infermieri*, Nurse24.it, sez. Attualità, data pubblicazione: 15/11/2023, <https://www.nurse24.it/infermiere/attualita-infermieri/smi-in-italia-mancano-20mila-medici-70mila-infermieri.html#:~:text=Il%20sistema%20sanitario%20nazionale%20necessiterebbe,sanitario%20a%2020%20anni%20fa.,> cons. il 20/04/2024.

Redazione, *Sperimentazioni in sanità. Nasce rete di studio per il rilancio della sinergia tra pubblico e privato nella gestione del sistema sanitario*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Studi e Analisi, data pubblicazione: 24/06/2019, [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=75191](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=75191), cons. il 07/06/2024.

Redazione, *Telemedicina. Via libera della Toscana a un nuovo modello organizzativo*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Toscana, data pubblicazione: 18/07/2023, [https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo\\_id=115626](https://www.quotidianosanita.it/toscana/articolo.php?articolo_id=115626), cons. il 05/06/2024.

Redazione, *Verso lo stop al numero chiuso all'università di Medicina. Insorgono i medici*, RaiNews.it, sez. Università, data pubblicazione: 24/04/2024, <https://www.rainews.it/articoli/2024/04/stop-al-numero-chiuso-universita-di-medicina-il-senato-adotta-il-testo-base-insorgono-i-medici-191d6c67-8e09-4a5e-9aab-d8ff5c595773.html>, cons. il 25/04/2024.

Redazione, *Violenza contro il personale sanitario. Inail: nel 2022 accertati oltre 1.600 casi, in aumento sia rispetto al 2021 sia rispetto al 2020*, Quotidiano online di informazione sanitaria, sez. Lavoro e Professioni, data pubblicazione: 23/11/2023, [https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=118557](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=118557), cons. il 21/05/2024.

Regione del Veneto, sez. Gestione risorse, s.d., <https://relazionesanitaria.azero.veneto.it/dettaglio-categorie/646b1729a34be030504989d0>, cons. il 07/06/2024.

Relazione Socio Sanitaria della Regione del Veneto 2023, *La spesa sostenuta per l'offerta privata accreditata*, Azienda Zero Regione del Veneto, sez. Gestione risorse, s.d., <https://relazionesanitaria.azero.veneto.it/dettaglio-categorie/646b1729a34be030504989d0>, cons. il 07/06/2024.

Rivellini G., *Le determinanti della bassa fecondità*, in *I dati censuari per conoscere il territorio*, atti del convegno online, 30/05/2022, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, s.d., [https://www.istat.it/storage/censimento-popolazione/censimento-popolazione-NordOvest\\_Rivellini.pdf](https://www.istat.it/storage/censimento-popolazione/censimento-popolazione-NordOvest_Rivellini.pdf), cons. il 11/04/2024.

Rizzi D., *Introduzione al corso*, dispense di Economia pubblica e federalismo fiscale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2022-2023, pp. 53-59.

Ruffino L., *Sette grafici per capire la crisi demografica in Italia*, Pagella politica, sez. Popolazione, data pubblicazione: 12/12/2022, <https://pagellapolitica.it/articoli/crisi-demografica-italia>, cons. il 11/04/2024.

Santoro E., *Intelligenza artificiale in medicina: qual è il suo impatto?*, Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri - IRCCS, sez. News, data pubblicazione: 28/06/2023, aggiornato al 11/10/2023, <https://www.marionegri.it/magazine/intelligenza-artificiale-medicina>, cons. il 06/06/2024.

Scoppettuolo A., *Vita morale ed etica della cura in Stan Van Hooft*, Scienza dell'Amministrazione, Studi di teoria e ricerca sociale, 2/2019, pp. 2-10, doi: 10.32049.

Severino E., *La filosofia dei greci al nostro tempo. La filosofia moderna*, Garzanti, Milano, 1996.

TG3 Fuori TG, *Puntata del 15/04/2024*, RaiPlay, <https://www.raipaly.it/video/2024/04/TG3-Fuori-TG-del-15042024-9a1adb9b-44a9-45cf-8436-ba10aa5d8583.html>, cons. il 28/04/2024.

Tarabusi M., *Fascicolo sanitario 2.0: entro giugno si può dire no al trasferimento dati*, Il Sole 24 Ore, sez. Sanità, data pubblicazione: 03/06/2024, <https://www.ilsole24ore.com/art/fascicolo-sanitario-20-entro-giugno-si-puo-dire-no-trasferimento-dati-AGHFDII>, cons. il 05/06/2024.

Twaddle A., *Influence and Illness: Definitions and Definers of Illness Behaviour among Older Males in Providence, Rhode Island*, Tesi di Dottorato, Università Brown, 1968.

Vaccaretti M., *Spillover, il salto di specie*, Nurse24.it, sez. Salute, data pubblicazione 14/10/2021, aggiornato al 13/10/2021, <https://www.nurse24.it/dossier/salute/spillover-salto-specie.html>, cons. il 14/04/2024.

Velato G., *La differenza tra accreditamento sanitario e prestazioni in service: la perfetta lezione del Consiglio di Stato*, Studio Legale “Stefanelli & Stefanelli”, data pubblicazione: 18/11/2021, <https://www.studiolegalestefanelli.it/it/approfondimenti/la-differenza-tra-accreditamento-sanitario-e-prestazioni-in-service-la-perfetta-lezione-del-consiglio-di-stato/>, cons. il 08/06/2024.

Vicarelli G., *Si può parlare di declino della professione medica in Italia? Elementi di analisi e di riflessione*, Autonomie locali e servizi sociali, Bologna, Il Mulino, Fascicolo 2, 2017, doi: 10.1447/88330, p.p. 222-235.

Von Bertalanffy L., *Teoria generale dei sistemi. Fondamenti, sviluppi, applicazioni*, trad. it. di Bellone E., Mondadori, Milano, 2004, (prima ed. 1983), pp. 88-91.

Weber M., *La scienza come professione. La politica come professione*, trad. a cura di Rossi Pietro e Tuccari Francesco, s.l., Piccola Biblioteca Einaudi, 2004.

Zanette M., *Il federalismo fiscale e il finanziamento della sanità*, dispense di Economia pubblica e federalismo fiscale, Università Ca' Foscari di Venezia, A.A. 2021-2022.