

IHPB

ITALIAN HEALTH POLICY BRIEF

OPINIONI E CONFRONTI PER UNA SANITÀ SOSTENIBILE

LE SFIDE DEL COVID-19: CAPITOLO DUE
IL SENNO DI POI

IL SSN ALLA PROVA DEL CORONAVIRUS: IMPARARE E RIPARTIRE

di Stefano Del Missier, *Direttore Responsabile IHPB*

INTRODUZIONE

Il 20 febbraio 2020 rappresenta probabilmente uno spartiacque tra un mondo del prima e un mondo del poi. Da quel giorno, prima di ogni altra considerazione che era stata fatta in precedenza, il nostro Paese entra ufficialmente nel tunnel Coronavirus (o SARS-Cov-2; o COVID-19, come lo chiameremmo in questo articolo), e come uscirà da questo tunnel dipenderà molto dalla capacità di apprendere le lezioni di questi mesi e, di conseguenza, dalle decisioni che sapremo prendere per ripartire.

Come in tutte le situazioni di emergenza, non solo sanitaria, nel momento delle criticità più acute emergono le capacità, le competenze, le conoscenze a disposizione per farvi fronte. Oppure emerge la loro mancanza.

La vicenda COVID-19 in Italia ha messo in evidenza problemi che non pensavamo di avere.

Pensavamo di avere uno dei migliori sistemi sanitari al mondo, perché così dicono le classifiche OMS, OECD, Bloomberg, etc. Classifiche che guardano sempre ai dati macro e mai alla realtà quotidiana, fatta di disegualianze, di casi clamorosi di inefficienza così come di efficienza: casi abnormi di inefficacia così come casi di straordinaria eccellenza. Una realtà, inoltre, fatta di dieta e di stili di vita (a dir il vero, in netto deterioramento) che ci hanno “salvaguardato” la salute, a prescindere dal sistema sanitario.

Credevamo di avere uno dei migliori sistemi sanitari al mondo, ma ci siamo scoperti deboli, con diverse falle, facendo errori che col senno di poi non avremmo mai dovuto fare...

Col senno di poi, certo.

Ma è proprio la capacità di anticipare il “senno di poi” che fa la differenza nella qualità di un sistema, soprattutto quando devi prendere decisioni di sistema per far muovere e indirizzare il sistema. E possiamo dire che il 20 febbraio 2020 ha rappresentato il primo giorno di tanti altri con decisioni poco chiare, a volte contraddittorie, annunciate prima di essere prese, peraltro attraverso social network, canali tutt'altro che istituzionali (ovvero: sicuri, solidi, universali, esaustivi), a riprova che anche stile e forma si sono persi con tutto il resto.

Il nostro Sistema Sanitario Nazionale, quindi, ha dimostrato di non essere affatto uno dei migliori al mondo: ci siamo accorti che avevamo tagliato risorse alla salute per metterle altrove (previdenza su tutto); che l'indebitamento mostruoso che ci tiriamo avanti da anni non è servito a fortificare i nostri sistemi di tutela, anzi; che la sanità è pubblica ma che le strutture private giocano un ruolo fondamentale e dovrebbero essere concepite all'interno del sistema, non a latere; che lo Stato non è in grado di differenziare le proprie decisioni su un territorio che le differenze le ha da quando esiste, fosse solo come “espressione geografica”.

Non sono ovviamente mancate le polemiche, soprattutto per la crisi che ha colpito la Lombardia, ovvero la Regione che, più di ogni altra, ha elaborato - nel corso degli anni del regionalismo in sanità - un proprio modello di lavoro, fatto di premesse di ordine culturale, politico, scientifico che si sono tradotte in un sistema misto sul lato dell'offerta, con libertà di scelta da parte della domanda, e con una

forte regia di sistema da parte dell'ente regolatore e delle organizzazioni ad esso riconducibili. Un sistema molto discusso, ma sempre poco (meglio, per niente) analizzato e studiato¹.

Nel momento della crisi, tutti i nodi sono venuti al pettine e, forse, questa stagione del dopo COVID-19 è una grande opportunità per il nostro futuro o, almeno, per il futuro del nostro Sistema sanitario.

L'ipotesi di lavoro proposta è quella di capire bene cosa abbiamo tra le mani, come valorizzare quanto di buono abbiamo fatto, e come cambiare radicalmente dove, invece, ci siamo scoperti deboli e fallaci.

LA FILIERA DELLE DECISIONI IN AMBITO ISTITUZIONALE: I DIVERSI LIVELLI DI GOVERNO DELLA SANITÀ IN ITALIA

Per capire la situazione odierna, è necessario uno sforzo di sistematizzazione storica di quanto avvenuto nel corso della vita della Repubblica italiana, durante la quale ci sono stati momenti di passaggio in cui il sistema pubblico di tutela della salute garantito dalla Costituzione ha vissuto momenti di grande trasformazione.

Potremmo, con un dignitoso equilibrio di sintesi, individuare almeno tre.

Il primo è certamente rappresentato dalla Legge n. 833/1978, con il quale il nostro Paese è passato da un sistema mutualistico ad uno universalistico: per gli addetti ai lavori, si cita sempre il passaggio da un modello-Bismark (tipico della Germania) ad un modello Beveridge (tipo della Gran Bretagna). Con questo passaggio, lo Stato decide che la salute è un bene collettivo, che la collettività (ossia il Bilancio pubblico, ovvero le tasse) deve farvi fronte, e che tutti hanno diritto ad avere la stessa offerta di beni e servizi, senza distinzione di età, sesso, reddito, etc.

Il secondo passaggio è nella Legge delega n.421/1992 e dei successivi decreti legislativi di riordino della sanità italiana, ovvero i D.Lgs. n.502/1992 e n.517/1993: è stato il momento dell'aziendalizzazione di ospedali e unità sanitarie locali, premessa ai grandi cambiamenti gestionali successivi, nei sistemi di controllo (con, per esempio, introduzione di contabilità economica e sistemi di certificazione

della qualità) come in quelli di finanziamento (da giornata di degenza a prestazione), con una decisa responsabilizzazione delle Regioni nell'organizzare il sistema sanitario del proprio territorio. Con questo passaggio, si è detto che, magari, la salute non avrà prezzo ma ha sicuramente un costo, e che non solo i costi devono essere adeguati a beni e servizi offerti ai cittadini ma che le Regioni sono responsabili di mantenere i conti in equilibrio (pena: pagare con proprie risorse i deficit accumulati).

Il terzo e ultimo passaggio lo possiamo riscontrare nella riforma del Titolo V della Costituzione (ottobre 2001) nel quale tutto ciò che era già ampiamente previsto dalla Costituzione, che era stato oggetto di produzione legislativa sia in sede nazionale che regionale, e che veniva quotidianamente sperimentato da cittadini ed operatori sanitari, veniva sancito in un testo di legge costituzionale.

La situazione odierna, quindi, prevede che lo Stato si occupi della quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale (che deve poi essere distribuito, secondo criteri concordati in sede di Conferenza Stato-Regioni) e della definizione del Piano Sanitario Nazionale, ovvero la definizione dei LEA e degli obiettivi di salute che le varie Regioni devono raggiungere. FSN e PSN rappresentano le cornici all'interno delle quali le singole regioni, attraverso programmi di legislatura, definiscono le proprie politiche sanitarie: in questa cornice, abbiamo avuto anni di dibattito sui federalismi e sulle autonomie differenziate, sui 21 sistemi sanitari diversi, sull'efficienza o meno dei modelli (tante discussioni), sulla loro efficacia (meno), su chi deve pagare per i deficit accumulati dai singoli, etc.

Un fatto è certo: nella cornice legislativa sancita da Costituzione e leggi dello Stato, l'elezione diretta del Presidente della Regione ha comportato, nella filiera delle decisioni, un legame stretto tra elettori, programma politico di legislatura e gestione del Servizio Sanitario Regionale. Sarà anche per questo che, nonostante errori e difficoltà, i Presidenti di Regione, con i loro assessori e i loro staff tecnici, rimangono nettamente più graditi ai cittadini, e questo torna a risottolineare come la sanità sia radicata a livello locale.

La programmazione sanitaria regionale, una volta definito l'ammontare annuo di spesa e avendo gli obiettivi di salute sanciti da LEA e PSN, si snoda localmente sulla base delle

1. Breve ed efficace analisi in De Nicola A. – Mingardi A., In Lombardia bisogna tener distinte sanità e ideologia, La Stampa, 11 marzo 2020.

scelte degli elettori: la diversità di modelli e di risultati nasce soprattutto qui, e nel corso degli anni si è sviluppata e articolata, dando luogo al regionalismo sanitario che conosciamo e a tutte le discussioni e i confronti che si sono susseguiti. L'epidemia COVID-19, di fatto, ha scardinato anni di dibattito su cosa debbano fare Stato e Regioni in sanità, mettendo al centro situazioni che non erano state previste. Le Regioni, infatti, avevano sperimentato negli anni modelli organizzativi diversi, dove alcune hanno funzionato meglio di altre. Ma un conto è il tempo di pace, un conto è il tempo di guerra; un conto è la normalità ed un altro è l'emergenza. La crisi ha detto in maniera inequivocabile che vanno definite ed esplicitate le funzioni legate a periodi in cui la normalità è travolta dagli eventi. In questa crisi, Governo centrale, Istituto Superiore di Sanità, Protezione Civile hanno svolto appieno tali funzioni? C'era una qualche utilità che le agenzie centrali (per esempio, AIFA e AGENAS) potevano dare e non hanno dato?

Gestire l'emergenza poteva significare, per un Governo centrale, analizzare quanto successo in Cina, prevenire il diffondersi del contagio attraverso decisioni mirate e condivise, adottare una strategia di comunicazione istituzionale in grado di aiutare i cittadini a muoversi in una situazione di grande ristrettezza delle libertà personali; poteva significare spostare l'offerta (di risorse umane così come di tecnologie) dove le Regioni erano in difficoltà; poteva significare una tempestiva organizzazione della filiera logistica per non far mancare agli ospedali DPI, farmaci, macchinari; poteva significare realizzare un esemplare ed efficace sistema di raccolta dei dati sulle ospedalizzazioni, sull'andamento delle patologie, sui decessi, di modo da avere un quadro omogeneo per misurare bisogni e prestazioni; poteva significare dare chiare indicazioni e dove aprire linee di sperimentazione clinica e su quali farmaci... Tutte cose che non si sono affatto verificate.

Lo Stato deve garantire la parità di trattamento prevista in Costituzione, per la salute così come per tutte le funzioni di tutela previste. Ruolo difficile che, a parere dello scrivente, non ha bisogno di essere aggravato dal tentativo di assegnare allo Stato funzioni di gestione dei servizi e delle attività locali, soprattutto quando ha ampiamente dimostrato, almeno fino ad oggi, di non sapere gestire neanche quelle centrali.

QUALI AMBIGUITÀ/AMBIVALENZE VANNO RISOLTE

L'esperienza COVID-19 ha messo in luce una serie di nodi che vanno sciolti: sono NODI DI SISTEMA, sui quali bisogna decidere e uscire dall'ambiguità/ambivalenza del significato che ciascuno vi attribuisce.

Ecco, quindi, un elenco di paradigmi per poter fare una proficua riflessione sul futuro del nostro sistema sanitario.

• Centro vs Periferia alias Stato vs Regioni

Oltre a quanto già detto in precedenza, per poter argomentare ulteriormente su tale questione, credo sia più utile considerare concretamente alcuni fatti successi durante la crisi epidemica.

In Lombardia, stante la particolare situazione di un sistema sanitario misto (pubblico-privato) di erogazione di prestazioni ospedaliere, in piena bagarre epidemica, è stata emanata una delibera di Giunta² che definiva le modalità con cui medici e infermieri di una struttura ospedaliera (a prescindere se fosse pubblica o privata) potessero essere trasferiti in un'altra (pubblica, in grave difficoltà gestionale), salvaguardando diritti contrattuali dei professionisti coinvolti.

Avrebbe potuto fare altrettanto un Ministero della Salute o un Ministero del Lavoro o una qualsiasi altra autorità centrale? Sempre in Lombardia, una volta che gli ospedali non reggevano l'accoglienza di pazienti infetti, si è deciso di riorganizzare la rete di offerta ospedaliera, decidendo chi doveva fare cosa con riguardo alle alte specialità chirurgiche, alle stroke unit, alle attività cardiocircolatorie, etc. In altre parole, con una DGR³ la Lombardia ha dato indirizzi alle reti di patologia tempo dipendenti e ha riorganizzato in un modello a rete HUB&Spoke pubblico privato l'intera rete ospedaliera di una Regione con 10 milioni di abitanti.

Avrebbe potuto fare altrettanto un Ministero della Salute o una qualsiasi autorità centrale?

Un po' in tutta Italia, inoltre, abbiamo avuto il grande problema del COVID-19 all'interno delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), strutture di ricovero soprattutto per anziani non autosufficienti, strutture che hanno numerosità e dimensioni molto diverse a seconda delle Regioni in cui insistono e all'interno delle stesse Regioni, spesso con rapporti di dipendenza dagli enti locali, con contratti del

2. DGR XI/2905 del 04.03.2020, "Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da covid-19 ed intesa tra Associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, Aiop, Anisap e Aris) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da covid-19".

3. DGR XI/2906 del 08.03.2020, "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID - 19", in cui sono state approvate le indicazioni per la revisione delle reti tempo dipendenti e delle reti di alta specialità durante l'emergenza COVID 19.

personale che tendono oggi ad uniformarsi dopo decenni di frammentazione estrema...

Le numerose morti erano evitabili? È una responsabilità dello Stato, delle Regioni o, in questo caso, dei Comuni proprietari delle stesse?

È evidente che nella complessità del nostro tempo sia del tutto superficiale ipotizzare la tutela della salute possa avvenire attraverso la responsabilità e l'iniziativa dei singoli cittadini (vedasi: USA), delegando loro la scelta se assicurarsi (e fino a che punto) o meno: il Coronavirus ci ha insegnato che la tutela della salute non può che avvenire attraverso la collettività. Su questo, nessuno sembra discordare.

D'altro canto, ritengo sia altrettanto superficiale pensare che lo Stato possa assicurare a tutti tale tutela, a prescindere dalle modalità con cui il sistema di tutela venga finanziato: il Coronavirus ha insegnato che governare un sistema (collettivo) di tutela della salute richiede una capacità di governance articolata, su più livelli, affrontando il tema di quali livelli facciano cosa in un insieme coordinato e congiuntamente orientato.

Ci vuole lo Stato e, soprattutto, ci vogliono le Regioni. E, una volta accettato tale assunto, va chiarito il ruolo di ciascuno nel raggiungimento di un bene comune.

• Politici vs Tecnici

Dal 20 febbraio 2020 abbiamo avuto la netta rappresentazione che, sia in termini di classe politica che in termini di classe dirigente, il nostro Paese si è dimostrato estremamente povero di competenze. E questo, a prescindere dai colori politici o dalle relazioni con questo o quel rappresentante della burocrazia dello Stato, è il vero punto di debolezza di qualsiasi stato sovrano.

Sul piano politico, se per esempio mettiamo a confronto il capo del Governo italiano rispetto a quello tedesco, ci si rende immediatamente conto di cosa si intende quando si parla di competenza.

Il Cancelliere tedesco, nei drammatici giorni del Coronavirus, ha preso poche e circostanziate decisioni, tutte coerenti e decisive per muovere in modo sincronico e coerente l'intero sistema tedesco: lo ha fatto forte dei suoi 15 anni di cancellierato, che seguivano tre anni da ministro della Repubblica, che seguivano dieci anni da parlamentare.

Il capo del Governo italiano - oltre che perseguire uno sche-

ma di lavoro per cui si annuncia via social alla sera un provvedimento per poi firmarlo il giorno successivo e per poi farlo entrare in vigore il giorno successivo ancora - ha preso decisioni via via contrastanti, lasciando sempre in coda spazi di interpretazione tali da far pensare che tutti gli italiani fossero muniti di laurea in giurisprudenza: lo ha fatto forte dei suoi 15 mesi da capo del governo di una coalizione e dei suoi ulteriori 6 mesi (al 20 febbraio 2020) di capo del Governo di tutt'altra coalizione.

Tale riflessione può essere fatta per la stragrande maggioranza di ministri in carica al momento in cui si scrive questo documento, così come dei parlamentari della XVIII legislatura della Repubblica Italiana.

Non meraviglia affatto, di conseguenza, che atti di governo di altissimo profilo, quali un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, siano stati prodotti "in batteria" nel giro di pochi giorni⁴ (se non di poche ore), con livelli tali di confusione e contraddizione nell'elaborato, così come di arbitrarietà e di difficoltà per la loro attuazione, da rimanerne basiti.

Non si può altrettanto dire che il livello politico sia stato supportato da un adeguato livello tecnico.

Oltre che perdersi per strada leggi di polizia sanitaria esistenti, le linee guida di profilassi internazionali, e le norme esistenti sulle epidemie per realizzare nuovi test di diritto nell'emergenza sanitaria, il supporto tecnico, per esempio⁵, ha permesso di emanare un testo di legge con 900 parole scarse di disposizioni, facendo rimandi ad altre leggi, ordinanze, protocolli, etc.

Per non parlare della grave incapacità, da parte degli enti deputati e delle autorità "tecniche", di reperire sul mercato kit diagnostici così come DPI da distribuire agli ospedali. Il che, confrontato con le decine di iniziative imprenditoriali per inventarsi risposte ai bisogni impellenti, degli ospedali come dei cittadini⁶, oppure confrontato con gli 8 giorni con cui al San Raffaele di Milano hanno costruito un ospedale di terapia intensiva da campo finanziato esclusivamente da beneficenza privata e volontaria, lascia spazio ad amare riflessioni sul potenziale italiano e lo spazio a disposizione perché si possa esprimere.

Quindi, in Italia, prima ancora che capire se alcune responsabilità e/o decisioni debbano essere affidate al livello politico o al livello tecnico, abbiamo la necessità di avere

4. Per dare evidenza oggettiva di questa affermazione, ho richiamato in bibliografia i Decreti legge, i DPCM, e le principali ordinanze della Protezione Civile e le Circolari del Ministero della Salute emanate alla data di pubblicazione del presente scritto: si pensi alla condizione del management e degli operatori sanitari durante il Covid-19 a fronte di questo diluvio legislativo...

5. In questo esempio, si prenda visione del DPCM del 23/3/2020.

livelli politici e tecnici con un grado nettamente superiore di competenza, di modo che la suddivisione di responsabilità e compiti possa dare luogo ai risultati di tutela pubblica attesi dalla comunità.

La classe dirigente è, a mio avviso, l'anello più delicato dell'intera catena: è su questa che si capisce se si hanno o meno capacità per gestire non solo le emergenze, ma anche la grande complessità che, anche in tempi normali, rappresenta la sanità. Nella fase epidemica COVID-19 abbiamo sicuramente avuto dirigenti incapaci di affrontare e sostenere l'emergenza: da questa lezione si impari in fretta cosa significhi avere una classe dirigente all'altezza.

• Ospedale vs Territorio

Una delle discussioni giornalistiche più inutili capitate durante l'epidemia è stata quella relativa ai posti letto ospedalieri⁷ che, secondo esperti dell'ultima ora, è stata una scelta dovuta a politiche di spending review così come a tagli della sanità pubblica in favore di quella privata. Per dare supporto a tali tesi, si sono messi a confronto la numerosità di posti letto per abitante tra diversi paesi, anche se questi funzionano con sistemi sanitari profondamente diversi (e, di conseguenza, poco confrontabili).

A prescindere dal vezzo italico di confrontare mele con banane perché tanto sempre di frutta si parla, tali "esperti" hanno dimenticato che il nostro paese negli ultimi anni ha fatto scelte di politica sanitaria definite da un'opzione di campo ben precisa: deospedalizzare le cure, spostare le cure dall'ospedale al territorio. Scelte che comportano un modello di sistema ben distinto da quelli che non fanno tali scelte. Questo, per esempio, ci dovrebbe portare a confrontarci con paesi come Israele, e non come la Germania. Questo, inoltre, ci chiede di analizzare perché tra Veneto ed Emilia Romagna da una parte, e Lombardia dall'altra parte, vi siano stati risultati "di sistema" diversi, pur essendo, i tre sistemi regionali, diversi tra loro su tante cose ma non sul numero di posti letto ospedalieri per abitante.

La discussione, allora, non va posta polemicamente su quanti letti ospedalieri abbiamo o meno, ma a cosa sono destinati; non va posta su quanti posti di terapia intensiva abbiamo per far fronte ad una guerra o ad un'epidemia, ma sul perché ci siano così enormi differenze di dotazione, per esempio, tra Nord e Sud e su quanto tempo ci mettiamo a re-

alizzarli nel momento in cui la guerra o l'epidemia scoppia. Per questo, varrebbe la pena riprendere antichi ma mai superati modelli di lavoro, quale quello che segmenta l'offerta sanitaria dall'ambito dell'autocura alle cure primarie, secondarie e poi terziarie, e che distribuisce lungo tali segmenti le attività di prevenzione, di risoluzione e di palliazione; e varrebbe anche la pena riconsiderare un sistema di luoghi di cura diversi e diversificati, dal bisogno come dall'intensità di assistenza, superando definitivamente una cultura ospedalocentrica che neanche il management ospedaliero sostiene più.

• Pubblico vs Privato

Dichiarato il conflitto di interessi di chi scrive⁸, il tema di cosa sia *pubblico* e cosa sia *privato* nella sanità italiana necessita ancora di essere chiarito. Il che è di per sé preoccupante, segno del livello infimo che il confronto pubblico (sia sul piano culturale che sul piano scientifico) ha raggiunto in Italia.

Non siamo ancora in grado di capire che se un bene è pubblico, non è detto che il miglior modo per produrlo e distribuirlo sia quello dello Stato, attraverso una qualunque delle sue multiformi realtà lo realizzi.

Il bene è pubblico se è a disposizione di tutti e se la remunerazione della sua usufruibilità è data dalla collettività.

Inoltre, la superficialità di alcune considerazioni sul rapporto tra pubblico e privato in sanità tocca il suo apice di ignoranza della realtà perché dimentica che il privato accreditato, sottostando agli standard e alle regole dettate, di fatto è "governato" dalla Regione in cui insiste: è la dimostrazione che nel nostro paese le polemiche non sono dettate dai fatti ma da un tasso di ideologia che ci rende ridicoli nella comunità internazionale.

Nelle Regioni ci sono presenze diversificate, in dimensione e "peso", dell'ospedalità privata, e in tutte queste il rapporto tra pubblico e privato o, meglio, quale sia l'apporto del privato al sistema pubblico, è frutto di anni di politiche sanitarie che erano a loro volta frutto non solo di una posizione culturale e/o ideologica, ma anche di una storia locale.

È evidente che il privato non è esaurito dal solo caso della clinica/casa di cura, di medie dimensioni, che definisce ed esaurisce il suo raggio di azione negli interventi in elezione attraverso l'ingaggio di grandi e famosi professionisti.

6. Si veda, ad esempio, Bondavalli Dino, *Le imprese si trasformano per vincere il virus*, Libero, 25 marzo 2020.

7. Molti gli articoli a questo proposito. Mi limito a citare, in qualità di massima espressione di questa corrente di "pensiero", De Rubertis P., *Il tracollo del SSN: meno ospedali, posti letto dimezzati in trent'anni*, Il Fatto Quotidiano, 25 marzo 2020; e Corica A., *Quelle cliniche da sette miliardi nate dai tagli alla sanità pubblica*, La Repubblica, 3 marzo 2020.

8. Stefano Del Missier è Direttore Esecutivo dell'Ospedale Moriggia Pelascini di Gravedona (CO), un ospedale generale di zona, di diritto privato, accreditato, sede di DEA e PS.

Ospedali come il San Raffaele a Milano, la Casa Sollievo della Sofferenza di San Giovanni Rotondo (FG), la Poliambulanza di Brescia, il Bambino Gesù e il Policlinico Gemelli di Roma rappresentano a tutti gli effetti realtà ospedaliere “pubbliche”, anche se di diritto privato. E come queste singole realtà, ce ne sono moltissime in tutto il territorio nazionale, strutture con PS o DEA, parte integrante della rete di offerta sanitaria delle regioni in cui insistono.

Si può pensare ad un sistema senza considerare l'azione, l'attività, il ruolo svolto da decine, se non centinaia, di strutture private? Possiamo riflettere su un sistema che, per quanto riguarda le attività ambulatoriali, sia di specialistica che di diagnostica, rende totalmente indifferente, sul piano della spesa del cittadino (cioè: *ticket* versus *out of pocket*), l'accesso a strutture del SSN così come a strutture totalmente private che operano in regime di libero mercato?

• Azienda vs ente pubblico

Se è sacrosanto affermare che la medicina la fanno i medici e gli operatori sanitari, non è ancora abbastanza chiaro che la gestione della sanità la fanno i manager (medici o meno che siano). Ne è riprova che si continua a confondere i termini impresa e azienda, concorrenza e competizione, fatturato e reddito, spesa e costi, etc.

E se fino ad ora qualcuno ha fatto confusione, questo non ha mai né intaccato né modificato il fine istituzionale (la missione) di alcuna azienda sanitaria: mai è stato anteposto il problema finanziario (che c'è) a quello della tutela della salute dei pazienti. E mai si è dimenticato che la pluralità di soggetti che compongono la rete di offerta dei servizi sanitari sia costituita da soggetti identici; questo non vale solo per il rapporto fra pubblico e privato, ma anche per il rapporto fra pubblico e pubblico, all'interno del quale troviamo situazioni molto diverse per capacità di offrire servizi in modo efficace ed efficiente: ci sono strutture pubbliche che funzionano molto bene; altre molto male.

I finanziamenti non andrebbero decisi sulla natura del soggetto (pubblico o privato) o sulla sua dimensione (piccolo o grande) ma sul merito e sulla qualità dei servizi resi. Per molti anni (sicuramente da sempre, fino alla crisi del 2008) la spesa sanitaria è cresciuta percentualmente più del PIL: estremizzando questo trend, saremmo potuti arrivare ad una situazione in cui tutta la ricchezza prodotta da una comunità venisse assorbita dalla sanità, eliminando ogni fi-

nanziamento per previdenza, istruzione, ricerca, sicurezza, etc. È una scelta possibile? Fino a che punto deve crescere la spesa per la salute a discapito delle altre forme di tutela? Quando una percentuale di spesa sul PIL può dirsi equa?

In attesa che qualcuno possa dare una risposta oggettiva, si può affermare che se i finanziamenti scarseggiano, diventa un problema chi sperpera, e che se un sistema sanitario, pubblico o privato che sia, si dimentica dell'efficienza e continua a sperperare e dissipare ricchezze, non possa dirsi virtuoso di suo.

Può valere l'ipotesi di rendere il servizio sanitario un sistema libero e sano?

In un sistema libero, la gente sceglie e questo comporta la competizione (in senso virtuoso – emulare, migliorare –, non in senso banalmente concorrenziale): l'aziendalizzazione della sanità, pur in un sistema con diversi gradi di competitività a seconda delle aree del paese, ha innalzato la qualità (in alcune aree ci sono più attrazione, più alte specialità, sistemi di emergenza urgenza in cui nessuno ha nulla da eccepire, etc.) e la quantità (a parità di risorse, il sistema pubblico ha migliorato la propria produttività) dei servizi resi.

In un sistema sano, in secondo luogo, si è in grado di misurare i propri risultati in termini di miglioramento degli esiti (misurare la qualità degli esiti operatori, dei ricoveri, delle attività diagnostiche, etc): su questo c'è ampia letteratura.

Andrebbero approfonditi questi due attributi, perché dicono molto di più dei tentativi di mettere insieme (solitamente: male) problemi economici con problemi clinici.

Questo è frutto non solo di buone scuole di medicina, ma anche di buona amministrazione e buona gestione manageriale di risorse che, si ricorda, sono pubbliche, cioè derivano da quanto i cittadini hanno messo a disposizione della pubblica amministrazione per costruire sistemi di erogazione di servizi di pubblica utilità.

Non si può scoprire solo oggi quanto è scritto dal legislatore fin dai primi anni Novanta e quanto scritto nella letteratura aziendale da quando esiste.

Non ci si può non accorgere di quanto l'introduzione dell'aziendalizzazione abbia contribuito a far crescere il sistema sanitario nonostante le difficoltà, sia normative, che sindacali, che finanziarie, che sociologiche, che culturali.

L'aziendalizzazione ci ha permesso di diventare più seri nel nostro paese, riconoscendo il valore dei servizi che si danno

alla collettività, stando attenti a non sperperare il danaro pubblico e dando pieno significato alla parola responsabilità attribuita ai diversi livelli istituzionali.

C'è ancora spazio per questo o siamo ai soliti (antichi) slogan del "la salute non ha prezzo"? Pensiamo che abbandonare l'aziendalizzazione e ritornare ai vecchi modelli di ente economico possa migliorare le attività dei nostri ospedali? Un dato è certo: negli ultimi trent'anni, la spesa sanitaria è cresciuta molto più rapidamente del PIL in tutti i paesi dell'OCSE. La spesa per la sanità e l'assistenza a lungo termine potrebbe passare dall'attuale livello medio del 6-7% del PIL a circa il 10% entro il 2050, se il settore sanitario non viene ristrutturato con politiche e riforme. Politiche e riforme, non decisioni alla mercé del consenso di breve termine.

DALLA GESTIONE CORRENTE AL RILANCIO DI PROSPETTIVE STRATEGICHE

Il Sistema sanitario italiano è stato travolto da uno tsunami che lo ha trasformato nella prima linea di una guerra e ha evidenziato la debolezza di un'organizzazione sanitaria che era stata pensata per rispondere ad una domanda di salute che è radicalmente cambiata nel corso del tempo. E così, dopo tagli lineari, rigidità di modelli organizzativi, differenziazione spinta delle professioni (arrivando fino ad una parcellizzazione delle competenze), pressioni della domanda di salute, il sistema non ha la flessibilità necessaria non solo per rispondere ad emergenze straordinarie quali una pandemia (che è straordinaria ma, con la globalizzazione, probabilmente sempre più frequente), ma neanche per rimettere in piedi un adeguato sistema di tutela.

Dopo lo tsunami: la ripresa di una programmazione sanitaria di più ampio respiro

L'epidemia COVID-19, per usare un'espressione cara a Walter Ricciardi⁹, ha probabilmente generato una tempesta perfetta, ovvero un evento in cui una rara combinazione di circostanze negative ha aggravato drasticamente la già difficile situazione del sistema sanitario.

Tutti i sistemi sanitari, infatti, erano già alle prese con gli impatti generati dall'innovazione tecnologica; per non dire che ci sono stati tali cambiamenti sul piano demografico

(invecchiamento), epidemiologico (cronicità), e nei bisogni della gente e nella loro domanda di salute (ben essere) che viviamo da tempo in una fase di enorme transizione. Verso dove? Verso quale cambiamento?

Ora che siamo in mezzo ad una tempesta perfetta, le decisioni per come ripartire rischiano di essere parziali, mentre abbiamo bisogno di prendere decisioni di sistema.

Sappiamo che l'inefficienza dei sistemi sanitari, così come la loro inefficacia, è dovuta a molti fattori: gli errori medici come la non aderenza dei pazienti alle loro corrette indicazioni; la variabilità nelle condizioni di salute come l'incertezza su cosa realmente sia efficace; la difficoltà ad avere uguali procedure così come la segmentazione dei percorsi di cura in strutture separate tra loro; i ritardi negli interventi così come la burocrazia e/o l'irrazionalità nei processi di lavoro... Inoltre, bisogna pensare alla gestione e all'integrazione di tutta una serie di "sistemi" che impattano direttamente sul sistema salute: si pensi, per esempio, alle politiche per la messa a disposizione dell'acqua potabile o delle fognature, così come alle politiche di regolamentazione delle importazioni di beni alimentari. Pensare alto significa ampliare il perimetro di osservazione e guidare le politiche secondo logiche, appunto, di sistemi e sottosistemi, di differenziazione come di integrazione.

La sanità, partendo dal ripensare il rapporto tra le Regioni e il governo centrale, tra gli ospedali e i cittadini, tra il pubblico e il privato, rappresenta probabilmente il primo vero step di verifica della tenuta di uno Stato che dovrà affrontare una crisi economica che, la stragrande maggioranza dei cittadini, non avrà mai visto in vita sua. Le scelte politiche che dovranno essere messe in campo necessiteranno di visione alta, per ridefinire l'oggetto stesso di tutela, come questo debba essere finanziato, come si potrà e dovrà accedere ai servizi: in sintesi, riprendere una seria attività di programmazione, alta e di grande discontinuità con le scelte dettate da quanto fatto in passato.

Nuovo patto per la salute

L'esigenza di un nuovo patto per la salute è radicale, e non riguarda soltanto se si vuole un sistema universalistico o assicurativo, piuttosto che centralizzato o regionale. Bisogna innanzitutto capire cosa ciascuno di noi lascia sul tavolo della negoziazione, perché troppo diversi sono i

9. Ricciardi W. et altri, *La tempesta perfetta. Il possibile naufragio del sistema sanitario: come evitarlo?*, 2015, Vita e Pensiero.

vari punti di vista in gioco.

I cittadini, per esempio, vogliono pagare poche tasse e i pazienti vogliono sempre e subito i migliori trattamenti possibili; i medici vogliono garantire la migliore qualità di servizio e il più velocemente possibile, le industrie vogliono ritorni sui loro investimenti e realizzare profitti, e i direttori generali devono garantire un bilancio in pareggio; gli assessori regionali vogliono essere rieletti, proseguire la loro carriera politica, mentre i politici nazionali devono governare nel rispetto di un quadro europeo... L'elenco potrebbe essere molto lungo.

In quanto siamo tutti cittadini, credo si debba porre al centro della riflessione un concetto di corresponsabilità collettiva che innovi radicalmente, sia il metodo che l'oggetto della discussione.

Dal punto di vista del metodo, per coinvolgere i cittadini, ovviamente, non penso che le cose si debbano risolvere in modo "politico", attraverso strumenti quali i referendum: questa modalità può andare bene nella Confederazione Elvetica, che nasce e si sviluppa nei secoli su questi presupposti. Mi riferisco, invece, ad un nuovo spazio che le associazioni dei pazienti possono giocare, attraverso le proprie rappresentanze: advocacy, comunicazione istituzionale, educazione sanitaria sono tutti elementi che delineano la necessità di un nuovo ruolo da parte dei cittadini nella sostenibilità del sistema.

Anche sull'oggetto salute, tutti noi cosa vogliamo? Quando parliamo di tutelare la salute, a cosa ci riferiamo? Il Servizio sanitario non è in grado di offrire qualsiasi risposta (in termini di beni e servizi) a tutti, indistintamente. Chiarire "chi ha diritto a cosa e chi paga" rimane un nodo fondamentale che, in un paese che vive di diritti acquisiti come principale criterio di legiferazione, può rappresentare un ostacolo insormontabile a qualsiasi forma di cambiamento per una sostenibilità complessiva. Abbiamo qualche ipotesi da cui partire? Da una posizione popperiana, per cui la collettività deve garantire tutto solo a minori, disabili e malati di mente e per gli altri "chi più ha più paga"¹⁰? Oppure da un sistema che riduca i LEA alle prestazioni salvavita e lasci a forme di assicurazione integrativa e alla responsabilità individuale tutto il resto?

È più semplice definire un nuovo paniere della salute che fare una legge che cambi il sistema, cosa che richiede tem-

pi lunghi e difficoltà applicative e operative in diverse aree del paese.

Credo vadano fatti diversi passi avanti nella riflessione, anche perché l'efficacia di un sistema sanitario non può dipendere solo dalla predisposizione dell'offerta di servizi sanitari ma anche dalla capacità di seguire adeguate regole di comportamento. In questo, i molti casi di scarso senso civico (come, per esempio, il mancato rispetto della quarantena da parte di cittadini positivi al COVID-19) registrati durante l'epidemia rappresentano il punto di partenza di un lavoro lungo, articolato e profondo: è probabile che si debba investire (cioè: finanziamento) per incoraggiare un volontariato di qualità, per avere un sistema sanzionatorio serio e indiscutibile, per strutturare un Servizio civile obbligatorio che ci prepari tutti non solo alla conoscenza e al rispetto delle regole sanitarie, ma anche a supportare i servizi sanitari nel corso di un'emergenza.

Un sistema sanitario più solido ed efficiente, moderno ed efficace, ha bisogno di un rapporto diverso con i cittadini: non basta il rispetto di stare a casa quando viene richiesto, ma chiedere al contrario di dare un aiuto al sistema, essere parte di un'organizzazione sociale capace di superare grandi stress. È un qualcosa che avviene in Svizzera, in Israele, in Giappone, in Corea del Sud, dove i cittadini sono stati nel tempo preparati a rispondere alle emergenze. Si pensi, ad esempio, se tra i cittadini ci fossero persone in grado di occuparsi dei propri familiari e dei propri vicini; oppure capaci di prestare cure immediate, identificare sintomi, consigliare corretti e più sani stili di vita; oppure di prelevare un campione dalle zone faringee per fare verifiche di positività al virus: questo darebbe grande flessibilità al sistema sanitario e significherebbe diventare tutti più capaci di affrontare l'emergenza.

Siamo pronti per affrontare un nuovo patto di salute tra Stato e cittadini in questa prospettiva? Lo vogliamo?

Il futuro: risorse umane e selezione del management

In ogni attività umana, il lavoro e chi lo svolge rappresentano il fattore critico per eccellenza. A maggior ragione nelle attività di servizio e, ancora di più, in servizi ad elevatissima componente qualitativa.

Il futuro del Servizio Sanitario Nazionale, in ogni caso, riprenderà a partire da coloro che quotidianamente lo

10. Popper K.R. - Paolo N., *La lezione di questo secolo. Intervista sul '900*, 2001, Marsilio.

fanno vivere, lo realizzano attraverso il proprio lavoro. Ed è da questi professionisti che la valutazione delle scelte future deve ripartire, innanzitutto riconoscendo gli errori fatti in passato.

Da una prima analisi, possiamo dire che abbiamo pochissimi infermieri, mentre il numero di medici non è inferiore rispetto alle medie UE, anche se si tratta di professionisti con un'età media molto più elevata, che li rende estremamente vulnerabili rispetto, per esempio, ad un nemico come COVID-19, e che, in quanto "vecchi", li rende ormai prossimi alla pensione¹¹.

Nel nostro paese, inoltre, a fronte di un'insufficienza di risorse già emersa ben prima della crisi, per la Laurea in Medicina manteniamo il numero chiuso per sei studenti su sette, non apprezzando che si tratta di giovani disposti a studiare per dieci anni prima di poter cominciare a percepire un vero stipendio e dimenticando che molti, fra quelli formati, decidono di andare a lavorare all'estero una volta specializzati (questo problema, che attiene al reclutamento in quanto utilizzo di tali risorse qualificate, si pone anche pensando ai sentieri professionali di carriera, dato che l'Italia non brilla nelle classifiche internazionali per quanto riguarda il riconoscimento del merito e delle competenze professionali). Sono temi che non riguardano solo medici e infermieri, ovvero le figure professionali numericamente più significative all'interno dei servizi sanitari: la riflessione andrebbe posta per il personale amministrativo, tecnico, alle nuove ed emergenti professioni (ingegneria clinica, informatica, etc) che permettono di recepire ed utilizzare quanto viene reso fruibile dall'innovazione tecnologica e dall'innovazione nei processi lavorativi.

Se poi facciamo questo tipo di analisi per quanto riguarda il management (di cui si è scritto in precedenza), ci rendiamo immediatamente conto di quanta strada dobbiamo ancora fare. Per la sanità, infatti, la selezione del management, da sempre lasciata ad una pur comprensibile responsabilità politica, deve poter trovare meccanismi di reclutamento meno inclini alle esigenze della burocrazia (e non mi riferisco al senso di garanzia del diritto amministrativo, quanto alla garanzia del proprio posto di lavoro da parte dei satrapi di Stato) e più inclini all'esperienza e a quanto effettivamente realizzato in ambito sanitario.

Credo che la leva delle competenze, sia professionali che manageriali, rappresenti la condizione ineluttabile, la priorità assoluta da realizzare per affrontare le sfide che ci attendono.

Il futuro: innovazione tecnologica e trasformazione digitale per poter cambiare

La sanità di oggi non è quella di 10 anni fa e non è quella che ci sarà tra dieci anni: epidemiologia, tecnologia, organizzazione subiscono e generano cambiamenti continui sui servizi, sia dal lato della domanda che dal lato dell'offerta. Si pensi al fatto che non solo cresce la quantità di persone anziane e malate ma, sempre più, cresce anche il numero delle persone che hanno più di una sola malattia: un malato diabetico, fino ad un po' di anni fa, si portava appresso la sua sola malattia, mentre ora, la stragrande maggioranza dei pazienti diabetici hanno tutti due, tre o più malattie. E si ammalano sempre prima di quanto accadeva un tempo, e sono grandi consumatori di sanità, e necessitano di essere seguiti anche a distanza, e...

Il futuro, tuttavia, può essere affrontato più serenamente con quanto tecnologia e digitalizzazione riescono ad offrire. Sul piano dell'innovazione tecnologica oggi abbiamo a disposizione strumenti che, fino a qualche anno fa, sostavano solo nella fantascienza: abbiamo nanomacchine che fungono da veri e propri scrubber e che viaggiano nelle vene e nelle arterie per pulire depositi di colesterolo e placca; la nanotecnologia può esplorare il processo dei pensieri e della percezione a livello molecolare, così che la neuroscienza la utilizza per esplorare il processo dei pensieri e della percezione a livello molecolare; ci sono impianti neurali che, collocati nel cervello delle persone, possono contrastare il morbo di Parkinson e i tremori della sclerosi multipla; e ci sono vere e proprie camicie con sensori che possono monitorare il battito cardiaco e altri segni vitali ed inviarne i dati direttamente a un medico, segnalando presenza di gravi malattie.

Sul piano dell'informatica, abbiamo la possibilità di generare informazione e conoscenza come mai prima d'ora, non solo nella quotidiana pratica clinica, ma anche in quella più ampia della gestione di sistemi sanitari, attraverso big data ormai fruibili al punto da poter sostenere la creazione di comunità di apprendimento fra scienziati, medici, professionisti sanitari, mettendo insieme compe-

11. Solo una piccola nota polemica: con "Quota100" abbiamo mandato in pensione centinaia di medici, con l'emergenza COVID19 li abbiamo richiamati in servizio con un aggravio di spesa pubblica a dir poco indecente.

tenze, esperienze e pratiche. La diffusione delle conoscenze può anche stimolare riflessioni e azioni sulla responsabilità nell'utilizzo delle risorse come aspetto centrale nella professionalità non solo dei manager, ma anche di medici, infermieri e altri operatori.

Da un altro lato, le conoscenze così generate possono guidare la leadership per migliorare qualità ed efficienza allocativa, per prevenire l'impatto sociale delle decisioni e per ripartire, dopo la tempesta perfetta, con una riallocazione delle risorse dalle cure a basso valore a quelle a più alto valore, un "must" per rigenerare sistemi sanitari sostenibili e resilienti. Non è semplice, perché c'è un passaggio culturale tutt'altro che scontato.

L'esperienza dei medici nel rapporto quotidiano con la tecnologia è duplice: molto positivamente orientata per quanto riguarda la tecnologia, un po' meno per quanto riguarda l'informatica.

Il rapporto tra medicina e informatica è stato di recente raccontato e descritto in chiave storica¹², ed è condiviso che medicina e informatica rappresentino due mondi spesso separati tra loro, nonostante questo binomio sia acclarato da tutti come un potenziale risolutore di tante problematiche che la medicina odierna deve affrontare. Lo affermiamo drasticamente: senza l'innovazione tecnologica in generale e quella informatica in particolare, non si sarà più in grado di gestire e sostenere un sistema sanitario.

In estrema sintesi: per migliorare, la strada è stata indicata, seppur sinteticamente, dagli stessi clinici: innovazione, competizione, flessibilità gestionale (anche per i contratti di lavoro, magari), riduzione della burocrazia, nuovi e diversi livelli di finanziamento. Ma per fare questo, dobbiamo affrontare più serenamente certe domande sul servizio sanitario nazionale: nella dinamica del lavoro quotidiano, hanno spazio valori come il merito, la responsabilità o la sussidiarietà?

Questo è un modo di affrontare la realtà molto distante da quelli determinati dal garantismo, dal centralismo decisionale, da quella che può ancora essere definita come la programmazione burocratica in cui il sistema pubblico ha per troppi anni bivaccato.

CONCLUSIONI

Il COVID-19 ci ha tolto tante certezze e ci ha messi nudi di fronte ad un futuro che richiede un cambio di passo importante, a livello politico, a livello manageriale, a livello scientifico e, soprattutto, a livello anche di opinione pubblica, perché credo che innanzitutto bisogna ripartire dalla definizione di un nuovo patto di salute tra lo Stato e i cittadini.

Il nostro Servizio Sanitario Nazionale, in un tempo di grande crisi, ha mostrato tutti i suoi punti deboli, elencabili come una serie di nodi da sciogliere, ovvero un set di indicatori per la costruzione di una visione nuova e per la sua sostenibilità: quanto descritto in precedenza, a modesto parere, sembra il set di questioni sulle quali elaborare una visione di sistema sanitario, di come possa funzionare e di come possa essere sostenibile.

Certo è che, per decisioni di questo livello, sia necessaria una grande capacità di visione, di strategia, di programmazione di lungo periodo: tutte funzioni tipiche del ruolo e della prospettiva politica, con l'arduo compito di definire nuove basi per una nuova programmazione sanitaria.

Questa grande capacità richiede forme di pensiero e di elaborazione politica molto diverse da quelle cui abbiamo assistito negli ultimi anni.

È evidente che nel nostro paese il processo decisionale politico e istituzionale sia oggi troppo facilmente influenzabile da quello che Pierre Levy definiva come l'epoca del "secondo diluvio universale", ovvero quello delle informazioni. Oggi le decisioni non sembrano nascere da luoghi di raccolta e di sistematizzazione dei dati, non hanno ambiti di confronto e di dibattito alto, serio, così che il diluvio non solo non è governato, ma viene letteralmente subito. Anche in sede politica.

Non ci si riferisce soltanto a quella della dinamica social, per la quale Umberto Eco lamentava il problema di aver dato voce a ignoranza e stupidità: ci si riferisce anche a buona parte dei media, della carta stampata, sulla quale abbiamo potuto leggere tutto e il contrario di tutto durante le settimane di grave crisi del nostro SSN di fronte alla forza epidemica del Coronavirus. E purtroppo, si sono lette sciocchezze non solo da parte di giornalisti "a caccia di notizie e di visibilità", ma anche di cosiddetti "addetti ai

12. Si veda Cricelli C., *Lo strano rapporto tra medicina e informatica*, Italian Health Policy Brief, n.3/2019.

lavori”, uomini di cultura, scienziati, più o meno di settore. Il mondo scientifico e il mondo della ricerca devono riappropriarsi di un ruolo fondamentale nella formazione del sapere e nella costruzione di conoscenze e competenze. E la politica non può rincorrere il consenso in un chiacchiericcio idiota disperso nella dinamica dei social network e dei media. Sappiamo che non è dall'informazione come “cervello autonomo” che potremo aspettarci un approfondimento utile per prendere decisioni che guardino lontano, dato che destra-sinistra-movimentisti vari continuano a leggere esclusivamente le proprie testate di riferimento, all'interno delle quali prosegue imperterrita la glorificazione dei propri sistemi di riferimento.

La politica, invece, ha bisogno di spazi di riflessione adeguati, seri, intrisi di contenuti, che prendano spunto dalla lezione impartita dal Coronavirus e non dalle contrapposizioni di parte e dalla polemica sterile che, ormai, annoia. Queste riflessioni adeguate possono avere l'informazione libera e indipendente come spazio di rappresentazione e diffusione? Crediamo proprio di sì, o per lo meno questo dovrebbe essere il compito della stampa.

Potremo almeno aspettarci di aver imparato una lezione dall'epidemia COVID-19 nel nostro paese, e cioè che il cialtrone è un male che crea danni duraturi nel tempo e che per prendere decisioni per il bene comune ci vogliono competenze, competenze e competenze?

Bibliografia

- Bondavalli D., *Le imprese si trasformano per vincere il virus*, Libero, 25 marzo 2020
- Carofiglio G., *La paura è la maestra che ci insegna a cambiare le cose*, La Repubblica, 18 marzo 2020
- Cassese S., *Il dovere di essere chiari*, Corriere della Sera, 23 marzo 2020
- Circolare del Ministero della Salute del 1 marzo 2020 n. 2627 (GAB)
- Circolare del Ministero della Salute del 9 marzo 2020, n. 7922
- Circolare del Ministero della Salute del 10 marzo 2020, n. 7023
- Circolare del Ministero della Salute del 16 marzo 2020, n. 7422
- Circolare del Ministero della Salute del 17 marzo 2020 n. 9220
- Circolare del Ministero della Salute del 18 marzo 2020 n. 3572 (GAB)
- Circolare del Ministero della Salute del 25 marzo 2020, n. 7865
- Circolare del Ministero della Salute del 27 marzo 2020, n. 7942
- Circolare del Ministero della Salute del 29 marzo 2020, n. 10736
- Circolare del Ministero della Salute del 30 marzo 2020, n. 8076
- Circolare del Ministero della Salute del 31 marzo 2020, n. 11056
- Circolare del Ministero della Salute del 31 marzo 2020, n. 11257
- Cricelli C., *Medicina e Informatica*, Italian Health Policy Brief, n.3/2019
- De Nicola A. – Mingardi A., *In Lombardia bisogna tener distinte sanità e ideologia*, La Stampa, 11 marzo 2020
- De Rubertis P., *Il tracollo del SSN: meno ospedali, posti letto dimezzati in trent'anni*, Il Fatto Quotidiano, 25 marzo 2020
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”
- Decreto-Legge n. 6 del 23/02/2020 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito con modificazioni dalla legge 5/03/2020”
- Decreto-Legge n. 9 del 02/03/2020 “Misure di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID – 19”
- Decreto-Legge n. 11 del 08/03/2020 “Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria”
- Decreto-Legge n. 14 del 14/03/2020 “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19”
- Decreto-Legge n. 18 del 17/03/2020 “Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”
- Decreto Legge n. 19 del 25/03/2020 “Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”
- Decreto Legge n. 23 del 8/04/2020 “Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/02/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/03/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 04/03/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08/03/2020 - Ulteriori 2 disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 09/03/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11/03/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 marzo 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 28 marzo 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1 aprile 2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”
- Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile in data 3/02/2020 n. 630 “Primi interventi urgenti in protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”
- Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile in data 23/02/2020 n. 574 “Nomina del soggetto attuatore per il coordinamento delle attività poste in essere dalle strutture della regione Lombardia, competenti nei settori della protezione civile e della sanità impegnate nella gestione dell'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”
- DGR Regione Lombardia n.2905 del 04.03.2020, “Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da covid-19 ed intesa tra Associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, Aiop, Anisap e Aris) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da covid-19”
- DGR Regione Lombardia n.2906 del 08.03.2020, “Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da covid-19”
- Ordinanze del Ministro della Salute, rispettivamente del 25/01/2020, 30/01/2020, 21/02/2020, 20/03/20

Italian Health Policy Brief

Anno X - N° 3 - 2020

Direttore Responsabile

Stefano Del Missier

Direttore Editoriale

Walter Gatti

Direttore Editoriale Altis

Marcello Portesi

Editore



ALTIS Omnia Pharma Service S.r.l.

Segreteria di Redazione

Ilaria Molteni

Tel. +39 02 49538303

info@altis-ops.it

www.altis-ops.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi quelli di traduzione in altre lingue. **Nota dell'Editore:** nonostante l'impegno messo nel compilare e controllare il contenuto di questa pubblicazione, l'Editore non sarà ritenuto responsabile di ogni eventuale utilizzo di questa pubblicazione nonché di eventuali errori, omissioni o inesattezze nella stessa. Ogni prodotto citato deve essere utilizzato in accordo con il Riassunto delle Caratteristiche di Prodotto (RPC) fornito dalle Case produttrici. L'eventuale uso dei nomi commerciali ha solamente l'obiettivo di identificare i prodotti e non implica suggerimento all'utilizzo.