

SALUTE,
BENE COMUNE.
UN BINOMIO POSSIBILE

A cura di Massimo Brunetti

Youcanprint

Titolo | Salute, bene comune. Un binomio possibile
Autore | Massimo Brunetti
ISBN | 979-12-22752-81-5

© 2024 - Tutti i diritti riservati all'Autore

Questa opera è pubblicata direttamente dall'Autore tramite la piattaforma di selfpublishing Youcanprint e possono essere usati i testi, citandone la fonte. Questa pubblicazione fa parte del progetto Illuminiamo la salute. Tutti i materiali dell'iniziativa sono disponibili alla pagina www.illuminiamolasalute.it. Per informazioni sul progetto è possibile scrivere a massimo.brunetti@gmail.com.

Eventuali ricavi derivanti dalla vendita di questo libro saranno devoluti al Gruppo Abele di Torino.

Youcanprint
Via Marco Biagi 6 - 73100 Lecce
www.youcanprint.it
info@youcanprint.it
Made by human

A Gianfranco Domenighetti e Ivan Cicconi, due maestri che ci hanno guidato in questi anni lungo i sentieri dell'integrità.

A Giovanni Bissoni, un politico illuminato che ci ha accompagnato sui temi del bene comune.

A coloro che hanno toccato con mano le debolezze del mondo della salute, affinché la vostra esperienza serva ad altri.

Ai professionisti/e che operano ogni giorno per il bene comune e delle comunità.

A coloro che vivono il bene comune come elemento di ben-essere delle loro comunità.

Indice

Prefazione	7
Luigi Ciotti e Anna Maria Petrini	
Introduzione.....	13
1. Un decalogo per l'integrità della salute	15
2. Illuminiamo la salute: un percorso per l'integrità della salute	23
Massimo Brunetti	
3. Mafia e sanità: la lezione delle aziende sanitarie sciolte per mafia	31
Nerina Dirindin, Chiara Rivoiro	
4. Il ruolo degli Ordini contro le mafie e corruzione e per l'integrità	41
Vincenza Rando	
5. La sanità e le vittime della mafia.....	45
Gigi Montana	
6. Mafia e sanità	51
Nando dalla Chiesa	
7. Comunicazione sulla salute, integrità e conflitti di interesse	55
Luca De Fiore	
8. Illuminiamo la salute: un'esperienza da proseguire	71
Vittorio de Micheli	
9. Il valore dell'affidabilità delle aziende sanitarie: la gestione integrata dei rischi	79
Giovanna Paggi, Andrea Vannucci	
10. L'integrità nelle professioni sanitarie italiane	83.
Michela Giannetti, Alessandro Beux	
11. Perché le mafie sono così interessate all'ambito veterinario.....	93
Eva Rigonat	

12. Ambiente e salute, una relazione sempre più importante.....	101
Massimo Brunetti	
13. L'integrazione multiprofessionale al servizio del bene comune	105
Cecilia Gallotti	
14. Il valore della trasparenza e delle comunità monitoranti.....	119
Leonardo Ferrante	
15. Il ruolo degli enti locali per il benessere delle persone	127
Nicola Leoni	
16. I farmaci nella salute mentale: un esempio negativo.....	131
Giuseppe Tibaldi	
17. Il ruolo delle aziende sanitarie per la salute delle persone	139
Mariella Martini	
18. La sanità in Calabria e la sfida di "UniRiMP"	147
Ennio Stamile	
19. Spazi etici come strumento di cambiamento	155
Massimo Di Rienzo, Andrea Ferrarini	
20. Essere dalla parte della paziente, cosa cambia	163
Maria Grazia Celani	
21. Criticità delle semplificazioni in materia di affidamenti adottate durante la pandemia.....	173
Dario Di Maria, Agnese Morelli	
22. La manipolazione della ricerca e dell'informazione scientifica .	179
Luca De Fiore, Gianfranco Domenighetti	
23. Il cavallo di Troia: appalti e project financing	197
Ivan Cicconi	
Ringraziamenti	205

Prefazione

Più di 10 anni fa abbiamo sentito la responsabilità di contribuire al bene comune con il progetto Illuminiamo la salute. Un progetto collettivo, che unisce i pensieri e le forze, perché collettivo è ciò che vuole difendere. Quando in gioco c'è il diritto di ognuno a veder tutelato il proprio benessere, tutti e tutte ci dobbiamo mettere in gioco.

Abbiamo voluto camminare insieme per imparare il coraggio di avere più coraggio. Per affrontare i bisogni e le speranze di tante persone, le loro fragilità e paure, così come le preoccupazioni di tante famiglie che non chiedono rassicurazioni generiche, ma un impegno su obiettivi concreti. E oggi c'è da fare un nuovo scatto, un nuovo investimento di forze, perché in questi 10 anni abbiamo purtroppo visto anche dei passi indietro.

Rispetto al tema della salute, la pietra angolare rimane l'articolo 32 della nostra Costituzione, che ne parla sia come diritto dell'individuo che come interesse della collettività. La pandemia da Covid19 ce lo ha dimostrato con particolare evidenza: la salute pubblica si fonda sulla promozione della salute dei singoli, a partire dai più fragili. Il benessere di ognuno è insomma affidato alla responsabilità di tutti.

Le leggi da sole non bastano a garantire i diritti fondamentali, e la Costituzione infatti è molto più di una legge, è un disegno di società. È un libro che contiene i fondamenti etici e culturali del nostro vivere comune. Per questo, oltre all'intelligenza nel fare buone leggi, chiama in causa la coscienza di ognuno nell'applicarle.

Oggi sempre più persone rinunciano alle diagnosi e ai trattamenti. Non sono in condizione di curarsi, di tutelare la propria salute e quella dei propri figli. Questo perché il concetto di Sanità pubblica si è degradato, vittima spesso di sprechi, illegalità e gestioni opache, ma anche di tagli che hanno sempre più favorito la sanità privata, accessibile soltanto a chi se lo può permettere.

Tutto questo non è accettabile. Come non possiamo accettare lo sfruttamento del lavoro nel campo delle professioni mediche, con personale sottoposto a turni estenuanti e alti livelli di stress: a rimetterci sono anche i pazienti.

Chi opera nella sanità e nel sociale ha un compito difficile e meraviglioso, quello di dare dignità alle persone anche a contatto con la malattia e la sofferenza. Per farlo, deve poter operare lui stesso in condizioni dignitose.

Serve allora un impegno a più livelli: di denuncia delle scelte politiche sbagliate, di monitoraggio nell'uso delle risorse, di affermazione della legalità. Non fermanoci alle intenzioni, ai «principi», ma trasformando le parole in fatti, le speranze in progetti, i bisogni in diritti.

d. Luigi Ciotti

Le organizzazioni sanitarie e sociali rappresentano le realtà esistenti più complesse. E per gestire questa complessità uno degli elementi da mettere in gioco è quello dei valori, sapendoli trasformare da parole astratte in azioni concrete per il bene delle persone e delle comunità. Sapendo che le nostre azioni quotidiane diventano strumenti di tutela dei diritti delle persone.

Mai come ora stiamo vivendo un periodo di crisi, che si sta trasformando sempre più in una normalità. Il nostro compito è quello di essere sempre più allenati e capaci ad affrontare questo stato di continua turbolenza, in cui lo scenario cambia da un momento all'altro. E dove risulta sempre più importante avere ben chiaro il cosa ci spinge nello svolgere il nostro compito, sia come singoli professionisti, sia come organizzazioni.

Un elemento sempre più importante è quello della integrazione di tante professionalità diverse. Elemento che passa dalla interazione e dalla conoscenza delle rispettive capacità e saperi. Volendolo rappresentare, possiamo pensare al prendersi cura del bisogno di una persona come al movimento dei remi delle barche del canottaggio. Dove solo un movimento sincrono da parte di tutti, porta al bene comune.

In questo lavoro si parla di gestione del rischio, che deve essere integrata, perché risulta fondamentale andare a lavorare sulle cause comuni dei rischi, andando alla radice dei problemi, per evitare che si ripresentino senza aver almeno provato a cambiare.

Sappiamo bene quanto nel quotidiano sia difficile avere la giusta attenzione a questi aspetti, ma solo partendo dai valori e trasformando i problemi in opportunità di miglioramento, la strada per il bene comune diventa possibile.

Anna Maria Petrini
Direttrice Generale
Azienda USL Modena

Introduzione

Queste pagine vogliono essere uno spazio in cui ritrovarsi a più di 10 anni dall'inizio del percorso di Illuminiamo la salute del 2012. Un modo per testimoniare la strada fatta insieme e voluta da Libera Associazioni, nomi e Numeri contro le mafie, Gruppo Abele, Coripe Piemonte e Avviso Pubblico.

Percorso iniziato dai dis-valori, corruzione e mafie nelle loro diverse accezioni che in questi anni in tante occasioni abbiamo toccato con mano. E che via via si è trasformato in un messaggio forte sul tema dei valori, del bene comune e della necessità di costruire spazi capaci di renderli esigibili, concreti nella vita di tutti i giorni, di cittadini, professionisti e istituzioni.

Questo libro è dedicato alle tante operatrici e operatori che lavorano nel mondo della salute, della sanità e del sociale, che amano il loro lavoro, mettendo al primo posto il bene delle persone, delle famiglie e delle comunità che chiedono loro un aiuto. E delle comunità che sono capaci di prendersi cura dei loro bisogni.

Queste sono pagine scritte da persone che amano e lottano per un sistema sanitario e sociale pubblico, sapendo che la sola ricerca del profitto in questi ambiti non porta nel lungo periodo al benessere delle persone e delle comunità. E il punto di inizio sono i valori di tutti coloro legati a questa realtà.

I veri autori di questo lavoro sono le tante persone che hanno contribuito al cammino di questi anni e anche di chi è andato avanti ed è ancora con noi, come Gianfranco Domenighetti e Ivan Cicconi di cui abbiamo voluto riportare le loro importanti parole.

Il nostro sogno è che questo “sentire” diventi virale, per un sistema sanitario e sociale al solo servizio del bene delle comunità. Un contagioso virus per il bene comune.

1. Un decalogo per l'integrità della salute

Nel dicembre 2012 veniva approvata in Italia la legge anti-corruzione 190, quella che ha esteso l'obbligo a tutte le Pubbliche Amministrazioni di attivarsi per fare prevenzione sul tema dell'integrità e della corruzione. Qualcosa è stato fatto, ma tutti sappiamo che si sarebbe potuto fare di più, in quanto troppo spesso la forma ha vinto sulla sostanza.

Abbiamo provato così a pensare ad un decalogo per una vera gestione dell'integrità all'interno delle aziende sanitarie e del mondo della salute. Elementi che ci possono accompagnare sulla strada del bene comune.

I. GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO

Il primo elemento da garantire per i cittadini è quello della sicurezza delle cure e dei percorsi attivati per prendersi cura dei bisogni delle persone. E questo va fatto attraverso un **sistema di gestione integrata del rischio**. In modo da collegare i diversi rischi e gli sforzi dei diversi gestori del rischio, che altrimenti lavorano a silos come spesso accade nelle grandi organizzazioni. E quindi si tratta di connettere temi diversi come il rischio clinico, la sicurezza dei dati, l'integrità, il tema ambientale, della sicurezza sul lavoro, e molti altri. Uno dei punti di partenza è il disporre di una **analisi del rischio** almeno annuale, andando ad evidenziare, per le direzioni aziendali e per tutti i portatori di interesse, i principali rischi e le misure messe in atto per contenerli. Questo presuppone **l'esistenza di un sistema di controlli interni**, che rappresenta, come dicono gli esperti di internal audit, il modo in cui una organizzazione si

accerta che i controlli siano svolti in modo efficace e, ove necessario, correre ai ripari. Non farlo corrisponde a non controllare mai la pressione dei pneumatici e aspettare che si forino. Analisi dei rischi e delle misure per contenerli che devono essere condivise con i cittadini e le istituzioni dei singoli territori. Questo da un lato metterebbe in luce il lavoro fatto su questo tema, rafforzando il tema della fiducia da parte dei cittadini, dall'altro potrebbe aiutare a superare in modo collettivo le eventuali criticità.

II. APPROPRIATEZZA

Una volta impostato il sistema di analisi dei rischi, viene naturale la necessità di lavorare in modo efficace sul **tema dell'appropriatezza**, che si lega al tema della **gestione dell'innovazione**. I dati della letteratura ci dicono che circa metà delle attività che si fanno in sanità non ha convincenti prove di efficacia e in questi casi l'innovazione rischia di non puntare al bene comune. E questo diventa un problema, soprattutto quando le risorse sono limitate. Questa consapevolezza deve spingerci a tutti i livelli a lavorare sull'appropriatezza, affidando questo tema il più possibile ai professionisti, con un lavoro dal basso e continuo nel tempo. Appropriatezza nei mondi classici dei farmaci e dei dispositivi, ma anche nei confronti dei fornitori dei servizi assistenziali privati, per fare sì che queste strutture lavorino in rete con tutto il sistema ed evitare la scelta dei soli pazienti "remunerativi". Tema che di conseguenza diventa di scelte politiche, anche nei confronti di fondi sanitari e assicurazioni private, dove il loro ruolo non può che restare di integrazione al SSN, se non vogliamo smantellare il sistema pubblico. Appropriatezza che diventa anche uno strumento per una maggiore equità del sistema.

III. VALORI E SENSO DELLE PROFESSIONI

La legge anticorruzione prevede che si faccia formazione su questi temi, ma nella maggior parte dei casi è di tipo adempitivo. Va invece messo in campo un lavoro costante di condivisione fra i professionisti sui temi dell'**etica e del senso del proprio agire quotidiano**. Questo passa anche attraverso un lavoro sulla **comunicazione interna ed esterna**, dove sono condivisi in modo chiaro e semplice i valori, gli obiettivi comuni e il loro livello di raggiungimento. Troppo spesso chi lavora in prima linea, così come i cittadini, non conosce il quadro complessivo. E si passa anche attraverso un impegno molto più forte sul tema del **benessere dei professionisti** per aumentare il senso di appartenenza, il portare quella maglia con orgoglio.

Tema dei valori che può e deve essere, come la nostra esperienza ci ha mostrato, **condiviso con gli Ordini professionali**, così come con le **organizzazioni sindacali**.

Così come è importante lavorare sul **tema della integrazione professionale**, per andare a incidere su eventuali rendite di posizione di pochi, che rischiano di mettere da parte il bene comune.

Altro ambito altrettanto importante parlando di valori è quello **universitario**, dove è necessario affrontare in modo più ampio questa tematica, meglio se in modo trasversale alle diverse discipline e non solo in specifici corsi dedicati.

Valori ed etica che passano anche dal ruolo che il **livello politico** esercita nei confronti del sistema sanitario e sociale. A tutti i livelli, da quello locale, regionale, nazionale e internazionale, come anche l'ultima pandemia ha messo in evidenza.

IV. CANALI PER IL MIGLIORAMENTO

Mettere a disposizione di tutti, professionisti e cittadini, **canali in cui raccogliere i possibili miglioramenti delle organizzazioni**. Spesso i professionisti, così come i cittadini, conoscono molto bene gli ambiti in cui sarebbero necessari piccoli o grandi cambiamenti. E sono anche in grado di suggerire i possibili interventi migliorativi: bisogna imparare a raccogliere le loro osservazioni e a evitare di considerarli intralci rispetto a decisioni prese altrove. Anche qui il lavoro dal basso diventa un momento essenziale di condivisione. Accanto a questi strumenti generali, vanno valorizzati i canali in cui segnalare chi non lavora per il bene comune, il cosiddetto **whistleblowing**. Strumento che diventerà realmente efficace solo quando chi segnala potrà contare su una vera tutela e su un beneficio reale come avviene in altre nazioni.

V. ANTIRICICLAGGIO

Lo strumento dell'**antiriciclaggio** è il **principale strumento che abbiamo contro le mafie**. È da lì che loro passano, ed è in questo modo che le risorse illegali diventano pulite. È dalla presenza di aziende che non dovrebbero essere sul mercato, che andiamo a creare problemi a tutti, in primis dal punto di vista della qualità di quello che appaltiamo.

Sappiamo bene che le mafie esistono e che dove ci sono interessi in gioco si presentano in forme sempre nuove. E dobbiamo essere pronti a questo.

VI. APPALTI – programmazione ed esecuzione

In tema di **appalti**, il problema più grande sono gli **errori in fase di progettazione delle procedure**. Dedichiamo troppo poco tempo a capire se quello che vogliamo realizzare o acquistare abbia un senso, così come nella **esecuzione dei contratti**. Così come il pensare che **accentrare le decisioni** sia per forza un bene: dipende da come lo facciamo, e soprattutto da quali meccanismi di acquisto creo nel mercato. Appalti accentrati che funzionano bene per beni semplici come i farmaci, sono invece meno efficaci per quelli complessi come i servizi, dove gli elementi in gioco sono molti, e dove si può allungare la catena di passaggi per arrivare alla azienda che erogherà il servizio. Un tipico esempio è quello delle manutenzioni, tema molto delicato per l'erogazione di servizi adeguati. E tutto questo incide anche sul tema dell'integrità degli stessi.

VII. RISORSE UMANE - la qualità dei dirigenti

In questo ambito il problema più grande riguarda **le capacità e l'integrità dei dirigenti**. Sappiamo quanti danni può fare una persona incapace, che dovrebbe coordinare altri, avere una visione sul futuro, pensare al bene comune e non al proprio tornaconto. La capacità di scegliere i dirigenti migliori è un elemento chiave per una buona organizzazione. Ed è un tema non solo del pubblico, ma anche del privato. E purtroppo nella selezione delle persone, non sempre è il merito il criterio usato, ma quello dell'appartenenza. Alla fine a rimetterci, oltre che i professionisti stessi, sono sempre i cittadini, sia direttamente per i danni diretti sulla loro salute, sia indirettamente non potendo contare su organizzazioni capaci di rispondere al meglio ai loro bisogni.

VIII. GESTIONE DELLA COMPLESSITA' E SEMPLIFICAZIONE DEI PROCESSI

Sappiamo che il sistema sanitario e sociale è uno dei sistemi organizzativi più complessi, mettendo insieme tanti elementi e portatori di interessi. Risulta importante quindi come organizzazioni e anche come singoli professionisti avere e condividere gli **strumenti per gestire la complessità**.

Tema che si lega a quello dei percorsi che sono il cuore di ogni organizzazione, pubblica e privata. E ancora troppo spesso sono un qualcosa scritto su carte che in pochi leggono con la giusta attenzione. Attraverso il sistema di gestione del rischio e dei controlli interni, è possibile lavorare in modo costante sui processi, andando a **semplificarli e migliorarli dove necessario**. Questo lavoro continuo consentirebbe anche di ribaltare l'accezione negativa del termine burocrazia, inteso come impedimento, rallentamento, opacità.

Semplificazione che ad esempio significa utilizzare maggiormente gli strumenti digitali. Questo consentirebbe di essere più efficienti e sostenibili e anche di avere una maggiore capacità ed efficacia nei controlli interni.

IX. RETI CON I CITTADINI E LE COMUNITA'

La possibilità di collaborare e fare **entrare nelle maglie organizzative delle aziende sanitarie persone che portano il punto di vista dei cittadini e della comunità**, al di là del rappresentare il massimo punto di trasparenza, è una grande occasione di ascolto vero della realtà e di confronto su quello che stiamo facendo. Anche strumenti come quello del monitoraggio civico sono importanti, soprattutto se riescono ad essere integrati con l'agire delle amministrazioni, dove possono produrre un cambiamento reale per il bene comune. Temi come

quello dell'appropriatezza, della sicurezza e della gestione del rischio, della programmazione ed esecuzione degli appalti, della definizione delle priorità della ricerca, della promozione della salute, sono tutti elementi che possono essere **condivisi con i cittadini**, consentendo una gestione più efficace e vicina ai bisogni delle persone. Anche in quello dei percorsi diagnostici e terapeutici, risulta importante coinvolgere i cittadini e le loro associazioni, sia nella fase della loro definizione, sia del monitoraggio.

X. RAFFORZARE LA FIDUCIA NEL SISTEMA

La fiducia è l'elemento centrale di un sistema sanitario e sociale. È importante rafforzare il senso di fiducia da parte dei professionisti e dei cittadini. Con questa ottica la **trasparenza diventa uno strumento fondamentale** da cui partire e non solo un mero adempimento formale. E condividere con tutti i problemi e le soluzioni, le scelte fatte e i risultati ottenuti, **valorizzando la tensione verso il bene comune**.

Fiducia che significa anche lavorare sul tema della **comunicazione e condivisione delle buone pratiche esistenti**, valorizzando i tanti professionisti che operano per il bene della comunità.

L'undicesimo...

XI. ISTITUIRE UNA CONSULTA NAZIONALE SULL'INTEGRITÀ DELLA SALUTE

Da quando nel 2012 è stata approvata la legge 190 anticorruzione molte amministrazioni hanno fatto molti sforzi per adempiere al dettato normativo. Anche ANAC ha fatto molto, ma tuttavia rimane la sensazione che spesso sia tutto troppo formale e non si riesca a incidere in modo significativo sul fenomeno.

Per favorire il diffondere delle buone pratiche e aiutare le realtà che hanno maggior bisogno da questo punto di vista, sarebbe utile creare una **consulta nazionale sul tema dell'integrità della salute**. Potrebbe essere coordinata da ANAC stessa, con il contributo delle Regioni e delle Associazioni di cittadini. La cosa importante è che diventi un luogo in cui le specificità del mondo della salute vengano affrontate, studiate e vengano valorizzate le migliori pratiche nel trasformare i problemi in opportunità di cambiamento.

Un decalogo per l'integrità della salute

- I. Gestione integrata del rischio
- II. Appropriatezza
- III. Valori e senso delle professioni
- IV. Canali per il miglioramento
- V. Antiriciclaggio
- VI. Appalti – programmazione ed esecuzione
- VII. Risorse umane – la qualità dei dirigenti
- VIII. Gestione complessità e semplificazione processi
- IX. Reti con i cittadini
- X. Rafforzare la fiducia nel sistema
- XI. *Istituire una consulta nazionale sull'integrità della salute*

2. Illuminiamo la salute: un percorso per l'integrità della salute

Massimo Brunetti

Azienda USL Modena – Illuminiamo la salute

A distanza di 10 anni da quando ci siamo incontrati per la prima volta per ragionare sul tema della salute, dei valori e dell'integrità proviamo a fare un bilancio delle cose realizzate nel progetto **Illuminiamo la salute**, promosso da Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte e Gruppo Abele. Insieme a migliaia di giovani, cittadini, operatori abbiamo riflettuto e lavorato sul tema della salute come bene comune, come valore fondante le nostre comunità.

Siamo partiti nel 2012 dalla considerazione che si affrontasse troppo poco il tema dei **dis-valori nel mondo della salute e della sanità**, corruzione e mafie nelle loro diverse accezioni che in questi anni in tante occasioni abbiamo toccato con mano. E dopo 10 anni ci siamo trovati a lavorare con convinzione sul tema dei **valori, del bene comune** e della necessità di costruire spazi capaci di renderli esigibili, concreti nella vita di tutti i giorni, di cittadini e professionisti. Il tema è troppo ampio per essere giocato solo in difesa, va affrontato in modo diretto, partendo dai valori e dal senso dell'agire professionale di tutti gli attori che ruotano attorno al tema del benessere delle persone.

Quindi certamente un grande lavoro sul tema del rischio, della sua gestione integrata e dell'attivazione di sistemi di controllo capaci di tenere monitorate le aree a rischio e le misure

per ridurre i possibili eventi negativi legati a questi. Dall'altro lato, la necessità di lavorare in modo convinto sul senso dell'agire dei professionisti e dell'esistenza stessa del servizio sanitario pubblico e quindi sui valori.

In questi 10 anni siamo stati spesso accompagnati dalle parole e dalle riflessioni di Luigi Ciotti, che possiamo riassumere in una frase: “non considerare l'etica delle professioni, ma **l'etica come professione**”. E questo è il messaggio profondo che portiamo con noi a distanza di 10 anni e che vogliamo continuare a sviluppare in futuro.

Sono tante le immagini di questi anni di impegno. Quelle dei **campi estivi di Estate Liberi**, spazi di riflessione collettiva con i giovani, di cui molti di loro già avevano o avrebbero di lì a poco fatto la scelta di dedicare la loro vita alla cura degli altri. E la cosa più bella è stato il rincontrarli in giro per l'Italia e ricondividere con loro come quelle riflessioni abbiano germogliato nelle loro vite di professionisti e cittadini che credono nella salute come bene comune.

Le immagini di quando a Palermo abbiamo incontrato per la prima volta i **veterinari** che in lacrime ci avrebbero aperto il mondo di una professione fondamentale per la salute delle persone. E di come questa potesse piegarsi al volere delle mafie e di chi usa la corruzione come strumento per esistere nella società. Da lì la scelta di essere parte civile nel processo che la magistratura di quella città avrebbe poi aperto per fare luce su quello che era successo in quegli anni, e le tante volte in cui anche noi abbiamo partecipato alle udienze non ancora finite. Percorso che Eva Rigonat ha saputo trasformare attraverso la

Libera Università dell'Autobiografia in un racconto che continua a girare per l'Italia "Veterinaria e mafie"¹, dove alcuni colleghi veterinari hanno raccontato le loro vicende di vita e le loro battaglie contro questi fenomeni.

Tanti gli incontri con i giovani universitari che si pongono il tema degli **interessi in gioco** nel mondo della salute, e di come il conflitto di interesse² possa minare il rapporto di fiducia che ogni cittadino ripone nel sistema e nei professionisti chiamati a prendersi cura dei bisogni, suoi e dei suoi cari. Proprio ora si è arrivati ad approvare una legge sul Sunshine Act, la norma che prevede una maggiore trasparenza dei finanziamenti che ogni professionista riceve dall'industria. Ma il compianto Gianfranco Domenighetti ci aveva già sottolineato dalle esperienze di altri paesi che già avevano percorso questa strada, che se quella soluzione non viene accompagnata da un cambio valoriale dei singoli e delle organizzazioni rimane un contenitore vuoto.

Rapporti con l'industria che si portano dietro il tema dell'**innovazione** e di come questa possa essere più o meno vicina ai bisogni reali delle persone. Ricordiamo gli incontri con gli operatori del settore, preoccupati dell'utilizzo di qualunque mezzo pur di arrivare a vendere i prodotti sul mercato. Con professionisti che perdono completamente il senso del proprio agire, non degni della fiducia che tutti riponiamo quando chiediamo aiuto per un bisogno di salute.

E in questi anni abbiamo percorso un pezzo di strada anche con chi ha denunciato in modo molto forte i **comportamenti**

¹ www.illuminiamolalasalute.it/veterinariaemafie

² Nerina Dirindin, Chiara Rivoiro, Luca De Fiore Conflitti d'interesse e salute Come industrie e istituzioni condizionano le scelte del medico Il Mulino Editore 2018

delle industrie, come Peter Goztche³ e di come quella denuncia molto pesante si stia trasformando ad esempio in un movimento importante che non guarda solo allo strumento del farmaco come unica soluzione ai problemi legati al benessere mentale⁴.

E abbiamo anche toccato con mano quanto il **mondo della comunicazione e della informazione** possa essere piegato a logiche che spesso si allontanano dal vedere la salute come bene comune, ma come fonte unicamente di profitto. E anche il fenomeno dei nuovi comunicatori, i cosiddetti influencer, mette bene in luce questo fenomeno come l'OMS ha evidenziato ad esempio sui lattini artificiali nell'infanzia⁵ o del fumo e alcol nei giovani.

In questi anni abbiamo accompagnato tante **aziende sanitarie** nel provare ad affrontare questi temi e a dare un senso a quanto prevede la normativa in termini di piani anticorruzione. Che rimangono carte inutili se non diventano occasioni di riflessione per migliorarsi e per mantenere alta la fiducia dei cittadini. E la strada è certamente quella di affrontare il tema in modo integrato con gli altri rischi legati al mondo della salute. E la pandemia stessa ci ha messo bene in evidenza quanto i diversi rischi siano tutti collegati fra loro, e uno dei legami può essere la capacità di trasformarli in occasioni di migliona-

³ *Medicine letali e crimine organizzato*. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario di Goztche, Peter C Giovanni Fioriti Editore 2016

⁴ Giuseppe Tibaldi *Storie di guarigione* Editore Mimesis 2020

⁵ www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=104393

mento. E abbiamo visto come le mafie si siano dimostrate capaci di cogliere in modo molto veloce questa grande occasione.⁶

Parlando di aziende sanitarie abbiamo toccato con mano le tante trasformazioni che queste hanno avuto negli anni e abbiamo avuto l'occasione di studiare a fondo i casi di **scioglimento per infiltrazioni mafiose**.⁷ Dei manuali perfetti di disorganizzazione, di dis-valori e di come il benessere delle persone possa essere vissuto non come elemento fondante una comunità. Aziende sanitarie che sono “organismi” estremamente complessi, dove i direttori generali sono chiamati a guidarle e a rapportarsi con la politica. Il maiuscolo o il minuscolo di questa parola, sta proprio nel tipo di esercizio che viene fatto da chi ha ricevuto i voti dei cittadini. Nel pretendere o meno scelte e azioni che nulla hanno a che vedere con il bene comune. E il percorso fatto con gli **amministratori locali** in questi anni ci ha mostrato molti esempi virtuosi di comunità che si impegnano per il bene comune.

E siamo felici di essere parte di un simbolo da tanti punti di vista, che è l'**Università della memoria e dell'impegno di Limbadi**⁸, nata su un bene confiscato ad una famiglia di 'ndrangheta con l'idea di creare un luogo di crescita e di scambio con i professionisti e con i cittadini, proprio in una regione dove i diritti vengono troppo spesso calpestati.

Un altro tema affrontato in questi anni è stato quello delle **dipendenze e dell'ambiente**. Dipendenze patologiche come risposta alle emozioni da parte dei singoli e dove industrie e mafie gestiscono il commercio legato a queste. Si pensi al tema

⁶ La tempesta perfetta – Libera e La via Libera 2020

⁷ Mafia e sanità –Relazione Commissione Parlamentare Antimafia 2019 – disponibile alla pagina www.illuminiamolasalute.it/perapprofondire/

⁸ www.unirimi.it

del fumo, dell'alcol, delle sostanze, del gioco, del sesso e altre ancora. E dove la risposta più importante è quella dell'educazione alle emozioni, che non può che avvenire a partire dalle famiglie e dalle scuole.

E abbiamo anche affrontato il tema del **doping nello sport e nella vita quotidiana** restando accanto a Sandro Donati e alla sua battaglia per poter avere un mondo sportivo lontano da interessi che vanno a falsare completamente il suo reale spirito.⁹

E anche sul **tema ambientale**, dove le mafie si mettono al servizio di imprenditori il cui unico scopo è il profitto di breve termine, senza guardare al bene futuro delle comunità. Tema che tocca il mondo nella sua interezza, ricordando ad esempio le storie di Ilaria Alpi e Miran Hrovatin, uccisi perché indagavano sui traffici di rifiuti e di armi con i paesi africani.

Le figure di questi due giornalisti uccisi per la verità, ci riporta ai tanti momenti in cui abbiamo fatto **memoria** dei tanti professionisti uccisi per il bene comune e la salute delle loro comunità.¹⁰ Esempi di chi crede fino in fondo che un cambiamento sia possibile. E in questi anni abbiamo toccato con mano i tanti operatori, non uccisi fisicamente, ma ammazzati come professionisti e messi da parte perché scomodi.

E abbiamo imparato come il **ruolo dei cittadini** nel percorso verso il bene comune sia fondamentale. Il grande lavoro che si sta continuando a fare sulla cittadinanza monitorante con il progetto Common, anche sui temi della salute, è una grande palestra per far crescere la consapevolezza del bene comune e per abituarci alla bellezza come obiettivo di tutti. Cittadini e associazioni che essi stessi diventano oggetto di chi vuole portare avanti interessi ristretti e non della comunità.

⁹ Sandro Donati Lo sport del doping Edizioni Gruppo Abele 2013

¹⁰ www.illuminiamolalasalute.it/memoria

In questo cammino ci siamo sempre più convinti che i **professionisti e gli ordini professionali** debbano avere un ruolo primario. In questi anni abbiamo lavorato con diversi ordini professionali, che ci hanno portato a costruire il progetto ETI-CARE¹¹, con la Federazione Nazionale TSRM e PSTRP. Eticare che vuole avere come obiettivo quello di trasformare un sostantivo in un verbo, per trasformare i valori in azioni concrete, che danno un senso alla vita professionale degli operatori e risposte e fiducia ai cittadini. E le risposte che abbiamo dai professionisti ci rafforzano nel pensare che questa sia la strada futura, per seguire quello che Luigi Ciotti ci diceva, etica come professione.

Così come importante per rafforzare l'integrità e i valori del sistema è il **ruolo dei sindacati**, con cui in diverse occasioni abbiamo collaborato.

Prevenire è meglio che curare. Da questo punto di vista per il futuro dobbiamo lavorare molto di più anche sul tema della prevenzione e della promozione della salute. Se l'obiettivo per tutti è quello di muoverci mezzora al giorno per stare bene, usiamo sempre più questo stimolo per tornare a ricondividere tutti insieme il senso della salute come bene comune e delle comunità. Mettendo in movimento i nostri corpi e il nostro spirito.

In questo lungo percorso sono state quindi tante le occasioni di riflessione e di condivisione dei **valori e del senso del prendersi cura** dei bisogni delle persone e delle comunità, e questo è quello che vogliamo lasciare in eredità per i giovani che entrano nel sistema sanitario e sociale.

¹¹ www.tsrn.org/index.php/progetto-eticare

3. Mafia e sanità: la lezione delle aziende sanitarie sciolte per mafia

Nerina Dirindin^o, Chiara Rivoiro^{oo}

^oUniversità degli Studi di Torino e CORIPE Piemonte

^{oo}Istituto Ricerche Socio Economiche del Piemonte

In queste pagine affrontiamo il tema delle mafie nel sistema sanitario così come le abbiamo studiate e presentate nel 2018 per la Commissione Parlamentare Antimafia.

Con l'obiettivo di produrre un'analisi delle criticità presenti nel servizio sanitario nazionale connesse ai condizionamenti e alle infiltrazioni della criminalità organizzata, nel 2014 la Commissione antimafia si è avvalsa della collaborazione di un gruppo di ricercatori ed esperti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e del Consorzio per la ricerca e l'istruzione permanente in Economia dell'Università di Torino e dell'Università del Piemonte Orientale (CORIPE Piemonte).

Nell'aprile 2015 è stato prodotto un primo rapporto a partire dall'esame della documentazione relativa alle aziende sanitarie oggetto di scioglimento per infiltrazione della criminalità organizzata. L'analisi è stata svolta attraverso l'esame delle relazioni finali delle commissioni di accesso e delle relazioni delle gestioni commissariali. Il gruppo di lavoro si è avvalso delle informazioni disponibili nei documenti ufficiali contenenti elementi sui legami fra mafia e sanità, oltre che della specifica letteratura. Il rapporto ha analizzato gli elementi delle commissioni di accesso e/o commissariamento dell'Azienda sanitaria locale Napoli 4, Locri 9, ex Azienda Reggio Calabria

11, ex Azienda Palmi 10, ASP 5 di Reggio Calabria, Vibo Valentia, azienda ospedaliera “Sant’Anna e San Sebastiano” di Caserta.

A distanza di quattro anni questo testo è ancora attuale, tenendo conto che da allora altre aziende sanitarie calabresi sono state ancora sciolte per mafia.

Mafia e sanità

La sanità è uno dei settori della pubblica amministrazione più importanti e quindi più esposti al rischio di attenzioni e condizionamenti da parte della criminalità organizzata in ragione di un insieme di specificità che sono fisiologiche al settore stesso e che inevitabilmente la rendono di particolare interesse per le organizzazioni criminali. La sanità è oggetto di particolare interesse per la criminalità perché:

- è un settore che gestisce ingenti risorse economiche e in quanto tale può essere terreno anche di operazioni di varia natura (dal riciclaggio di denaro all’aumento del giro di affari, dallo sbocco occupazionale al controllo dei territori);
- i clan hanno bisogno di strutture in grado di garantire l’assistenza sanitaria ai propri affiliati in condizioni di particolare riservatezza e hanno necessità di professionisti in grado di fornire perizie mediche compiacenti;
- le organizzazioni mafiose hanno bisogno di instaurare rapporti con ambienti in grado di facilitare il collegamento con settori importanti dell’apparato statale e della politica, di cui necessitano per proteggere ed allargare i loro interessi.

La cattiva amministrazione è causa ed effetto delle infiltrazioni criminali

La cattiva gestione non è solo effetto dell'incapacità e dell'inefficienza della macchina amministrativa, ma è anche il risvolto della presenza di interessi illeciti nella vita dell'azienda, i quali trovano nella cattiva gestione terreno fertile per attecchire e crescere, come dimostra la presenza in alcune aziende sanitarie di personale dipendente autore di reati contro la pubblica amministrazione e al contempo appartenente alle organizzazioni criminali, in particolare nei casi di aziende sciolte per infiltrazioni mafiose.

Disordine amministrativo, mancanza di atti regolamentari, instabilità dei vertici, assenza di meritocrazia, abnorme contenzioso legale, bassa qualificazione professionale, dimensione dei debiti fuori bilancio, sono tutti fenomeni che possono essere considerati indicatori di inefficienza e al contempo di grave rischio di infiltrazioni criminali.

“Fare buona amministrazione ordinaria” è una delle condizioni fondamentali anche per prevenire e contrastare l'illegalità e la criminalità anche nel settore sanitario. Più in generale, un importante punto di debolezza delle amministrazioni sanitarie – che pure si possono considerare per molti aspetti all'avanguardia rispetto al resto della pubblica amministrazione – è il crescente impoverimento della qualità del personale sotto il profilo dimensionale, professionale e motivazionale.

Le esternalizzazioni creano spazi di mercato per le organizzazioni criminali

Un ulteriore elemento di debolezza è la diffusa tendenza ad avvalersi per la gran parte dei servizi di fornitori esterni. L'esternalizzazione di servizi costituisce una soluzione di grande interesse per la criminalità organizzata e per l'illegalità,

perché crea spazi per infiltrazioni e condizionamenti per i clan e per la cattiva politica.

L'esternalizzazione è di per sé un semplice fattore di rischio, ma è innegabile che molti degli accordi a danno della sanità pubblica messi in atto dalle organizzazioni criminali, con la collaborazione diretta o implicita della politica e dell'amministrazione sanitaria, hanno riguardato i servizi esternalizzati: raccolta e smaltimenti rifiuti, preparazione e distribuzione pasti, pulizia, vigilanza, lavanolo, centri unificati di prenotazione, elaborazione stipendi, *morgue*, ecc.

Sotto questo profilo la scelta di imporre importanti restrizioni al personale dipendente ha avuto come conseguenza non solo la privatizzazione dei servizi ma anche la creazione di nuovi mercati per le organizzazioni che prosperano grazie alla contiguità fra interessi mafiosi, politica legata agli affari, lavoro sottopagato e cattiva amministrazione. E nella fornitura di servizi l'imprenditoria vincente è quella di chi unisce alla forza del capitale la capacità di intimidazione, anche nei rapporti negoziali con le pubbliche amministrazioni.

Un importante punto di attacco del sistema: il personale

Pur escludendo i casi estremi come quello dell'ASL di Palmi dove, nel 2007, il 20% del personale dipendente era segnalato nelle banche dati delle forze di polizia o aveva pregiudizi di carattere penale, compresa l'appartenenza a organizzazioni criminali di tipo mafioso o l'imputazione o la condanna per reati contro la pubblica amministrazione, il livello di integrità del personale che opera all'interno della sanità è elemento fondamentale per contrastare i rischi di condizionamento.

Proprio per questo i clan considerano il personale un importante "punto di attacco" del sistema, attraverso il quale possono preconstituirsì la disponibilità di figure "di fiducia" in grado di fornire informazioni, coperture e accomodamenti; ciò

può avvenire attraverso il diretto inserimento di personale affiliato o comunque vicino ai clan, oppure attraverso il condizionamento di personale già presente nell'azienda.

La casistica è molto varia e comprende sia persone con limitata qualificazione e posizioni di minor rilievo, sia figure di elevata professionalità e ruoli decisionali; all'interno degli apparati pubblici appaiono, inoltre, in aumento i casi di rapporti – indiretti ma determinanti – della malavita con posizioni insospettabili di vertice. L'attenzione delle mafie al sistema di reclutamento del personale sanitario può arrivare a livelli di sofisticazioni tali da prevedere il coinvolgimento degli atenei che devono garantire la laurea ad affiliati “all'uopo” selezionati.

Il vorticoso avvicendamento dei vertici aziendali

L'ingerenza della criminalità nel personale della sanità riguarda anche i vertici delle aziende, ovvero gli incarichi conferiti dagli organi politici, gli incarichi apicali di natura strettamente fiduciaria e i responsabili di strutture complesse e semplici.

Con riguardo ai direttori generali, un elemento presente in alcune aziende condizionate dalla criminalità organizzata è il vorticoso avvicendamento degli stessi: i direttori generali restano in carica spesso meno di un anno, rendendo difficoltosa l'individuazione di responsabilità agli occhi della società civile e degli inquirenti. In Calabria i direttori generali restano mediamente in carica circa un anno e mezzo, contro gli oltre otto della provincia di Bolzano.

La permeabilità delle amministrazioni locali e il rischio di infiltrazione nelle aziende sanitarie

La criminalità organizzata è strettamente legata a tutte le forme di corruzione, compresa quella della politica. Essa considera la politica un importante interlocutore non solo per le funzioni che essa svolge nel settore sanitario – programma gli investimenti, disciplina i rapporti con le strutture private, assegna budget, eccetera – ma anche per il ruolo che svolge in ambiti non sanitari, che costituiscono importanti terreni di affari e di potere per le mafie.

La criminalità ha, quindi, bisogno di instaurare rapporti con la politica e la sanità costituisce un buon terreno per creare tali collegamenti. In cambio i clan offrono consenso elettorale, reti di relazioni e finanziamenti occulti. Nella gran parte dei casi di illegalità si osserva infatti un forte intreccio fra i boss della criminalità organizzata e i vertici politici delle istituzioni territoriali (dalla Calabria alla Lombardia). I territori di competenza delle aziende sanitarie oggetto di indagine e scioglimento per infiltrazioni della criminalità organizzata sono spesso caratterizzati dalla presenza di più consigli comunali sciolti per condizionamento mafioso, ad esempio al momento dell'accesso all'ASL Napoli 4 erano già stati sciolti ben 12 comuni su 35).

I contratti di acquisto di beni e servizi

Particolare attenzione merita l'esame dei problemi connessi ai contratti di acquisto di beni e servizi. I fenomeni patologici possono intervenire nella fase di scelta del contraente; nella fase di esecuzione del contratto, fase fondamentale che richiede grande cura e su cui troppo si è abbassata la guardia (mancanza di controlli sulla prestazione, accondiscendenza allo sfioramento della spesa, doppia e tripla fatturazione, nuovi accordi definiti per il tramite delle cosiddette “transazioni” che

consentono di evidenziare vizi originari, eccetera); nella scelta della tipologia del contratto.

La presenza all'interno delle aziende sanitarie di personale "di fiducia" delle organizzazioni criminali è fondamentale per perseguire questi scopi illeciti. Nelle realtà esaminate in dettaglio, le pratiche più frequentemente osservate sono la predisposizione di capitolati su misura per favorire determinate imprese; l'abuso di proroghe e rinnovi, anche per molti anni; la mancata richiesta o acquisizione delle informazioni antimafia sul conto delle ditte contraenti; la nomina di commissioni giudicatrici compiacenti; il conflitto di interesse nella valutazione delle offerte; gli accordi tra i possibili concorrenti; i criteri di selezione e di valutazione eccessivamente duttili e oscuri; il frazionamento delle forniture per aggirare le soglie previste dalla normativa comunitaria; l'inadeguato controllo dei servizi e delle forniture rese in adempimento del contratto.

Le debolezze del processo di accreditamento

L'accREDITAMENTO delle strutture, in particolare in relazione a quelle private, è uno dei settori più intensamente interessati dai condizionamenti della criminalità organizzata, come dimostrano tutti i documenti delle aziende sanitarie commissariate per infiltrazioni mafiose, nonché molti casi di corruzione. In generale, tutte le fasi che portano all'accREDITAMENTO e agli accordi contrattuali sembrano carenti dal punto di vista della trasparenza e della disciplina regionale; difficoltà si sono osservate in relazione all'eccesso di tecnicità e di dettaglio dei requisiti richiesti, facilitando così il mancato rilevamento degli abusi.

È stato osservato un abuso degli spazi di discrezionalità nella scelta dei soggetti erogatori; un diffuso, sistematico e ingente sfioramento dei tetti di spesa da cui originano consistenti disavanzi; la presenza fra i soci delle strutture private di soggetti

coinvolti in procedimenti penali per gravi reati, tra cui imputazioni di associazione mafiosa; la commistione fra sanità, criminalità organizzata e politica; la difficoltà a ricostruire l'esistenza dei contratti di fornitura e più in generale una frequente assenza o carenza dei contratti.

A questo si aggiunga che spesso i controlli *in loco* sono deboli e non sistematici; gli accertamenti ai fini dell'accreditamento definitivo sono carenti; la stipula degli accordi contrattuali è spesso tardiva e insufficiente nelle caratteristiche sostanziali, risentendo delle debolezze delle amministrazioni sanitarie rispetto agli erogatori privati.

L'assistenza socio-sanitaria e le politiche sociali

Il settore socio-sanitario e il settore socioassistenziale non sono immuni dai fenomeni di condizionamento della criminalità. Si tratta di settori con caratteristiche in parte diverse da quello sanitario, ma profondamente contigui non solo nell'ambito delle politiche di tutela della salute ma anche negli interessi delle organizzazioni criminali.

Tali settori sono contraddistinti da alta intensità di lavoro (operano, cioè, grazie a un elevato apporto di personale, spesso a rischio di intermediazione e con livelli di specializzazione mediamente meno complessi), da bassi livelli di regolamentazione (delle caratteristiche strutturali, delle attività e prestazioni da garantire, delle figure professionali coinvolte e della loro specifica formazione) e da inadeguati sistemi di valutazione e verifica della qualità dei servizi erogati (mancando parametri e *standard* di riferimento).

Le infiltrazioni delle mafie nel mercato dei medicinali

Un settore di crescente interesse per le mafie è quello farmaceutico: traffico di medicinali – in particolare di quelli molto costosi o il cui utilizzo è sottoposto a specifica disciplina –,

vendita *on-line*, contraffazione, furti di farmaci e loro successiva manipolazione, false documentazioni per farmaci contraffatti da introdurre sul mercato. Il fenomeno riguarda tutti i prodotti: di marca e generici, consolidati e innovativi, compresi farmaci molto costosi e pertanto di maggior interesse per la criminalità. In Italia i casi osservati sono ancora relativamente pochi, ma i furti negli ospedali risultano in preoccupante crescita.

Una normativa imponente, solo parzialmente efficace

La normativa antimafia, rilevante e sofisticata, è sistematicamente disattesa proprio in quelle realtà più esposte ai condizionamenti di tipo mafioso, come dimostrano i casi delle aziende sanitarie sciolte per infiltrazioni mafiose nelle quali i controlli risultano essere stati eseguiti solo quando ordinati dal prefetto in occasione del commissariamento dell'azienda, o come provano i numerosi casi di affidamenti a società gravate da interdittive antimafia.

Pare opportuno prevedere che a fianco dei piani di rientro dal disavanzo siano introdotti dei piani di rientro nella legalità, individuando specifici strumenti di affiancamento, formazione e sostegno di tutti i settori della sanità; definire obiettivi di analisi e gestione dei fattori di rischio; favorire il confronto e il trasferimento delle esperienze, nella consapevolezza che il recupero di adeguati livelli di integrità migliori le condizioni di lavoro degli operatori. Specifica attenzione dovrebbe essere riservata alla necessità di evitare che l'affiancamento si traduca in una mera sostituzione del sistema di *governance* regionale.

4. Il ruolo degli Ordini contro le mafie e corruzione e per l'integrità

Vincenza Rando

Avvocato

La mafia ha sempre cercato relazioni e rapporti con il mondo della sanità. Il primo mafioso della cosca di Corleone fu Michele Navarra, medico con diversi ruoli, medico condotto nel 1931 e l'anno seguente caporeparto di medicina interna dell'Ospedale dei Bianchi di Corleone. Fu lui il mandante dell'omicidio di Placido Rizzotto e del piccolo Giuseppe Letizia.

Un altro che vogliamo ricordare a distanza di quasi un secolo è Giuseppe Guttadauro, chirurgo, appartenente a Cosa Nostra, fratello del cognato di Matteo Messina Denaro. La sua storia è molto lunga e rappresenta bene il rapporto fra la criminalità, il mondo della sanità e della politica.

Due episodi dei tanti, perché le mafie hanno sempre usato la sanità come terreno in cui costruire e gestire il loro potere, su cui costruire anche il consenso.

E gli ordini professionali possono e devono essere custodi del patto di fedeltà e onore che i professionisti si assumono quando decidono di stare al servizio del Paese, esercitando la professione. Oggi più che mai quel patto è insidiato dalle mafie che hanno necessità di servirsi delle professioni.

Nel nostro Paese spesso è mancata la consapevolezza che i professionisti potessero essere strumento per le mafie e di esserlo in quanto professioni, spesso invece vi sono state chiare connivenze e collusioni per vantaggi reciproci. L'esperienza di tantissimi processi penali mette in evidenza come i professionisti possano essere attori non solo di collusioni e connivenze

consapevoli con le mafie e il malaffare, ma anche di servitori inconsapevoli, come spesso sono, di appartenere a quella zona grigia delle infiltrazioni che usano le professioni senza nemmeno il bisogno di corromperle.

Queste situazioni indeboliscono l'etica della professione e una professione debole è più soggetta ad intrecciare relazioni perverse e collusive e corruttive con le mafie. È importante quindi il ruolo degli Ordini professionali, perché devono stare sempre dalla parte dei professionisti perbene che hanno il coraggio di opporsi a qualsiasi richiesta corruttiva o mafiosa e anzi il coraggio di denunciare. I professionisti che sanno stare dalla parte della legalità e con dignità affermano il principio di fedeltà e di onore della professione.

Gli Ordini Professionali hanno un ruolo decisivo per organizzare il coraggio di chi non si deve sentire solo e che spesso non sa a chi raccontare quanto è venuto a conoscenza, anche solo come semplice sensazione, che se denunciato le autorità giudiziarie potrebbero anche scovare condotte criminali. Gli Ordini devono sapere ascoltare i professionisti e devono accompagnarli, in caso di denunce, e non devono mai lasciarli soli.

Le esperienze di ascolto ci raccontano, al di là dei contenuti del racconto, cosa può accadere ad una professione e quali sono i meccanismi che innescano azioni volte ad indebolirla, e dimostrano come l'accoglienza dell'ascolto, nel generare solidarietà umana, rigenera il coraggio di chi non si sente più solo.

Compito degli Ordini è non lasciare mai soli i professionisti e dare gli strumenti per rompere l'omertà, che non sempre è mafiosa, e che crea quella complicità che potrebbe portare anche a dare un contributo al malaffare e che non può essere giustificata dalla solitudine del professionista.

Ancora compito degli Ordini è anche quello di attingere a quel sapere per ricreare la consapevolezza etica della responsabilità della professione. Le professioni si devono chiedere in

ogni loro azione quando stanno esercitando il loro ruolo, applicando le loro conoscenze laddove sono a tutela del bene del paese e quando invece stanno obbedendo agli ordini di un corruttore.

Devono avere gli strumenti per riconoscere le situazioni e affermare con forza che la tecnica del loro esercitare appartiene a loro e non svendersi mai togliendo forza e resistenza a questo Paese.

Il sistema ordinistico deve arrivare nei luoghi di formazione dei giovani, le università in cui non si insegna più l'Etica della responsabilità ma solo ad esercitare una professione. E gli Ordini devono lavorare affinché venga trasmesso questo sapere anche ai giovani professionisti che devono guardare non solo alla professione, ma anche oltre, essendo cittadini responsabili.

Le mafie hanno sempre tentato di intrecciare relazioni con i professionisti e la maggioranza di loro ha avuto il coraggio di opporsi. I pochi che hanno intrecciato relazioni con le mafie danneggiano la professione perché offendono la reputazione e la dignità del professionista. In questo caso è anche importante che gli stessi Ordini professionali debbano sentirsi danneggiati dai professionisti collusi e conniventi e devono stare accanto sempre a coloro che invece denunciano. Gli Ordini dovrebbero costituirsi parte civile per richiedere i danni alla reputazione e all'immagine dei professionisti contro coloro che invece commettono reati.

In tema di diritto alla salute è ancora più urgente che gli stessi Ordini possano anche aiutare le aziende sanitarie a stare accanto ai professionisti che guardano e valorizzano la sanità pubblica. Le aziende sanitarie devono sempre più far vivere i piani anticorruzione e non farli diventare solo strumenti burocratici. Il bene comune salute dipende tanto dalla capacità de-

gli Ordini Professionale di valorizzare la dignità dei professionisti e di denunciare invece coloro che danneggiano e che offendono il bene comune salute e benessere dell'umanità.

5. La sanità e le vittime della mafia

Gigi Montana

Medico

Trasformare il dolore in impegno è l'imperativo categorico di noi familiari che ci riconosciamo in Libera, e che ogni 21 marzo leggiamo ad alta voce i 1031 nomi delle vittime innocenti delle mafie per la Giornata della Memoria e dell'Impegno.

Illuminiamo la Salute ha rappresentato per me un'occasione per trasformare il mio dolore privato in un momento di costruzione di una memoria collettiva e la promessa di impegno non poteva certamente prescindere dalla mia attività che svolgevo come medico del servizio pubblico.

In questi 10 anni Illuminiamo la Salute ha rappresentato l'occasione per condividere le criticità dell'ambiente sanitario, delle sue contraddizioni e della sua forte esposizione al sistema mafioso e corruttivo, con tanti operatori del settore che vivevano il mio stesso disagio.

Queste occasioni di confronto sono state importanti anche perché ti fanno capire che non sei solo e che è possibile cambiare. Voglio dedicare questa breve riflessione a Paolo Giaccone il medico legale ucciso quaranta anni fa l'11 agosto del 1982 a Palermo davanti l'istituto di medicina legale dove insegnava e che oggi è a lui dedicato, per non aver voluto alterare i risultati di una perizia sull'impronta digitale di Giuseppe Marchese boss mafioso della cosca di Corso dei Mille. L'esecutore materiale, Salvatore Rotolo, fu catturato da mio fratello, il commissario Beppe Montana dirigente della sezione catturandi della squadra mobile di Palermo ucciso da cosa nostra il 28 luglio 1985. Giaccone è stato ed è un esempio di etica professionale, un uomo

innamorato della vita e che fu anche presidente dell'AVIS regionale.

Sono tanti i nomi degli operatori sanitari che leggiamo ogni 21 marzo, uccisi dalla mafia: Vincenzo Macri, Giuseppe Gulli, Sebastiano Bosio, Emanuela Setti Carraro, Antonio De Rosa, Giuseppe Mascolo, Girolamo Marino, Giuseppe Montalbano, Nicola Soverino, Pasquale Malgeri, Domenico Nicolo' Pandolfo, Gennaro Falco, Pierantoni Sandri, Giulio Castellino, Luigi Iuculano, Attilio Manca, Mario Costabile, Salvatore Zangara (Per conoscere le storie www.vivi.libera.it).

È intollerabile che nel nostro paese chi ha svolto la professione con onestà intellettuale abbia pagato con la vita, è doveroso ricordarle per quanti ancora oggi subiscono i condizionamenti, più o meno espliciti degli ambienti mafiosi, ma non hanno la forza di rifiutarli.

L'espandersi delle mafie e della corruzione nel mondo della sanità è stato accertato dalle inchieste della magistratura con condanne passate in giudicato per boss di primo livello, perfino capi mandamento, arrivati a raggiungere il ruolo di primari e di deputati regionali. Così come preoccupante appare il numero delle applicazioni di misure di prevenzione sullo scioglimento di numerose aziende sanitarie locali.

La cattiva politica ha sempre considerato il mondo della sanità come uno strumento per alterare il libero consenso dei cittadini aprendo in tal modo alle infiltrazioni del malaffare. Spesso nel dibattito politico si discute solo sulla scelta del nome dell'assessore alla sanità, mettendo in secondo piano i programmi delle politiche sanitarie, con un'unica dichiarazione pubblica sul ricorso a soggetti privati per l'eliminazione delle liste d'attesa, aprendo ulteriori opportunità alle infiltrazioni dei corruttori e della criminalità organizzata, le quali hanno sempre saputo avvantaggiarsi dalle situazioni emergenziali e dalle privatizzazioni

dei servizi, continuando a penalizzare il ruolo del servizio sanitario pubblico.

Ricordiamo che le risorse per la sanità incidono in modo importante sui bilanci regionali. Corrottori e mafie esprimono la loro capacità di mediazione e condizionamento sin dalla scelta di edilizia sanitaria: come e dove costruire, nell'individuazione dei terreni da espropriare, nel condizionamento delle varianti ai piani regolatori, nella scelta delle imprese, nelle forniture, nei servizi, nel business dei rifiuti speciali, nelle convenzioni con le strutture private, nel settore farmaceutico (contraffazioni e furti nelle farmacie ospedaliere), nei processi di esternalizzazione dei servizi che determinano una via facilitata alle infiltrazioni mafiose nel nome teorico di efficienza e risparmio.

Un controllo capillare quindi che va dalla nascita delle strutture sanitarie, erogazioni dei servizi sino ad arrivare alla gestione dei servizi delle pompe funebri. Senza dimenticare come per la mafia i buoni rapporti con il mondo medico consentono di poter ricevere favori, saltare le liste d'attese e quindi favorire il consenso sociale. I medici possono essere utilizzati dai latitanti, possono essere disponibile a scrivere perizie non imparziali, o a fornire certificati non veritieri.

Nella storia della mia città ricordo che per lungo tempo è stato ospite di un grande ospedale cittadino un importante boss perché ritenuto incompatibile con il regime carcerario. Durante la degenza in ospedale scampa miracolosamente ad un attentato e alcuni giorni dopo si fa montare una porta blindata senza chiedere alcuna autorizzazione e senza che nessuno si accorga di nulla. Qualche giorno prima di essere trasferito in un centro clinico del Nord Italia è evaso.

È amaro vedere che chi nel passato ha malamente gestito le risorse pubbliche ed è stato politicamente responsabile della cattiva qualità del servizio sanitario nei nostri territori, continua ad essere un punto di riferimento politico. Non posso non pensare

alle vicende dell'ex presidente della regione Totò Cuffaro, condannato con sentenza passato in giudicato che, dopo aver scontato per intero la pena, continua a rimanere un punto di riferimento di alcuni partiti politici. Ritengo legittimo il suo desiderio di proseguire a fare politica.

Mi stupisce l'ascolto che trova in settori della politica e della società. Mi viene difficile capire come si possa nella nostra terra indignarsi per la violenza mafiosa e per gli ambienti che sono collusi con la mafia e non praticare nelle scelte concrete questa indignazione.

Per 25 anni ho lavorato in una cardiologia ove si erogavano prestazioni di alta specializzazione e a partire da questo condimento alcune riflessioni: in molti operatori sanitari è presente un'etica della professione, nella dimensione del rapporto tra medico e paziente, ma questa viene spesso meno ed è ostacolata dal contesto organizzativo che non favorisce una riflessione comune sul ruolo dell'operatore sanitario, non si affrontano i temi legati ai dilemmi etici e il malessere dei singoli non trova spazi di discussione. La cura nei grandi anziani, o nei pazienti con scarsa aspettativa di vita può limitarsi ad un intervento specialistico, anche ad alto livello, spesso senza chiedersi l'impatto reale che quell'intervento avrà. L'intervento può non migliorare sensibilmente la qualità della vita e produrre lunghe ospedalizzazioni, sottraendoli all'ambiente familiare.

La gestione di queste situazioni è complessa, da una parte il singolo medico che potrebbe concentrarsi su un particolare, non entrando in empatia con il paziente e limitandosi ad una mera gestione burocratica del consenso informato, omettendo di valutare la globalità e i desideri del paziente anche nei confronti del trattamento del fine vita. Dall'altra parte vi sono il paziente e i familiari, contenti che si stia facendo tutto il possibile, nonostante gli esiti siano spesso deludenti.

Questo, purtroppo può capitare, ma mi domando se non vi è il rischio che l'atto proposto possa essere influenzato dalla spinta a consumare risorse, talora è sufficiente far intravedere al paziente, e soprattutto ai familiari, un ipotetico beneficio per averli alleati. Più volte ho sentito pazienti dire "Se avessi saputo quello che avrei dovuto sostenere e i risultati che ho ottenuto, non avrei fatto tale cura".

Sarebbe auspicabile un potenziamento delle cure territoriali per ridurre le ospedalizzazioni e ridurre l'arrivo in ospedale di situazioni molto deteriorate. Vi è il paradosso che la risposta alla malattia si centri sull'ospedale con costi maggiori e meno conforto per il paziente.

Bisognerebbe mettere in campo le cure per evitare di giungere al bivio delle cure compassionevoli, poiché il limite tra intervento compassionevole e conflitto di interessi può essere molto sottile. L'etica dovrebbe orientare le scelte. La scarsa centralità del pronto soccorso che diviene critica quando i reparti, soprattutto quelli ad alta specializzazione, utilizzano liste d'attese autonome.

Mi chiedo se è corretto che un sistema che non riesce a gestire adeguatamente le patologie molto frequenti si doti di reparti ad alta specializzazione che distraggono risorse. L'alta specializzazione dovrebbe avere il giusto riconoscimento, senza dimenticare che vive e nasce all'interno di un sistema.

Indispensabile è quindi la trasparenza delle liste di attesa con riferimento alle patologie e alla facile accessibilità ad ambulatori dedicati alla composizione delle liste d'attesa, e l'appropriatezza dei ricoveri da parte del pronto soccorso per valorizzare i posti letto dei reparti ad alta specializzazione. Per ottimizzare la valorizzazione dei posti letto sarebbe auspicabile un sistema a vasi comunicanti; più volte ho constatato la difficoltà al trasferimento dei pazienti a causa della mancata percezione di far parte di un sistema unico.

Altro tema che ho vissuto con disagio è il tema dell'aggiornamento scientifico e i rapporti con l'industria farmaceutica, ma non aggiungerò altro in quanto questo argomento è stato ben illustrato dall'intervento di Luca De Fiore. Per concludere: è indispensabile tenere molto alta l'attenzione sul mondo sanitario sempre e soprattutto in questa fase caratterizzata dall'emergenza COVID e dai cospicui fondi che arriveranno dal PNRR.

Le norme sono indispensabili ma occorre che tutto l'ambiente sanitario capisca come tutti gli atti corruttivi, piccoli o grandi, possano fare da cerniera tra la pervasività mafiosa, rappresentata da imprenditori dediti al riciclaggio e il circuito dell'economia legale. I beni comuni, come la sanità sono aggrediti sistematicamente dalle mafie e dalla corruzione e le vittime non sono solo gli operatori sanitari che sono caduti o il singolo che non trova risposte adeguate per l'accesso alle cure, ma anche l'intera società, ogni essere umano a prescindere dalla sua nazionalità.

È proprio in un paese, come il nostro, con risorse limitate che deve essere attentamente valutato il rischio delle mafie e della corruzione. Dobbiamo sempre mantenere una visione larga del diritto alla salute, che coinvolge tanti aspetti della nostra vita, dalla salute alimentare alla tutela dell'aria e dell'ambiente. Le mafie aggrediscono la salute anche attraverso i traffici illegali dei rifiuti, il controllo dei mercati agroalimentari, la gestione della macellazione clandestina, producono sfiducia nelle istituzioni pubbliche e minano l'essenza stessa della democrazia.

Letture consigliate

- Relazione della Commissione Antimafia della XVII legislatura presieduta da Rosy Bindi – capitolo dedicato alla mafia e alla corruzione.
- I Complici di Lirio Abbate e Peter Gomez - Fazi Editore
- Luca De Fiore Sul Pubblicare in medicina. Il Pensiero Scientifico Editore 2024

6. Mafia e sanità

Nando dalla Chiesa

CROSS - Osservatorio sulla Criminalità Organizzata
Università degli Studi di Milano

Mafia e sanità. Ovvero, metaforicamente ma non troppo, la cattura di Matteo Messina Denaro. Nel lavoro di ricerca e riflessione svolto presso l'Università degli Studi di Milano da CROSS-Osservatorio sulla criminalità organizzata, il rapporto tra questi due mondi apparentemente inconciliabili (la difesa della vita, la violenza omicida) è andato crescendo di importanza, con accelerazioni negli ultimi anni, dettate soprattutto dagli accadimenti della pandemia e dai contesti sanitari e amministrativi che hanno fatto loro da cornice. In verità già nel primo anno accademico in cui l'insegnamento di Sociologia della criminalità organizzata venne introdotto alla Statale di Milano (2008-2009) apparve opportuno dedicare attenzione ai rapporti tra mafia e sanità. L'assassinio nel 2005 del vicepresidente del Consiglio regionale della Calabria Francesco Fortugno, medico che cercava di impedire la conquista della sanità regionale da parte dei clan, o la lunga, celebre vicenda della clinica di Bagheria riconducibile a Bernardo Provenzano, costituivano due punti di riferimento fondamentali nell'analisi del cosiddetto "capitale sociale" delle mafie. Poi venne l'inchiesta Infinito Crimine, con le centinaia di arresti del luglio 2010. Qui il teatro principale non era più una regione del Sud ma la Lombardia.

E vennero a galla, documentate soprattutto in provincia di Pavia, forme di presenza pervasiva e politicamente protetta dei clan calabresi. Sviluppammo così altri filoni di analisi e altre riflessioni, specie davanti all'emergere di una questione rilevantissima: ossia le false perizie mediche che avevano consentito,

per esempio, al capo dell'ala militare dei Casalesi Giuseppe Setola di essere scarcerato. E di essere poi mandato agli arresti domiciliari, anticamera di una comoda fuga e di una lunga catena di omicidi. Ma ci colpì anche la notizia dell'ospitalità fornita sotto falso nome in una clinica pavese a un killer di 'ndrangheta, esattamente sul modello Messina Denaro, peraltro già praticato innumerevoli volte nella storia delle organizzazioni mafiose.

Si realizzò perciò con una certa naturalezza l'incontro dell'attività di CROSS con l'attività di "Illuminiamo la salute"¹², che aveva nel frattempo intrapreso la strada, anch'essa pionieristica, di una lotta per la trasparenza e contro la corruzione e gli sprechi nell'amministrazione di quel delicatissimo patrimonio sociale, umano e anche costituzionale che è la sanità del Paese.

Fu così che nel 2015 decidemmo di dedicare la nostra Summer School di settembre (che ogni anno viene riservata a un tema specifico della fenomenologia mafiosa) proprio al rapporto tra mafia e sanità. Di quella edizione del nostro speciale appuntamento accademico ricordo con chiarezza una cosa: che fu estremamente difficile trovare relatori interni al sistema sanitario, qualunque fosse il tema da trattare. Già la sola accettazione sarebbe suonata infatti come condivisione dell'oggetto della Summer, quali che fossero la misura denunciata delle relazioni pericolose (grande? piccola?) e le possibili spiegazioni e responsabilità. Per rimediare a questo vuoto quasi totale di disponibilità dovetti invitare mio cognato, già primario di psichiatria a Catanzaro. Ma fu chiarissimo nel frangente che neanche la parte migliore di quel mondo era disponibile ad alzare le proprie bandiere per difenderlo.

¹² Si veda l'intervento compiuto dal sottoscritto nel 2014 al convegno bolognese di Illuminiamo la salute:

www.illuminiamolosalute.it/dalla-chiesa-26-giugno-bologna/

Dopo di allora la scelta di metodo è stata inevitabile: abbiamo continuato a dedicare le nostre attenzioni alla sanità come al movimento terra, agli ospedali come al gioco d'azzardo, alle cliniche convenzionate come al commercio ortofrutticolo all'ingrosso. I fatti ci hanno cioè portato a trattare la sanità non come a un mondo tendenzialmente estraneo agli interessi mafiosi (“che cosa c'entra la sanità?”) bensì come a uno dei mondi potenzialmente “prossimi”, ai quali guardare con attenzione sistematica nelle nostre ricerche e nei nostri quadri teorici. Ci capitò di essere facili profeti anche in una ricerca sulle aziende confiscate condotta per la Commissione europea, nel caso di un laboratorio di analisi di una provincia calabrese vanamente candidato a un pieno recupero di legalità. Poi il lavoro di indagine si è fatto sempre più consapevole. Nella ricerca triennale commissionata dalla presidenza della Commissione parlamentare antimafia guidata da Rosy Bindi. Nel monitoraggio di Regione Lombardia sulla presenza del fenomeno mafioso sul territorio, in cui un capitolo intero è stato riservato alle vicende che hanno coinvolto medici e strutture della realtà lombarda, non solo privata. Poi nello svolgimento di uno specifico approfondimento in Sociologia delle professioni, nell'ambito del quale Federica Cabras e io abbiamo compiuto una selezione di alcuni casi storici di abuso del potere di firma da parte dei professionisti.¹³ Ebbene, anche in quel caso la presenza di firme infedeli da parte di medici si è rivelato fenomeno diffuso, come d'altronde aveva già certificato un importante libro di Corrado De Rosa, a riempire il quale sono bastati i casi delle firme false dei medici (e soprattutto degli psichiatri) nei processi di camorra.¹⁴

¹³ Nando dalla Chiesa, Federica Cabras, *Potere di firma. Etica delle professioni e organizzazioni mafiose*, in “Sociologia del lavoro”, 2020, fascicolo 157, pp. 7-32

¹⁴ Corrado De Rosa, *I medici della camorra*, Castelvecchi, Roma, 2011

Infine è arrivata la pandemia, che ha visto le organizzazioni mafiose inserirsi disinvoltamente nella produzione e nel commercio dei dispositivi di protezione individuale, nella gestione dei rifiuti ospedalieri, nelle onoranze funebri speciali, in servizi logistici di emergenza; e chissà se anche nella gestione delle accoglienze.

Siamo insomma di fronte a un pezzo (non grandissimo, ma pezzo da non rimuovere) di storia sociale del nostro paese, con ricadute importanti e mai abbastanza valutate sul sistema dei diritti e delle opportunità. Si pensi all'effetto tragico di una visita oculistica truccata per le diciotto vittime di Setola; ma si pensi all'effetto assai più vasto di una visita psichiatrica truccata (quella di Raffaele Cutolo, che confessò tutto in udienza), in grado di incidere sulla intera storia socio-criminale dell'area più popolosa della nazione. Fino a Matteo Messina Denaro, appunto. Il cui luogo di arresto è sembrato a tutti meno importante e meno degno di interrogativi di quelli proposti dalla più frusta dietrologia d'occasione.

Quali virtù coltivare, allora, davanti a questo scenario? Anzitutto la tenacia e la coerenza nel parlare del tema; poi la trasparenza che faccia giustizia di ogni manipolazione e di ogni abusiva pretesa di rispetto della *privacy* (il famoso monitoraggio civico); quindi il senso civico che respinge l'imperativo dell'omertà professionale; infine la lealtà alle istituzioni (e al decoro professionale) che vieta l'esercizio abusivo della firma. Quattro virtù da perseguire. Verso un mondo che forse non è più colpevole di altri. Ma che certamente è più vitale, infinitamente più delicato, per i beni fondamentali della comunità: dalla salute alla giustizia.

7. Comunicazione sulla salute, integrità e conflitti di interesse

Luca De Fiore¹⁵

Direttore Generale del Pensiero Scientifico Editore

Dopo la crisi dell'ultimo decennio del Novecento – crisi economica, finanziaria ma anche dovuta allo smarrimento di alcuni dei valori fondanti che avevano ispirato il “secolo breve” – l'editoria si è riscoperta soprattutto come strumento per dare risonanza ad attività imprenditoriali di tipo diverso ma riconducibili alla stessa proprietà ¹⁶ al punto che oggi è molto difficile – e non solo in ambito scientifico – che un'azienda editoriale si occupi solo di libri o di riviste.

L'ambiente editoriale è dunque molto cambiato rispetto a quello di un tempo. Vale la pena raccontare ai più giovani che nel secolo scorso numerose case editrici hanno svolto un ruolo importante per la crescita culturale dell'Italia e spesso la loro attività era legata al contributo di intellettuali che svolgevano un ruolo politico-culturale attraverso l'impegno professionale: narratori, giornalisti, poeti.

Questa funzione esplicitamente pedagogica dell'editoria è stata messa in crisi dall'esaurirsi di una stagione politicamente molto coinvolgente e ancor di più conflittuale e, allo stesso tempo, dall'emergere di nuovi modelli di gestione che hanno

¹⁵ Dalla prima scrittura di questo libro, Luca De Fiore ha pubblicato un importante libro che tocca molti dei temi citati in queste pagine. Luca De Fiore Sul pubblicare in medicina. Il Pensiero Scientifico Editore 2024

¹⁶ De Fiore L. Il ruolo formativo dell'editoria. Riv Sper Freniatria 2022; 1: 153-68.

affidato la conduzione aziendale a dirigenti più attenti ai risultati economici che al lavoro culturale e ai benefici in termini di immagine che questo impegno può garantire. Fatto sta che con l'inizio del nuovo millennio, l'editoria italiana e internazionale ha iniziato a essere dominata da multinazionali proprietarie dei marchi storici dell'editoria e gestite in maniera spesso impersonale.

L'editoria scientifica si è mossa in questa direzione con un ampio anticipo rispetto a quella di altri settori. Da quando è diventata parte di holding che si occupano di un insieme di attività diverse – dall'informatica al commercio di armi – il ramo “comunicazione” di queste multinazionali ha fatto crescere alcune tra le imprese più redditizie del pianeta. I grandi attori dell'editoria medico scientifica internazionale (Elsevier Relx, Wolter Kluwer, Springer Nature, Wiley, Taylor and Francis) ottengono a fine anno un ritorno degli investimenti che arriva al 140 per cento sul capitale investito. Più di qualsiasi altro tipo di impresa ¹⁷.

Sbaglieremmo se pensassimo che questi risultati siano dovuti solo alla capacità di pubblicare migliaia di riviste accademiche (ne nascono tre ogni giorno dell'anno, in media) o manuali universitari sempre più innovativi. Queste cose sono importanti, ma contano molto anche i nuovi servizi che queste aziende sono in grado di garantire ai propri partner. Solo affacciandosi sul sito dell'azienda più grande per fatturato – Elsevier Relx – scopriamo servizi lontani anni luce da quello che immaginiamo possa essere il lavoro editoriale. Pharmapendium guida le aziende farmaceutiche a minimizzare i rischi di fallimento

¹⁷ Hagve M. The money behind academic publishing. Tidsskriftet, 20 agosto 2020. Ultimo accesso 30 giugno 2022.

Larivière V, Haustein S, Mongeon P. The oligopoly of academic publishers in the digital era. PloS One 2015; 10: e0127502.

nello sviluppo di nuovi farmaci; Expert lookup è uno strumento per il reclutamento di opinion leader utili per il lancio di prodotti sul mercato di farmaci e dispositivi. Elsevier funding solution supporta i centri di ricerca nell'azione di raccolta fondi mettendo in connessione i diversi attori.

Tra le domande che possono venire in mente: in uno scenario del genere, le persone coinvolte in queste attività si trovano a dover governare delle “incompatibilità” tra i diversi mestieri che sono chiamate a svolgere? In altre parole: quando un medico viene elevato in modo quasi ufficiale al ruolo di opinion leader industriale, viene a trovarsi in una condizione incompatibile con quella di operatore del servizio sanitario pubblico?

Domande simili possono sorgere per ricercatori o altri professionisti, ma anche i manager delle multinazionali farmaceutiche e delle multinazionali della comunicazione possono essere turbati da alcune inquietudini: sebbene si dica che i vertici aziendali debbano rispondere solo ai propri azionisti, il capitalismo etico prevede dei limiti morali? In caso affermativo, quale rigore è previsto sia esercitato nel controllo? Stiamo parlando di aziende molto grandi per fatturato e numero di dipendenti.

A livello di management i temi eticamente sensibili – stando ai rapporti annuali – riguardano l'ambiente, i diritti, la sostenibilità, la trasparenza. L'integrità nella comunicazione d'impresa sembra essere invece una questione di minor conto. In ambito editoriale, c'è una gran produzione di codici etici che riguardano direttamente il publishing, spesso promossi e curati da associazioni che da anni si muovono in questo settore.

Il Committee on publication ethics offre nelle proprie Core practices una specie di elenco delle malefatte che accadono puntualmente ogni giorno, ovunque, e senza che le cose accennino a migliorare. Passando dai publisher agli editor (direttori

delle riviste) la *European association of science editors* affronta il problema con una checklist che si rivolge agli autori degli articoli. Come a dire, “ragazzi il problema siete voi, fate i bravi”. Per poi arrivare ai giornalisti scientifici, altri importanti attori di questo gioco, ai quali pensa l’*Ethical journalism network* che sintetizza in cinque punti chiave le questioni etiche che agitano l’ambiente.

Ma se le regole ci sono e se tutti dicono di volerle osservare, perché discutiamo ancora di interessi conflittuali? Molti studi condotti negli ultimi trent’anni hanno provato a dare delle risposte: per qualche industria è più facile promuovere i propri prodotti facendo dei regali ai medici, per qualche medico è difficile rinunciare o è conveniente accettare dei regali, soprattutto perché quasi sempre si tratta di cose di poco valore.

C’è poi un assunto ripetuto ugualmente di frequente che prova a convincerci che “è impossibile che un bravo medico o ricercatore non abbiano rapporti con le industrie”. È una questione discussa decine di volte in convegni, seminari, incontri, dibattiti di ogni tipo. Mai – invece di dichiararsi d’accordo o in disaccordo con quell’affermazione – qualcuno ha posto l’interrogativo chiave: “Siamo contenti di aver costruito un sistema per cui è impossibile che un medico o un ricercatore non abbiano rapporti con le imprese? Era davvero questo che volevamo?”

Il sistema della comunicazione – in generale, non solo quello dell’informazione scientifica – soffre ormai di problemi strutturali legati tra loro. Un’inchiesta de *Il Post* ha dimostrato che i giornalisti (anche scientifici) sono pagati pochissimo: tra i dieci e i 50 euro ad articolo dal *Corriere della sera*, *Repubblica* o *la Stampa*. *Il Fatto e Domani* riconoscono compensi tra i 30 e i 90 euro per ogni contributo.

Come se non bastassero gli stipendi da fame, anche gli istituti di ricerca sono una fonte importante di disinformazione: quattro comunicati stampa su 10 esagerano i risultati degli studi e di conseguenza quattro articoli su cinque pubblicati dai media amplificano questa esagerazione ¹⁸. Un'attività forse ancora più pericolosa di quella dell'industria, che almeno è teoricamente controllata dal codice etico di Farmindustria.

Infine: le istituzioni pubbliche investono in informazione risorse di gran lunga inferiori a quanto stanziato dalle imprese private. In questa cornice va inquadrata la questione del conflitto di interessi che è stata a lungo dibattuta negli ultimi decenni e continua ad attirare l'attenzione dei professionisti, delle industrie e anche dei legislatori: nel 2022 è stata approvata la legge concernente la trasparenza e il diritto alla conoscenza dei rapporti, aventi rilevanza economica o di vantaggio, intercorrenti tra le imprese produttrici (di farmaci, strumenti, apparecchiature, beni e servizi, anche non sanitari) e i soggetti che operano nel settore della salute (comprese le organizzazioni sanitarie): il cosiddetto Sunshine act.

Non si deve però perdere di vista la complessità del problema e soprattutto che il conflitto di interessi costituisce una condizione di rischio e non l'accertamento di una colpa. Dobbiamo poi considerare come sia difficile sollecitare una maggiore autonomia e indipendenza del medico e del ricercatore dall'industria quando il mantra dei nostri anni è la partnership tra pub-

¹⁸ Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. The association between exaggeration in health related science news and academic press releases: retrospective observational study. *Bmj* 2014; 349.
Sumner P, Vivian-Griffiths S, Boivin J, et al. Exaggerations and caveats in press releases and health-related science news. *PLoS One* 2016; 11: e0168217.

blico e privato e la misurazione di impatto del sistema universitario sembra ormai essere legata più alle domande di brevetto e al numero di spin-off che alla soddisfazione degli studenti.

In una sostanziale assenza di governance delle relazioni tra pubblico e privato – nella più complessiva mancanza di un governo attivo della ricerca – ricondurre la grande questione delle incompatibilità alla relazione tra il singolo medico e l'industria o di una determinata redazione di un media scientifico a uno sponsor probabilmente non avvicina alla soluzione. È un punto molto importante: l'impressione è che fino a oggi il problema dell'integrità nella comunicazione della salute e nell'informazione scientifica ma in generale della sanità è stato considerato una questione individuale. In altre parole, si ritiene che sia il singolo professionista a trovarsi in una condizione di rischio in presenza di conflitti di interesse, perdendo di vista l'evidenza maturata grazie a centinaia di studi condotti negli ultimi tre decenni ¹⁹ che l'integrità nel servizio sanitario è un problema di sistema e non riconducibile solo ai comportamenti dei singoli professionisti.

La “medicina industriale” – nell'urticante definizione del medico e ricercatore Victor Montori ²⁰ – è pesantemente condizionata dai cosiddetti “determinanti commerciali della salute” ormai da molti considerati ugualmente importanti dei più conosciuti “determinanti sociali di salute”. La letteratura scientifica sull'argomento è abbastanza ricca ²¹. Sono descritti

¹⁹ Dirindin N, De Fiore L, Rivoiro C. Conflitti di interesse e salute. Bologna: Il Mulino, 2018.

²⁰ Montori V. Perché ci ribelliamo. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.

²¹ Millar JS. The corporate determinants of health: how big business affects our health, and the need for government action! Can J Public Health. 2013;104(4):e327–9.

come il risultato di un potere economico e politico sempre più forte e nelle mani di grandi aziende multinazionali, la cui azione entra raramente in rotta di collisione con l'attività di controllo dei governi che dovrebbero vigilare, per conto dei cittadini, sulle tendenze dannose per la salute individuale e di comunità.

Non sono pochi gli esempi di come il potere delle imprese influenzi il processo decisionale, con le aziende a volte direttamente coinvolte nelle scelte di salute pubblica²². Buse e Hawkes hanno descritto un aspetto molto interessante: una sorta di peccato di omissione che suggerisce ai governi e alle agenzie regolatorie di tenere deliberatamente fuori dall'agenda politica argomenti scomodi che potrebbero determinare attriti o contenziosi tra pubblico e privato²³.

Molti autori arrivano a ritenere che gli interessi del settore privato siano così potenti da prevalere quasi sempre sulla governance della salute pubblica e sulle misure di politica sanitaria che giudicherebbero più responsabili. Pensiamo per esempio all'attività integrata di lobbying e marketing delle multinazionali alimentari e farmaceutiche, che si muovono in un mondo a loro sempre più favorevole considerando il cambiamento dei modelli del commercio e del consumo globale,

Madureira Lima J, Galea S. Corporate practices and health: A framework and mechanisms. *Global Health*. 2018;14(1):21-32.

²² Knai C, Petticrew M, Mays N, Capewell S, Cassidy R, Cummins S, Eastmure E, Fafard P, Hawkins B, Jensen JD, Katikireddi SV. Systems thinking as a framework for analyzing commercial determinants of health. *The Milbank Quarterly*. 2018 Sep;96(3):472-98.

²³ Buse K, Tanaka S, Hawkes S. Healthy people and healthy profits? Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure. *Globalization and health*. 2017 Dec;13(1):1-2.

l'aumento della domanda e la conseguente sempre più capillare copertura del mercato planetario.

Facciamo un esempio, facendo riferimento al caso del congresso statunitense che dietro pressioni delle attività di lobbying delle aziende produttrici decise di soprassedere alla tassazione sulle bevande gassate zuccherate ²⁴. Da una ventina d'anni – da quando iniziò a essere evidente come sovrappeso e obesità rappresentavano un problema molto grave di salute pubblica – le aziende produttrici di bevande gassate zuccherate iniziarono un'intensa attività di marketing basata anche sul finanziamento di studi sull'impatto del consumo di queste bevande sulla salute delle persone. Rispetto a studi simili indipendenti, era otto volte più probabile che quelli sponsorizzati dai produttori evidenziassero risultati tranquillizzanti sul ruolo dello zucchero. La strategia era quella di produrre più informazione possibile per bilanciare gli studi portati avanti autonomamente da università e centri di ricerca, e condizionare le decisioni regolatorie e del governo.

Un ruolo importante era giocato – e ancora oggi continua a essere svolto – da fondazioni e organizzazioni pubblico-privato come l'International life science institute, che è stato diverse volte al centro di polemiche, anche con l'Organizzazione mondiale della sanità. Ciò che trasforma un prodotto alimentare in una moda sono certamente le caratteristiche che lo rendono gradevole, ma ancora di più una strategia di marketing che difficilmente può fare a meno di testimonial famosi e convincenti. In un ambiente fortemente globalizzato, ma all'interno del quale hanno sempre molta importanza le abitudini locali, le persone capaci di orientare i consumi le troviamo nel mondo della medicina, dello spettacolo, dello sport.

²⁴ Nestle M. Unsavory truth. How food companies skew the science of what we eat. New York: basic Books, 2018.

Equilibrati dei conflitti d'interesse, sono maestri di marketing e pubblicità di beni dannosi per la salute, ma in questo sono sostenuti e spesso attivamente supportati dalle istituzioni di appartenenza. Nessuna remora se il consumatore è un bambino ²⁵. Di un prodotto si pubblicizza la bontà, la gradevolezza al palato, l'immediatezza del consumo ma non basta: occorre anticipare le obiezioni di chi potrebbe osservare che quelle 330 calorie in tre cucchiaini di crema al cioccolato e nocciole sono un po' troppi o che un bicchiere di vino non fa buon sangue. Per disinnescare le critiche si ricorre a collaudate tattiche di marketing studiate per enfatizzare il ruolo dei fattori biologici, utilizzando studi commissionati a centri di ricerca pubblici che producano risultati capaci di distrarre l'attenzione dai consumi alimentari.

Ecco che in questo modo quello che maggiormente conterà sarà "il metabolismo" o "la predisposizione genetica", non quello che viene concesso al bambino per tenerlo buono davanti alla televisione o cosa c'è nel bicchiere di pro-secco. Nella propria strategia – che prevede che le alleanze con il pubblico siano un passaggio essenziale – l'industria cercherà per quanto possibile di evitare di entrare in contrapposizione con le istituzioni: da qui i consigli non richiesti che leggiamo sulle bottiglie di birra o sui cartelloni che circondano il campo da gioco delle partite di Champions League ("sei tu cittadino a dover bere responsabilmente: noi produttori di alcolici teniamo alla tua salute").

²⁵ World Health Organization Regional Office for Europe, ed. Thematic paper 3: Good governance for the health and well-being of all children and adolescents. Paper presented at: Working together for better health and well-being: 7–8 December 2016; Paris: World Health Organization; 2016.

Non solo l'industria è alleata del governo: lo è anche dell'università e del mondo della ricerca: un'analisi degli scambi di email ha documentato la sponsorizzazione della Coca-Cola Company di ricerche e conferenze scientifiche “per spostare la colpa della crescente incidenza dell'obesità e delle malattie legate alla dieta dai suoi prodotti alla scarsa attività fisica e alle scelte individuali”²⁶. Se concentrare l'attenzione sul singolo medico colpevole di aver accettato l'invito di un'industria di partecipare a un convegno è la via più breve per affrontare la questione del conflitto di interessi, è anche molto più comodo puntare il dito sulle abitudini alimentari o sugli stili di vita dei singoli cittadini – magari scegliendo il proprio target tra le persone più vulnerabili – che accettare che politiche più complesse disincentivano determinati consumi o ne favoriscano di più salubri.

L'attività di convincimento di funzionari governativi, parlamentari, partiti politici e associazioni di cittadini ostacola il varo di politiche pubbliche orientate sia a una maggiore indipendenza e autonomia del personale sanitario, sia a una migliore salute dei consumatori.

Il lobbismo – di questo stiamo parlando – è sempre più spesso inserito nei programmi di corsi di studio universitari – e viene utilizzato anche per dissuadere dall'adozione di politiche per la salute pubblica che potrebbero minacciare i profitti aziendali. Funziona anche la minaccia di avviare dei contenziosi e battaglie legali contro i governi che provano ad attuare politiche che potrebbero ridurre i profitti di un particolare settore industriale.

²⁶ Wood B, Ruskin G, Sacks G. 2020. How Coca-Cola shaped the International Congress on Physical Activity and Public Health: an analysis of email exchanges between 2012 and 2014. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 17(23):8996

Fare affidamento sulle persone giuste, capaci di muoversi nei corridoi dei ministeri e della politica è essenziale e per questo servono le “porte girevoli” che annullano la separazione tra il governo e le imprese: basta sostituire il badge di funzionario pubblico con quello di “Visitatore” e si continua a sedere allo stesso tavolo in agenzie governative, commissioni, comitati, così che possa essere esercitata la necessaria e informatissima pressione sugli accordi commerciali internazionali e sulle attività regolatorie.

Dopo aver parlato di bibite zuccherate, restiamo sul tema delle bevande facendo un altro esempio: quello degli alcolici. Un recente rapporto prodotto dal mondo del vino spiega come sia necessario “creare una connessione con scuole superiori, università, master e enti di formazione, che abbiano interesse a lavorare a stretto contatto con le aziende ed entrare nel circolo virtuoso di relazione fra domanda e offerta”.²⁷

Queste relazioni pericolose – secondo alcuni, mentre per altri sarebbero evidentemente da intendere come virtuose sinergie... – stanno rapidamente aumentando. “Viande, fromage, vin (avec modération): nous avons comme ambition de rendre accessible à tous les Français une alimentation de qualité. La gastronomie française pour toutes et tous: je l’assume!” Era il 9 gennaio di quest’anno e un tweet di Fabien Roussel scatenava molto rumore in Francia: a molti sembrava irrituale che un esponente così in vista del Partito comunista francese sintetizzasse in questo modo il programma politico del suo schieramento. Non solo: l’accenno al vino – nonostante l’invito al bere con moderazione – suonava decisamente politicamente scorretto anche in un Paese come la Francia che è leader del mercato mondiale con una quota tra il 35% e il 40%. Pochi

²⁷ <https://www.vision2030.wine/>

mesi e anche la politica italiana si è mossa; del resto la produzione del nostro Paese vale circa il 20% del mercato mondiale, per un totale di circa 15 miliardi di euro. Ecco che da settembre - leggiamo su L'Espresso - "vino e olio diventeranno materia di studio per centinaia di scuole, dalle elementari alle superiori, grazie a un accordo tra il governo e l'Associazione italiana sommelier".

Il problema dei rischi per la salute non si pone per i sottosegretari che alla fiera Vinitaly hanno firmato il protocollo con i sommelier del Belpaese, che non prevede costi per lo Stato ma che potrà servire a promuovere «il nostro patrimonio culturale», far conoscere ai giovani «le buone abitudini alimentari della dieta mediterranea» e offrire «opportunità occupazionali». Anche gli incentivi alle bevande alcoliche - in termini di promozione soprattutto a livello di amministrazioni regionali del turismo enologico, a forza di "cantine aperte", fiere e sagre paesane - sono un altro chiaro esempio di determinante commerciale di salute: da una parte un settore che in Italia fattura molti miliardi di euro l'anno, dall'altra una sanità che spende nello stesso periodo circa 25 miliardi di euro per combattere i danni diretti dell'alcol.

La medicina industriale si nutre - è il caso di dire - di un contesto che continua a produrre malattia e a moltiplicare l'offerta di prestazioni. Di fatto, il modello di sanità pubblica che aveva prodotto la legge 833 di riforma sanitaria nel 1978 in Italia è stato capovolto: la Repubblica cura - affidando buona parte dell'assistenza ai privati - ma non protegge i cittadini con adeguate politiche di prevenzione primaria. Peraltro, diversi decenni di iniziative di salute pubblica per ridurre le pratiche industriali e i consumi dannosi hanno dimostrato che le strategie di controllo efficaci delle patologie causate da determinanti

commerciali possono dipendere solo dalla messa in atto di pacchetti politici complessivi che si rivolgano ai numerosi attori presenti a diversi livelli sul mercato.²⁸

Un'azione efficace ha bisogno di un approccio integrato, non di provvedimenti isolati che porterebbero i sostenitori di strategie specifiche ad andare ciascuno per conto proprio: chi contrastando il fumo di tabacco, chi scoraggiando i consumi di bibite zuccherate, chi informando sull'inutilità di integratori o supplementi vitaminici, chi disincentivando l'inappropriatezza prescrittiva di farmaci comunque approvati per l'uso dalle autorità regolatorie, chi sollecitando le autorità a intervenire per il controllo della diffusione delle armi da fuoco.

Servono alleanze tra associazioni di categoria, istituti di relazioni pubbliche, fondazioni e agenzie regolatorie. Questo difficilmente potrà avvenire se a livello di formazione specialistica – per esempio nelle scuole di specializzazione in igiene – il tema della promozione della salute non sarà affrontato e approfondito anche nelle sue implicazioni politiche.

Allo stesso tempo, le scuole di sanità pubblica dovranno sviluppare e supportare iniziative interdisciplinari che riconoscano non solo la molteplicità delle metodologie di studio di queste dinamiche ma anche la necessità di competenze multidisciplinari all'interno di gruppi dove lavorino insieme medici, statistici, epidemiologi, psicologi, economisti.

La premessa è però quella di limitare – se non di azzerare – i condizionamenti industriali sulla ricerca e sulla politica. Condizionamenti che hanno effetti molto più distruttivi delle *liaisons dangereuses* tra industrie e singoli operatori sanitari.

²⁸ Lee K, Freudenberg N. Public health roles in addressing commercial determinants of health. *Annual Review of Public Health*. 2022 Apr 5;43: 375-95.

Altro elemento fondante è la ricerca indipendente: essenziale perché la produzione di prove rigorose e credibili può permettere alle agenzie regolatorie e di sanità pubblica di prendere decisioni a vantaggio dei cittadini. Far crescere i progetti di ricerca non sponsorizzati non è semplice ma è forse meno difficile di liberare la politica dai condizionamenti che generalmente la trattengono dall'avviare programmi efficaci di promozione della salute.

Un ultimo problema è la tendenza a perdere di vista il contesto: un intervento di sanità pubblica deve sì considerare i singoli determinanti di rischio o di malattia, ma deve soprattutto analizzare, conoscere e affrontare le relazioni tra di essi. “Incoraggiare l'esercizio fisico in una popolazione riduce il rischio complessivo di obesità in quelle stesse persone? La risposta forse controintuitiva è «no»” avverte Sandro Galea ²⁹, “perché la salute è una funzione del nostro comportamento e dell'ambiente in cui viviamo”. Inutile – e ingiusto – dire di muoversi a chi vive in una città priva di palestre o di spazi verdi. Inutile – e ingiusto – dire di non bere coca-cola a chi ha nella dolcezza di quel sorso una delle poche occasioni per compensare l'amarezza delle proprie giornate.

²⁹ Galea S. *Healthier*. New York: Oxford University Press, 2018.

Tre suggerimenti per ripartire

Il primo: servono meno regole ma fatte insieme da tutti gli attori del sistema.

Secondo, fare meno ricerca ma utile, rilevante per i bisogni di salute dei cittadini³⁰.

Terzo avviare programmi di educazione alla valutazione critica a partire dalla scuola dell'obbligo: ripartiamo prevedendo delle ore di dialogo e di insegnamento nelle scuole primarie e secondarie, coinvolgendo bambini e adolescenti nella costruzione di un sapere scientifico che li protegga dalle false verità e dall'informazione condizionata ³¹.

³⁰ Glasziou P, Chalmers I. Research waste is still a scandal BMJ 2018; 363 : k4645.

³¹ Rasoini R, Formoso G, Alderighi C. La comunicazione della ricerca scientifica: informare (e formare) generando fiducia. *Recenti Prog Med* 2022; 113: 151-6.

8. Illuminiamo la salute: un'esperienza da proseguire

Vittorio De Micheli
Medico

Vorrei contribuire a questo decennale proponendo alcune brevi considerazioni utilizzando tracce e schemi già utilizzati da “Illuminiamo la Salute” che, dopo tanto tempo, paiono ancora con-vincenti. Negli anni in cui più intensa è stata l'attività di formazione e di promozione eravamo soliti descrivere sinteticamente l'iniziativa indicandone tre connotati principali:

- Il taglio positivo
- Il perimetro ampio
- La costruzione delle reti

Il taglio positivo

L'intento è quello di promuovere la legalità per rafforzare il servizio sanitario nazionale (SSN) nella convinzione che sia inevitabile evidenziare comportamenti di scarsa integrità o di aperta illegalità per poterli efficacemente prevenire o contrastare. L'integrità del sistema sanitario è condizione necessaria per occuparsi della salute, che la nostra Costituzione definisce come “diritto fondamentale”.

Corruzione e illegalità danneggiano direttamente la salute perché sottraggono risorse destinate alla cura delle persone ma, soprattutto, perché minano la fiducia che i cittadini devono poter riporre nei confronti dei servizi sanitari.

Se la salute è un bene di tutti questo bene va tutelato e preservato da comportamenti che ne riducono la disponibilità o che la utilizzano per favorire il privilegio o l'interesse di pochi.

Se la salute è un bene di tutti ha bisogno di essere promossa e tutelata in un contesto improntato ai principi della democrazia, dell'uguaglianza e del rispetto delle persone.

Per questo ogni iniziativa di promozione della legalità assume anche valore di difesa e rafforzamento del servizio sanitario nazionale. La presenza, nel nostro paese, di un servizio sanitario pubblico fondato sui principi di universalità e di solidarietà costituisce un fondamentale determinante di salute e un formidabile strumento di contrasto alle disuguaglianze.

Nei dieci anni che sono trascorsi lo "stato di salute" del nostro sistema sanitario è purtroppo peggiorato. Alle criticità "storiche" (l'insufficienza della prevenzione, la debolezza delle cure primarie, l'inappropriatezza dei consumi, la presenza di inaccettabili differenze tra le regioni, ecc.) si sono aggiunti nuovi e, se possibile, ancor più delicati problemi.

Crisi economica ed errori di programmazione, uniti al disinteresse di governanti e legislatori, hanno provocato una sorta di "lenta strisciante riforma" destinata a indebolire e mutare la natura del servizio sanitario nazionale.

Il drastico sottofinanziamento della sanità è ormai evidente per la sua scarsa entità (la spesa sanitaria pubblica in rapporto al PIL colloca l'Italia agli ultimi posti tra i paesi europei) e per la progressiva erosione delle prestazioni garantite dal SSN (con la contestuale crescita della spesa sostenuta direttamente dai cittadini). È facile immaginare come la recentissima crisi energetica renderà ancor più insostenibile la carenza di risorse finanziarie presente nel SSN.

L'obiettivo del contenimento della spesa e del rispetto dei vincoli di bilancio ha prodotto, negli ultimi anni, una progressiva centralizzazione dell'assetto istituzionale del SSN concentrando a livello regionale poteri e risorse finanziarie a spese dell'autonomia delle aziende sanitarie e dell'interlocazione e collaborazione a livello territoriale. Questo ha reso ancor più

difficile l'integrazione tra i servizi sociali dei Comuni e quelli sanitari (integrazione che è invece essenziale per curare efficacemente e in modo attivo le malattie croniche).

La pandemia, evidenziando debolezze già presenti nel sistema, ha fatto emergere una drammatica carenza di risorse professionali che sta aggravando le condizioni lavorative degli operatori e che, non potendo certo essere risolta in tempi brevi, influirà negativamente sulla quantità e sulla qualità delle cure erogate.

A tutto questo si aggiunge il pericolo costituito dalla crescente pressione, esercitata da numerose Regioni, volta a ottenere, tramite la cosiddetta "autonomia regionale differenziata", un sostanziale ridimensionamento dei principi di solidarietà ed eguaglianza che stanno alla base del servizio sanitario e di altri servizi pubblici essenziali come la scuola.

Mai come in questo momento è necessario difendere i principi e i valori costitutivi del nostro SSN. Occorre che adeguamenti organizzativi o eventuali cambiamenti istituzionali siano elaborati attraverso un dibattito aperto volto a condividerne, su scala nazionale, i principi fondamentali. La promozione della legalità e dell'integrità del SSN dovrà necessariamente trovare spazio in questa discussione per ispirare la definizione di alcuni di questi principi fondamentali, primi fra tutti la regolazione dei rapporti con gli erogatori privati e la gestione dei conflitti di interesse.

Il perimetro ampio

La promozione della legalità nel sistema sanitario ha bisogno di far luce (illuminare, appunto) su un ampio complesso di meccanismi che stanno alla base del suo funzionamento. Solo in questo modo è possibile identificare, oltre alla illegalità presente, tutti quei fattori di rischio su cui far agire la prevenzione.

La sanità è, strutturalmente, un luogo in cui si determinano numerosi conflitti di interesse. Questo avviene perché chi ha bisogno e consuma le prestazioni sanitarie si trova in una posizione subordinata rispetto a chi le produce e le eroga.

Si tratta di un divario quasi fisiologico (dovuto alla complessità dell'essere umano e della medicina) che può facilmente essere sfruttato da chi vuole perseguire i propri interessi e attenuato potenziando la capacità dei pazienti e dei decisori di riconoscerne la presenza e mitigarne l'impatto.

La tassonomia dei fattori di rischio, e dell'illegalità conseguente, è andata via via arricchendosi e articolandosi. Accanto ai fattori con impatto prevalentemente economico (negli appalti, nei meccanismi di rimborso, ecc.) sono emersi fattori che minacciano la sicurezza dei cittadini e dei pazienti (nei sistemi di autorizzazione, accreditamento e controllo e nell'attività di vigilanza) e fattori che riguardano l'ambito clinico e scientifico (nell'esercizio della libera professione, nella prescrizione di farmaci e presidi, nella conduzione e comunicazione della ricerca scientifica).

Interessante osservare come conflitti di interesse e fattori di rischio abbiano coinvolto un'ampia varietà di soggetti presenti nel sistema: non solo i portatori di interessi economici diretti (le aziende farmaceutiche o la sanità privata) ma anche le associazioni professionali e quelle dei pazienti, il mondo della ricerca scientifica oltre a singoli professionisti.

La contingenza in cui versa il nostro servizio sanitario nazionale ha aperto la porta a vecchie e nuove problematiche soprattutto attraverso la crescita delle privatizzazioni ed esternalizzazioni per la produzione di servizi e per il reclutamento del personale.

Ma è il campo della ricerca scientifica quello che ha rivelato la presenza delle più numerose criticità: la ricerca indipendente è divenuta ormai marginale e i finanziamenti, ormai quasi tutti

provenienti dal mondo dei produttori, condizionano il contenuto, la qualità e la divulgazione degli studi scientifici.

Numerosi rischi sono stati identificati e segnalati (dalla falsificazione dei bisogni a quella dei risultati, alla distorsione della comunicazione) ma i meccanismi utilizzati per assecondare le pressioni di mercato sono spesso insidiosi e difficili da riconoscere da parte dei singoli sanitari o dei decisori pubblici. Insomma: la qualità e la quantità dei fattori di rischio per la legalità e l'integrità sono aumentati e il perimetro delle insidie su cui occorre far luce si è ulteriormente ampliato.

La costruzione delle reti

Nel decennio trascorso sono state varate, in Europa e in Italia, numerose norme dedicate alla regolazione delle situazioni conflittuali (soprattutto attraverso lo strumento della trasparenza) e norme esplicitamente rivolte alla prevenzione della corruzione.

Nonostante il rilievo, anche simbolico, di queste norme il loro impatto reale appare modesto come dimostrano i numerosi monitoraggi indipendenti realizzati nel frattempo.

A parte alcune lodevoli eccezioni, nel sistema sanitario italiano, queste norme non sono andate oltre la ritualità applicativa (la nomina di responsabili con pochi strumenti, la stesura di piani solo teorici, il restyling dei siti aziendali), hanno alimentato il mercato delle consulenze e non hanno intaccato i determinanti organizzativi e culturali dei rischi.

Anche sul versante della ricerca scientifica le norme che dovrebbero assicurare la trasparenza (ad esempio quelle che impongono l'obbligo di pubblicare i risultati che vengono, invece, occultati se non funzionali agli interessi dei finanziatori) sono state ignorate o aggirate da istituzioni e agenzie regolatorie nazionali.

Le profonde trasformazioni in corso nel mondo dell'editoria scientifica (la riduzione del numero degli editori e la proliferazione delle riviste, l'accelerazione e la debolezza dei processi di valutazione) hanno reso ancor più complesso il reperimento di informazioni valide e affidabili nella moltitudine dei prodotti editoriali disponibili.

Nei dieci anni trascorsi le risposte sono state parziali e insufficienti a contrastare rischi sempre più numerosi e insidiosi. Però molto cammino è stato fatto, come ricordato nella sua introduzione, e alcune lezioni sono state apprese. E la necessità di costruire una solida rete di alleanze con entità e soggetti aventi interesse a promuovere e tutelare l'integrità del sistema salute resta centrale e si arricchisce di buone ragioni.

L'esperienza di questi anni suggerisce di ridurre l'attenzione verso gli adempimenti normativi e dedicarsi alla promozione della cultura della legalità in ambiti dove maggiori sono le potenzialità di impatto. Il mondo professionale è certamente quello su cui concentrare le maggiori energie. Tra i professionisti della salute i valori dell'etica e della difesa del servizio sanitario nazionale trovano forte interesse e motivazione.

Come suggerito da molti contributi occorre, con intento preventivo, agire precocemente segnalando problemi e fornendo strumenti critici ai professionisti esordienti se non, addirittura, corroborando i loro percorsi di formazione.

Costruire reti significa, però, entrare in relazione significativa con questi mondi, confrontarsi con gli interessi e le priorità che li caratterizzano, convergere verso valori condivisi. Un compito non facile data la pluralità e la specificità delle figure professionali presenti e gli ostacoli culturali e organizzativi che ancora limitano il lavoro di squadra nelle organizzazioni sanitarie.

La legalità può costituire proprio un valore condivisibile e la sua promozione può essere una attività su cui sollecitare la collaborazione e il coordinamento tra professionisti diversi.

Lo dimostrano le esperienze virtuose della gestione integrata dei rischi che andrebbero fatte conoscere ed esportate a tutte le realtà potenzialmente interessate.

Per quanto riguarda il mondo della ricerca è soprattutto necessario accrescere la capacità critica di ciascun fruitore per orientare la navigazione nel mare della produzione scientifica. Un compito difficile che può però avvalersi di nuovi strumenti. La lunga e ricca esperienza della evidence based medicine ha elaborato strumenti e produce pubblicazioni che agevolano la valutazione critica dei risultati scientifici. Una articolata rete di biblioteche mediche del SSN mette questi strumenti a disposizione dei professionisti e fornisce loro assistenza.

La difesa del SSN dai tanti pericoli che lo insidiano, infine, può costituire un nuovo importante obiettivo su cui ricercare alleanze e convergenze con la miriade di soggetti, anche istituzionali, potenzialmente interessati. Una nuova stagione per un progetto che occorre, senz'altro, rilanciare e proseguire.

9. Il valore dell'affidabilità delle aziende sanitarie: la gestione integrata dei rischi

Giovanna Paggi[°] e Andrea Vannucci^{°°}

[°]Coordinatore del gruppo tecnico di valutazione accreditamento - Regione Toscana

^{°°}Professore a contratto di Programmazione, Organizzazione e Gestione delle Aziende Sanitarie, Università di Siena

Il sentimento comune dei pazienti, dei cittadini, delle istituzioni e degli altri stakeholder è quello che ci si possa fidare delle organizzazioni del sistema sanitario, delle persone che ci lavorano e dei servizi che li erogano. Cosa vuol dire fidarsi di un'azienda sanitaria?

Sapere che è in grado di garantire prestazioni efficaci e sicure, con risultati vicini ad errore zero, nonostante che operi in ambienti imprevedibili e in situazioni intrinsecamente rischiose. Dobbiamo considerare le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere far parte di quelle organizzazioni definite *High Reliability Organization (HRO)*.³²

Quelle, che in altri contesti sono rappresentate, ad esempio, dai sistemi di controllo aereo o dalle centrali nucleari. Organizzazioni che realizzano le loro attività a ciclo continuo, o comunque a ritmi sostenuti e che devono mantenere una capacità costante di replicarle nel tempo, senza recare danni alle persone, a sé stesse e ai contesti sociali e ambientali in cui operano, adottando standard di qualità e sicurezza molto elevati. Ad oggi il principale limite perché le aziende sanitarie siano in

³² KE Weick e KM Sutcliff Governare l'inatteso. Organizzazioni capaci di affrontare le crisi con successo Raffaello Cortina Editore 2010

grado di esprimere tutto il loro potenziale di valore è limitato dal permanere della struttura a “silos” che le caratterizza, frutto di una struttura formale basata sulla gerarchia e sul potere delle posizioni (la sua rappresentazione classica è l’organigramma).

Con questo tipo di organizzazione si determinano condizioni che contrastano un adeguato flusso delle informazioni e delle conoscenze e mantengono un contesto in cui il livello di interoperabilità è insufficiente. Il tempo richiesto per il flusso delle informazioni che sono virali se sono tempestive e utili per generare altre idee è molto al di sotto delle potenzialità e delle necessità.

Cosa fa sì che un’organizzazione sia altamente affidabile? La capacità di sviluppare una “mente collettiva”, cioè una rete neurale che funziona con fitte interconnessioni. La mente collettiva ha il vantaggio di condividere i saperi degli operatori in un ambiente socialmente aperto alla comunicazione che genera interazioni costanti e attenzione distribuita.

Alla base di questo c’è la necessità di livelli molto elevati di comunicazione che costituisce la vera relazione tra le persone che operano in una comunità lavorativa. Gli operatori interagiscono come gruppi di pari: un team in cui il flusso di informazioni e comunicazioni consente all’organizzazione di essere più resiliente, cooperativa e capace di ridurre la probabilità di commettere errori.

Quanto più un’azienda sanitaria si avvicina a questa realtà tanto più essa risulterà altamente affidabile minimizzando il rischio di eventi avversi. L’approccio tradizionale in una organizzazione sanitaria è che le attività sono regolate da procedure, protocolli, istruzioni operative con ruoli definiti e livelli di responsabilità organizzati in modo gerarchico.

Questa non è una garanzia di sicurezza sufficiente. Inoltre le organizzazioni sanitarie gestiscono la varietà e la complessità

dei rischi che devono affrontare con un approccio “specialistico”, gestendo spesso in modo separato sicurezza dei pazienti, qualità delle cure, sicurezza nell’uso di farmaci e dispositivi medici, sicurezza del lavoro, sicurezza ambientale, sicurezza delle tecnologie, garanzia della legalità e dell’etica dei comportamenti, gestione finanziaria e delle risorse umane, gestione degli affari legali e dei contenziosi. In che cosa consiste passare ad una organizzazione altamente affidabile?

Nel fronteggiare situazioni di emergenza, imprevedibili, attraverso la capacità di modificare i propri comportamenti organizzativi. Lo scheletro formale delle gerarchie e delle procedure viene affiancato da un’organizzazione informale e coerente con la natura del problema e il personale opera “tra pari”, privilegiando la comunicazione e la cooperazione con modalità e strumenti inusuali.

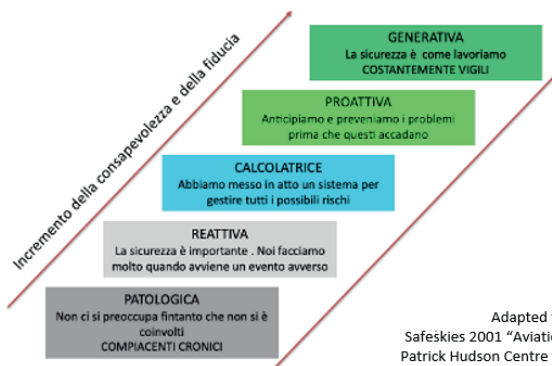
Questo è quanto è avvenuto ad esempio in quegli ospedali che hanno fronteggiato con successo l’emergenza del coronavirus. Nella situazione di incertezza, la struttura organizzativa era in grado di cambiare radicalmente di ora in ora, i sanitari interagivano come gruppo di pari, creando team in cui il flusso di informazioni e di comunicazioni consentiva all’organizzazione di essere in grado di reagire alle situazioni più imprevedibili e capace di ridurre la probabilità di commettere errori.

Se vogliamo comprendere il livello di affidabilità di un’organizzazione dobbiamo stabilire quale sia il suo livello di capacità nell’affrontare situazioni inattese. Si possono così definire cinque livelli incrementali della sicurezza come rappresentati nella Figura 1 di seguito riportata.

In conclusione, dobbiamo considerare il fatto che l’affidabilità è insita sia nella struttura organizzativa che nei processi clinico assistenziali. I cinque punti chiave perché una organizzazione diventi “generativa” di consapevolezza e fiducia consistono nel:

1. **Contenimento degli eventi inattesi**, ricorrendo a esperti quando non si hanno competenze sufficienti, avere strutture decentralizzate e non gerarchiche, curare formazione e competenze, definire Procedure per «l’inatteso»;
2. **Leadership «aperta»**, facilitando la comunicazione dal basso verso l’alto delle cattive notizie, organizzando audit proattivi, coinvolgendo sempre il personale di linea;
3. **Orientamento all’apprendimento**, promuovendo l’aggiornamento professionale continuo, la comunicazione aperta e l’analisi delle cause radice (Root cause analysis) degli incidenti;
4. Una **“giusta” cultura** che consiste nell’incoraggiare a segnalare qualsiasi evento, anche solo potenzialmente avverso, senza paura e vergogna favorendo il senso di responsabilità individuale così come le discussioni aperte sugli errori;
5. **Anticipazione dei problemi** che prevede che non dobbiamo preoccuparci dei possibili insuccessi e non cercare semplificazioni forzate perché operiamo in sistemi complessi.

Figura 1



Adapted from
Safeskies 2001 "Aviation Safety culture"
Patrick Hudson Centre for Safety Science,
Leiden University

10. L'integrità nelle professioni sanitarie italiane

Michela Giannetti e Alessandro Beux

Federazione nazionale Ordini dei tecnici sanitari
di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche,
della riabilitazione e della prevenzione

La mancanza di integrità nel mondo della salute è un problema che porta a danni maggiori rispetto ad altri settori della società perché tocca le persone in momenti di bisogno e vulnerabilità. Gli interessi sono molti e gli episodi di corruzione mettono in luce quando l'interesse del cittadino viene accantonato a favore di interessi privati. Dietro il tema della integrità della salute vi è una visione della stessa non solo come bene privato della singola persona, ma come bene comune a cui tutti siamo chiamati a dare il nostro contributo.

Si tratta di trasformare le asimmetrie informative e la mancanza di sufficiente conoscenza da problema in opportunità. Facendo, quindi, luce sulla complessità del sistema e mettendo al centro in modo concreto i cittadini. E nel fare questo l'etica e i valori giocano un ruolo di primo piano, essendo il punto da cui partire per riuscire a trasformarli da parole in azioni concrete in grado di guidare ogni giorno gli operatori del settore.

Ogni giorno i cittadini cercano una risposta ad un problema legato al loro benessere e al contempo una grande e complessa organizzazione fatta di professionisti e strutture sanitarie e sociali cerca di dare una risposta ad esso. È naturale che dietro a questa sequenza di azioni ruotino molti interessi, la maggior parte dei quali legittimi. Se nella maggior parte dei casi le persone vivono una esperienza positiva nell'interazione fra questa

domanda di salute e la relativa risposta, si possono tuttavia nascondere comportamenti opportunistici, non tesi al benessere della singola persona, ma mirati a soddisfare interessi particolari.

Il primo e più importante elemento che viene minato quando si è in presenza di un episodio di corruzione o di infiltrazione criminale nel sistema della salute è legato alla fiducia da parte delle persone. Va tuttavia sin da subito detto con forza che la maggior parte di coloro che lavorano nel sistema della salute sono persone oneste che ogni giorno operano per il bene dei cittadini e delle persone assistite. E sono pochi quelli che sporcano il buon lavoro e la reputazione dei molti, creando dei danni enormi e andando a incidere sulla fiducia delle persone.

Il primo fattore di rischio per l'integrità del sistema riguarda un elemento costitutivo che caratterizza il sistema della salute ed è la non perfetta conoscenza/asimmetria informativa della realtà da parte di cittadini e spesso anche degli operatori, quando per lo stesso problema vengono fornite risposte diverse. E qui entra in gioco il tema degli interessi: queste differenze di opinioni e punti di vista potrebbero essere eticamente accettabili se legate al cercare di fare il bene della persona assistita, molto meno se legate al fatto di fare gli interessi privati di qualcuno. Rimanendo in ogni caso aperto il tema sul chi decida l'accettabilità etica della cosa.

L'altro elemento di rischio sono i conflitti di interesse³³. Fenomeno sempre esistito nell'ambito della salute: si pensi che già nel Medioevo si poneva il tema di evitare contiguità fra

³³ Dirindin N, Rivoiro C, De Fiore L Conflitti di interesse e salute. Come industrie e istituzioni condizionano le scelte del medico Il Mulino 2018.

medici e coloro che dispensavano medicinali, e fu l'Imperatore Federico II il primo a porre delle regole in questa direzione³⁴.

In generale abbiamo dei potenziali conflitti di interesse quando una persona ha un interesse privato che potrebbe incidere sulla tutela dell'interesse primario, rappresentato dal cittadino. Sappiamo che di per sé avere un conflitto di interesse non rappresenta un problema, semplicemente è un campanello di allarme di una situazione a rischio, su cui vanno prese le opportune misure di attenzione.

Spesso siamo abituati a fare una classificazione in cui consideriamo i mafiosi più pericolosi dei corrotti, in quanto li pensiamo più violenti. Questa in realtà è una sottovalutazione dei problemi che la corruzione può portare. Pensiamo al danno che un ricercatore può far nascondendo gli effetti collaterali di un farmaco e poi quella molecola viene assunta da milioni di persone che avranno anche pesanti effetti collaterali.³⁵ O dell'apicultore che sparge l'antibiotico nella sua arnia in modo del tutto inappropriato, o dell'uso improprio degli antibiotici negli allevamenti, che indirettamente a distanza di tempo faranno sviluppare resistenze a quelle molecole.

Questi esempi ci portano a dire come ogni atto corruttivo e mafioso nel sistema della salute abbia un impatto che può essere letto da diversi punti di vista³⁶:

³⁴ Franco Lupano, *Non habeo societatem cum aliquo apothecario*, Occhio Clinico n. 5 maggio 2007, p. 28-29.

³⁵ Gotzsche PC *Medicine letali e crimine organizzato*. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario 2015 Giovanni Fioriti Editore.

³⁶ Come prevenire illegalità e corruzione nel sistema sanitario e sociale In *Pratica* 2015 Il Pensiero Scientifico Editore.

- sulla salute e sicurezza delle persone: generando malattie, disabilità e morti evitabili. Si pensi ad una discarica con rifiuti pericolosi, un dispositivo medico non sicuro, un cantiere in cui i lavoratori operano in condizioni rischiose, un intervento chirurgico inutile;
- economico: con uso in modo improprio delle risorse disponibili, sia acquistando beni e servizi a prezzi inadeguati o inutili, sfruttando la corruzione per arrivare a imporre quelle scelte, sia facendo scelte terapeutiche ed assistenziali errate per favorire interessi specifici;
- di freno alla innovazione: chi è corrotto non vuole cambiare il sistema e si oppone ad ogni forma di miglioramento della situazione esistente;
- di equità: gli atti corruttivi producono essi stessi disuguaglianze e colpiscono maggiormente le persone che hanno meno possibilità di difendersi, anche in termini di conoscenze del sistema.³⁷

Per affrontare questi temi nell'ambito delle professioni sanitarie nel 2017 è nato il progetto EtiCare, una collaborazione fra il progetto Illuminiamo la salute e la Federazione nazionale dei Collegi dei Tecnici sanitari di radiologia medica, nel 2018 diventati Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (TSRM e PSTRP). Obiettivo della collaborazione è stato quello di fare sì che il tema dell'etica e dei valori sia sempre più preso in considerazione all'interno delle professioni sanitarie e anche dentro le aziende sanitarie (progetto EtiCare – www.tsrn.org/eticare). EtiCare, come sostantivo legato

³⁷ Sul tema della lotta alle disuguaglianze nella salute si legga Marmot M. – La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto 2016 Il Pensiero Scientifico Editore

all'etica, come azione del saper trasformare l'etica in azioni concrete.

Come parte del progetto abbiamo somministrato nel settembre 2019 un questionario di 6 domande a tutti i professionisti appartenenti alla Federazione nazionale Ordini TSRM e PSTRP e hanno risposto 6.781 operatori. La domanda chiave del lavoro è stata l'aver assistito direttamente negli ultimi 12 mesi a fenomeni di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del proprio ambito professionale. In media il 32% dei professionisti ha risposto affermativamente, con il dato maggiore nelle professioni maggiormente legate ad interessi commerciali come i Tecnici ortopedici con il 62% e i Tecnici audioprotesisti con il 53%.

In generale fra le forme che i professionisti hanno ritenuto di segnalare di scarsa integrità, corruzione o poca trasparenza all'interno del proprio ambito professionale si segnala come preponderante il fenomeno dell'abusivismo delle professioni, il tema della selezione del personale e quello generale dei favoritismi. Altre forme di mancanza di integrità riguardano solo per fare alcuni esempi la collusione fra prescrittori, aziende produttrici e rivenditori di dispositivi, il tema della prescrizione di diete senza alcuna evidenza, l'effettuazione di esami a persone conosciute saltando le liste di attesa, la ricezione di vantaggi dopo la segnalazione agli assistiti di colleghi, l'effettuazione di interventi diagnostici e terapeutici inutili, ecc.

In generale le soluzioni proposte dai professionisti hanno riguardato principalmente alcune categorie: il rafforzamento dei controlli, lo svolgimento di attività formative sui temi dell'etica e dell'integrità, una buona gestione delle risorse umane, come le supervisioni e gli audit sulle attività svolte, il lavoro in team multidisciplinari e le politiche legate al benessere degli operatori.

I risultati della presente indagine ci forniscono alcune importanti indicazioni rispetto al tema della integrità all'interno del sistema salute.

La prima come sia arrivato il momento di non lasciare più sole le aziende sanitarie a gestire questo tema, perché il rischio di avere una visione burocratica è molto alto. Burocrazia che crea anticorpi e a volte è essa stessa generatrice di situazioni opache. Lavorare sul tema della integrità significa costruire organizzazioni snelle, semplificare i percorsi di diagnosi e assistenziali, renderli trasparenti e facilmente conoscibili, in termini di struttura organizzativa, di esiti ottenuti e di risorse impiegate.

Come le risposte del questionario mettono bene in evidenza i temi riportati toccano la salute a 360 gradi: dalla sicurezza degli interventi, alla loro appropriatezza ed efficacia, all'organizzazione dei percorsi assistenziali. Anche da qui si vede bene come sia necessario adottare un approccio di gestione del rischio integrata, che superi le barriere fra i diversi rischi esistenti nelle aziende sanitarie (clinico, dei lavoratori, privacy, strutturale, integrità, ecc). Questo per favorire sia l'efficacia delle azioni di mitigazione del rischio, sia per rendere più efficienti questi meccanismi.

E il tema dei valori e dell'etica deve essere assunto dalle singole organizzazioni come elemento centrale del loro agire quotidiano. I problemi segnalati nell'ambito della gestione delle risorse umane mostrano la necessità di un approccio proattivo e non solo di gestione amministrativa in questo ambito. I problemi legati alle selezioni del personale, la presenza di favoritismi, il mobbing e i comportamenti inadeguati rispetto all'orario di lavoro sono tutti elementi che andrebbero gestiti con un approccio innovativo delle risorse umane all'interno delle organizzazioni sanitarie. Troppo spesso nelle aziende sanitarie troviamo ancora solo una gestione del personale che si occupa

della parte burocratica di questo e non della parte di sviluppo e di valorizzazione delle risorse umane presenti in azienda.

L'altro punto riguarda il tema dell'appropriatezza degli interventi: molti operatori ne segnalano la mancanza e denunciano le prescrizioni di esami diagnostici e terapie fatte solo per interessi economici. Anche in questo caso è necessario uno sforzo importante sia da parte delle aziende sanitarie, sia anche degli Ordini professionali per arrivare ad offrire interventi sicuri e di dimostrata efficacia terapeutica.

Un elemento proposto dai professionisti è stato quello della formazione e della crescita culturale sui temi dell'etica e dei valori. Da questo spunto di riflessione si è deciso di proseguire il lavoro promuovendo una nuova iniziativa nel progetto *Eti-Care* in cui esplorare come, nei loro ambienti lavorativi, i professionisti e le professioniste sanitarie degli Ordini TSRM e PSTRP danno senso ai valori che fondano la Costituzione etica a cui, tra il 2019 e il 2021³⁸, la Federazione nazionale ha lavorato per favorire la capacità del suo mondo multi ed interprofessionale di edificare insieme una sanità più equa, appropriata, sicura ed efficace, apportando ognuno il proprio specifico, indispensabile e non surrogabile contributo da costruttore. La fase iniziale ha interessato tre Ordini TSRM e PSTRP³⁹. Oltre a fornire elementi coerenti con quelli registrati col questionario del 2019, l'iniziativa ha fatto emergere quelle buone pratiche che, a partire dai vincoli e dalle possibilità di trasformare gli orientamenti valoriali in azioni nei contesti di

³⁸ Costituzione etica della Federazione nazionale Ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, luglio 2021.

³⁹ Milano-Como-Lecco-Lodi-Monza Brianza-Sondrio, Ancona-Ascoli Piceno-Fermo-Macerata e Catanzaro-Crotone e Vibo Valentia.

lavoro, caratterizzano l'esperienza quotidiana in diversi territori e in differenti settori. I gruppi di approfondimento composti da professionisti/e - accompagnati nella riflessione e nello scambio da un'antropologa culturale⁴⁰ - sono stati invitati non solo a condividere e confrontarsi sui diversi modi in cui alcuni valori cardine che orientano l'agire quotidiano trasversalmente alle diverse professioni sanitarie vengono declinati a seconda della specifico ruolo professionale e dell'ambito lavorativo, ma anche ad identificare proattivamente strategie operative per trasformare questi stessi valori in prassi, anche e soprattutto in situazioni e condizioni percepite come critiche, difficili od opache. Le principali proposte ritenute utili per una gestione consapevole, partecipata e qualificata delle storture del sistema sanitario da parte dei professionisti che vi operano sono risultate essere l'esigenza di consolidare il senso di appartenenza rafforzando la resilienza morale e l'organizzazione di iniziative volte a promuovere maggiore consapevolezza sull'etica professionale.

Nella quotidianità si produce spesso una dissonanza tra ciò che il professionista vorrebbe fare e ciò che di fatto può fare. La letteratura definisce ciò che questa dissonanza provoca con il termine *moral distress*, cioè l'impossibilità di agire sul lavoro secondo i propri valori. Questa condizione di sofferenza morale si riverbera non soltanto sul benessere del professionista, ma anche sulla qualità della cura della persona assistita e sul sistema sanitario nel suo complesso.

Partendo dalla relazione su quanto emerso nella fase iniziale, il progetto si sta ora strutturando per coinvolgere gli altri 58 Ordini TSRM e PSTRP, continuando a fare leva sulla loro multi-interprofessionalità.

⁴⁰ Francesca Crivellaro, con il supporto di Cecilia Gallotti e Antonio Cerchiaro.

Tale impostazione e visione plurale, di cui abbiamo bisogno per correggere le storture del mondo in cui viviamo, non è tanto fisica quanto concettuale e valoriale. Se la comunità è la risultante dell'opera coordinata degli individui che ne fanno parte, quest'ultima è il frutto della condivisione a monte di valori comuni, in cui si riconosce la pluralità delle singolarità.

In assenza di tale tessuto connettivo valoriale, ciò che caratterizza in termini distintivi ogni singolo individuo, ogni singolo nucleo familiare, ogni singola comunità culturale, religiosa, politica, professionale, etc..., ogni singolo Stato, ogni singola Federazione di Nazioni e, in ultima battuta, l'Umanità intera, non riesce a compiersi quale peculiarità che arricchisce il tutto, ma si limita a manifestarsi quale differenza che separa e, prima o dopo, contrappone.

Il nostro miglior futuro è nella capacità di unire, di ricondurre le preziose differenze a una identità comune; ogni separazione, ancorché lecita, è dannosa, perché inevitabilmente foriera di antagonismo; e quest'ultimo ha un ineludibile impatto negativo sulla dimensione comune.

11. Perché le mafie sono così interessate all'ambito veterinario

Eva Rigonat
Medico Veterinario

Il settore del cibo vale in Italia circa il 25% del PIL⁴¹. Il 16% circa del PIL generato dalla filiera del cibo viene dal settore degli alimenti di origine animale; carne, latte, formaggi, miele uova e alimenti che li contengano. Il cibo è salute e la sua prima caratteristica deve essere quella di essere sicuro.

La filiera del cibo inizia nel campo, dalla produzione degli alimenti per gli animali fino alla distribuzione, vendita ed elaborazione eventuale dei loro prodotti (latte, miele, uova...) o delle loro carni, passando per la stalla, il macello, l'industria alimentare. Lungo questa filiera i controlli per la sicurezza alimentare, e dunque della sicurezza alimentare di ciò che arriverà nel piatto del consumatore, competono per la stragrande maggioranza ai veterinari. Veterinari pubblici, dipendenti del Ministero della Salute.

Il veterinario pubblico, lungo questa filiera, interviene capillarmente sul territorio a fianco del produttore ma anche nei suoi confronti quando inadempiente, con prescrizioni, sanzioni e se necessarie denunce all'autorità giudiziaria. Professione poco conosciuta, incide pesantemente sul business della filiera alimentare. Il suo operato ostacola gli interessi di chi, ai margini o fuori dalla legalità, non vuole investire sulla sicurezza

⁴¹ Fonte ONU anno 2021: www.coldiretti.it/economia/onu-il-cibo-e-la-prima-ricchezza-ditalia-con-il-25-del-pil

alimentare, pesa economicamente con sanzioni spesso corpose a punire comportamenti illeciti e provvede alla stesura di relazioni che a loro volta determineranno il decurtamento o l'annullamento dei finanziamenti europei⁴² su cui si regge buona parte delle attività zootecniche.

L'attività della professione veterinaria si estende oggi anche al controllo del benessere animale, peraltro strettamente legato alla salute degli animali e, di conseguenza, alla salubrità dei prodotti che ne derivano, e al controllo della lavorazione degli scarti derivanti da quei prodotti e da quelle filiere⁴³.

Oggi la filiera della produzione di alimenti di origine animale è quasi completamente assoggettata al rispetto di normative di derivazione comunitaria. Negli ultimi anni la professione veterinaria è stata quella maggiormente coinvolta dal diritto comunitario a sottolineare l'importanza riconosciuta del suo ruolo.

Qualunque grande business, pubblico o privato, attira le mafie. Il settore del cibo non fa eccezione e *l'Osservatorio sulla criminalità agroalimentare*⁴⁴ con i suoi rapporti annuali ce lo rammenta, illustra e spiega puntualmente. In questo incontro tra ruolo di tutela della salute pubblica da esercitare, da una parte, e interessi da perseguire, dall'altra, il veterinario, particolarmente quale pubblico ufficiale, si pone come figura sempre coinvolta e da incentivare o da neutralizzare. Luigi Ciotti ci ha ricordato come più che le ragioni presto dette dell'interesse delle mafie per la veterinaria, riflessione e sforzo hanno

⁴² Il finanziamento della PAC: www.europarl.europa.eu/factsheets/it/sheet/106/il-finanziamento-della-pac

⁴³ Cosa fa il veterinario pubblico: da Veterinaria e Mafie p. 67 www.illuminiamolasalute/veterinariaemafie

⁴⁴ Osservatorio Agromafie: www.osservatorioagromafie.it/6-rapporto-sui-crimini-agroalimentari-in-italia/?_waf=1

riguardato in questi anni, l'illuminare luoghi e modi di quella forza delle mafie che non sta nelle mafie, ma fuori, in quella zona grigia costituita da segmenti della politica, del mondo delle professioni e dell'imprenditoria al fine di declinare luogo e modo dell'intervento.

Ad essere devastata dalla corruzione, qualunque essa sia, è l'efficienza del sistema, ossia l'abilità di raggiungere gli obiettivi impiegando le risorse minime indispensabili, ossia senza sprechi di tempo, denaro e lavoro. Nel mondo della veterinaria non è infatti l'efficacia ad essere messa in discussione; nella capacità stessa di raggiungere l'obiettivo la professione è, per gran parte, sostenuta da competenze tecniche più che dimostrate oltre a procedure e dettami normativi dettagliati e verificabili.

È l'efficienza del sistema complessivo a dover essere attentamente sorvegliata per valutare il livello di tutela del bene della salute. Sugli indicatori di efficienza per prima difetta la legislazione che mette a disposizione della veterinaria solo 27 dei 432 indicatori riportati dalle norme⁴⁵ dando così contezza della poca importanza attribuita dalla politica alla sanità pubblica veterinaria, con conseguenti bassi finanziamenti per lo sviluppo di ulteriori indicatori. L'efficienza come si vedrà, è fortemente legata alla legalità di un territorio. Dipende più da saperi fatti di comportamenti e convinzioni necessariamente collettivi.

Certo non può prescindere dall'efficacia ma richiede altre forme di saperi. Quelli delle professioni sono oggi declinati dalla normativa europea⁴⁶ che si richiama ai concetti di sapere (conoscenza teorico professionale), saper fare (competenza

⁴⁵ www.epicentro.iss.it/veterinaria/pdf/trattazione.pdf

⁴⁶ www.eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/PDF/?uri=CELEX:02005L0036-20211210

tecnico professionale applicativa) e saper essere (competenza riflessiva/risolutiva). Le prime due forme di sapere sono chiaramente riferite all'efficacia dell'agire professionale mentre la terza è attinente all'efficienza.

Ma, oggi ancora, gli ambienti codificati in cui si trova ad operare il veterinario, sia in ambito libero professionale che ufficiale, confermano in lui, attraverso tutt'una serie di procedure applicative e di controllo, la convinzione di un bisogno del suo «solo» sapere tecnico professionale. Queste forme di sapere partono o dal presupposto di casistiche tecniche note, con analogie che le rendono riconoscibili e alle quali applicare procedure date, o sono talmente generiche e generali da non poter fornire risposte anticipate.

L'osservazione dei fattori di inefficienza (inefficacia, disorganizzazione, burocratizzazione, mancanza di strumenti e strutture, sprechi, disinteresse, complessità, frammentazione delle deleghe e responsabilità, condizioni contrattuali, metodi di selezione e condizioni di assunzione -quantità e qualità-, de-responsabilizzazione, conflitto di interesse, asimmetria informativa e trasparenza, corruzione ...) indica come contrastarla sia fortemente legato alla consapevolezza del proprio ruolo professionale ossia al saper essere.

Questa forma di sapere richiede la strutturazione del tempo di riflessione sulle casistiche con valori quali buon senso, logica, onestà, riflessione, tutela, empatia, rettitudine... In queste condizioni il servizio pubblico relega invece il dovere di onestà, ad un sapere tecnico subordinato al dettame di legge, sia esso emanazione diretta dello Stato che indirettamente, di questo, per il tramite del Codice deontologico mentre il saper essere non è assimilabile né ad un insieme di saperi e neppure ad un adattamento sociale, ma indica una caratteristica di natura etico-morale della persona, una disposizione positiva di fronte al reale.

Se l'illegalità impedisce l'espressione lecita di sapere e saper fare, essa ha per grimaldello l'indebolimento del saper essere che richiede una riflessione attorno alla relazione tra Etica, Morale, Deontologia e Legalità. La formazione verso questa consapevolezza non è contemplata dal sistema pubblico, con il risultato che, quando si affronta il tema della corruzione e delle mafie, la tendenza è quella di relazionarsi ad una platea il cui immaginario è quello di vederle come un qualcosa al di fuori di sé stessa.

Questa convinzione offusca la consapevolezza di quanto modi personali, o vicini a noi, in tutte le loro sfumature di gravità, siano il substrato su cui la corruzione vera e propria attecchisce e di come il fenomeno corruttivo sia l'incubatrice delle mafie che si infiltrano nel settore sanitario e sociale togliendo fiducia e speranze a cittadini e operatori che lavorano nel settore, come ci ricorda Luigi Ciotti.

Gli effetti di questa carente consapevolezza sono evidenti anche nei documenti delle rappresentanze apicali della professione veterinaria laddove manifestano di non conoscere l'istituto della costituzione di parte civile, in casi di indagini su veterinari⁴⁷, o di non riconoscere nel fenomeno anche il veterinario quale soggetto, e non solo oggetto, di corruzione, con il risultato di incrementare la scarsa consapevolezza di un bisogno informativo e formativo.

La corruzione, intesa quale "abuso a fini privati di un potere delegato"⁴⁸ nel mondo veterinario, come in qualsiasi altro, è sia interna che esterna e la formazione necessiterebbe di dover preparare la professione veterinaria a riconoscere l'interesse privato, anche nelle sue forme minori, spesso assimilabile a

⁴⁷ Editoriale 30Giorni: Al buio tutti i gatti sono grigi- <http://online.anyflip.com/oqfj/oxsa/mobile/index.html#p=2>

⁴⁸ www.transparency.it/informati/glossario-leggi/corruzione

scorrettezza abituale di comportamenti, quello che diffuso crea un ambiente che banalizza e sminuisce la portata di fenomeni molto più gravi, rendendoli accettabili, quali conflitto di interesse non dichiarato, condizioni di controllore controllato o di asimmetria informativa deviante.

Una particolare riflessione merita quella della condizione del veterinario quale vittima di asimmetria informativa, nel settore pubblico in cui esercita, per opera della burocratizzazione degli atti professionali, in nome di esigenze amministrative non sempre trasparenti, che negli anni hanno spesso creato lo scollamento tra azione e funzione professionale incrementando quella rinuncia all'aderenza al proprio ruolo e al saper essere.

Anche qui è mancata la riflessione sulla relazione tra Etica, Morale, Deontologia e Legalità. Se Etica e Morale richiedono la riflessione è indubbio che Deontologia e Legalità richiedono obbedienza. Quando l'obbedire alle regole si contrappone alla riflessione Etico-morale nessuna formazione è presente ad aiutare il professionista a comprendere ed esercitare la risoluzione della conflittualità con l'esercizio di una partecipazione etica alla vita aziendale, sociale, rappresentativa e politica.

Più spesso chi si avventura in questo campo viene lasciato solo e non necessariamente per volontà criminosa dell'ambiente che lo circonda ma spesso per inadeguatezza, rinuncia o avvilitamento accendendo un semaforo verde all'insediamento delle mafie vere e proprie.

Da queste riflessioni nasce la volontà nel 2018 con Illuminiamo la salute⁴⁹ e con la Libera università dell'autobiografia di Anghiari (LUAA)⁵⁰ di raccogliere le testimonianze di sette professionisti veterinari perseguitati dalle mafie e lasciati soli

⁴⁹ www.illuminiamolalasalute.it/veterinariaemafie/

⁵⁰ www.lua.it/pubblicazioni/veterinaria-mafie-eva-rigonat/

ad affrontare il problema da un sistema pubblico che, evidentemente, molto deve ancora fare per tutelare non solo i suoi operatori ma anche tutta la collettività, se vuole veramente tutelare la salute pubblica. La tournée di presentazione del libro dal 2019 ad oggi ha portato anche alla riflessione sul Che fare?

Nel presente articolo ci si riferisce all'ottima disamina di Spazioetico⁵¹ che ha per sottotitolo, appunto: Lo spazio dei comportamenti non esigibili per legge. Si ritroveranno al suo interno molte delle riflessioni già abbozzate alle quali si rimanda per l'approfondimento, soffermandoci qui solo sull'aspetto riferito al Che fare? inteso quale possibilità di espressione di un comportamento quotidiano degli operatori, generatore di circoli virtuosi all'interno di una pubblica amministrazione.

Due premesse sono necessarie all'avvio della riflessione; una vera democrazia non deve necessitare di eroi o di agnelli sacrificali, la gestione dall'alto della prevenzione della corruzione, quando tutto va al meglio, si è dimostrata largamente insufficiente. Rimane la partecipazione dal basso. In questo contesto sindacati e rappresentanze di categoria, a vario titolo, troppo spesso sono rimasti fortemente subordinati ad un ruolo di sussidiarietà dello Stato replicandone a cascata decisioni e comportamenti, rafforzando così, negli operatori, solitudine e scolamento tra realtà e roboanti enunciati. In quanto agli uffici anticorruzione interni alle aziende è risultato manifesto il conflitto di interesse per chi dovrebbe controllare e contrastare l'operato della propria Direzione quando i comportamenti scorretti e/o corruttivi si esprimono all'interno di questa.

⁵¹www.spazioetico.com/2021/11/14/riformare-la-legge-190-2012-istruzioni-per-luso

I comportamenti etici efficaci sono per lo più quelli non esigibili per legge. Nell'accogliere questo assunto l'associazionismo può avere un ruolo determinante a condizione che sia in grado di rispondere ad alcune sfide. La prima è quella dell'efficacia (pure qui) ossia chiarezza degli obiettivi da perseguire ponendo grande attenzione, al suo interno, al non dover mai coincidere con obiettivi personalistici anche solo di acquisizione di prestigio e monopolio, purtroppo frequenti nell'associazionismo, ma particolarmente deleteri quando l'argomento è l'anticorruzione.

Tra gli obiettivi, primario è lo studio degli indicatori a cui riferirsi e il determinare la volontà di intervento sulle casistiche. La seconda è l'efficienza (ancora) ossia capacità di non replicare lentezza e burocratizzazione dei modelli istituzionali in un progetto che non si sovrapponga a quanto perseguito per legge ma, nell'essere votato all'intervento sulle singole casistiche, esprima capacità di intervento puntiforme da un lato e di fare rete con altre realtà associative dall'altro. Terza ma non ultima sfida, saper proporre un modello di formazione non solo efficace ma anche pertinente e soprattutto continua con verifiche applicative territoriali.

Prevenire la corruzione nasce spesso dal poter intervenire, a monte, su situazioni ancora lontane da questa e fortemente legate a condizioni umane che hanno perso la consapevolezza, nei gesti della quotidianità, dell'appartenenza ad un'azienda pubblica, finanziata dalla fiscalità generale e avente per finalità quella della tutela della salute di tutti.

12. Ambiente e salute, una relazione sempre più importante

Massimo Brunetti

Azienda USL Modena – Illuminiamo la salute

Ogni giorno è sempre più chiara la crisi ambientale che stiamo vivendo. Ultimo in ordine temporale a mettere in luce questo aspetto è stato a ottobre 2023 Papa Francesco nella sua esortazione apostolica *Laudate Deum*, un aggiornamento dell'enciclica del 2015 *Laudato Si'*. Il tema di fondo è intervenire in modo energico su questo tema che andrà sempre di più ad incidere sul benessere delle future generazioni.

Sono tante le modalità con cui la qualità dell'ambiente in cui viviamo incide sul nostro benessere, la scelta delle fonti di energia, il tema dei rifiuti, dell'alimentazione, dei trasporti, delle politiche abitative, la qualità delle acque e dell'aria, solo per citarne alcuni.

Temi dove scelte personali si intrecciano a scelte politiche e dove gli interessi in gioco sono spesso molto molto grandi. La ricerca scientifica è sempre più in grado di trovare soluzioni ai problemi, che di fatto poi si scontrano con gli interessi in gioco, si pensi al tema della plastica che sta inquinando sia il pianeta, sia i corpi delle persone con le microplastiche. E dove corruzione e mafie giocano un ruolo decisivo.

Nel nostro percorso abbiamo collaborato con l'associazione *Cittadini Reattivi* che ha messo in evidenza quanto avvenuto sul tema dell'eternit a Casale Monferrato e nelle altre zone interessate al problema. O quello dell'Ilva di Taranto. Situazioni

peraltro presenti in tutto il mondo. Dove il bisogno di avere un lavoro, fa scendere a patti con la tutela della salute dei lavoratori e dell'ambiente circostante.

Legambiente sono anni che aggiorna un eccellente lavoro sul tema delle Ecomafie⁵², che riprende nell'ultima edizione un pensiero di Giovanni Falcone del 1991. *«Cerchiamo d'immaginarlo questo mafioso, divenuto capitano d'industria. Ricco, sicuro di potere disporre di una quantità di denaro che non ha dovuto prendere a prestito e che quindi non deve restituire, si adopera per creare nel suo settore di attività una situazione di monopolio, basata sull'intimidazione e la violenza. Se fa il costruttore, amplierà il suo raggio d'azione fino a comprendere le cave di pietra, i depositi di calcestruzzo, i magazzini di materiale sanitario, le forniture in genere e anche gli operai [...]. Gli altri proprietari di cave, gli industriali del cemento e del ferro verranno a poco poco inglobati in una rete monopolistica sulla quale egli eserciterà il controllo».*⁵³

Come ci ricorda Enrico Fontana in questa descrizione ricorrono i tratti di una criminalità organizzata capace, oggi più di ieri, di inquinare l'economia saccheggiando l'ambiente in cui viviamo. Un'aggressione "condivisa" con imprenditori privi di etica, faccendieri senza scrupoli, politici e funzionari corrotti, in particolare nelle quattro regioni a tradizionale presenza mafiosa ma non solo, come dimostrano gli scioglimenti, per il condizionamento subito dalla 'ndrangheta, dei comuni di Anzio e Nettuno, in provincia di Roma.

⁵² www.legambiente.it/rapporti-e-osservatori/rapporti-in-evidenza/rapporto-ecomafia

⁵³ Tratto da "Cose di cosa nostra", Giovanni Falcone in collaborazione con Marcelle Padovani, Rizzoli 1991

Così come il lavoro sul tema delle agromafie dell'Osservatorio sulla criminalità nell'agricoltura e sul sistema agroalimentare.

E quello delle tante associazioni che si occupano di questi temi che nelle loro attività denunciano i tanti attacchi all'ambiente e alla salute delle persone, con chiari esempi di come l'interesse di pochi prevalga sul bene comune.

In tutto questo sono tante le persone che hanno dato la vita per la salute del pianeta e delle comunità. Tanti omicidi a livello internazionale di attivisti che hanno cercato di difendere l'ambiente, più di 1.700 negli ultimi 10 anni così come riporta l'ONG Global Witness.

Nel nostro percorso abbiamo ricordato più volte le storie di Roberto Mancini, poliziotto che fra i primi aveva messo in luce lo scempio della terra dei fuochi campana. Di Natale De Grazia, Capitano di fregata, Medaglia d'Oro al Merito di Marina alla memoria, avvelenato mentre stava per chiudere le indagini sulle navi a perdere nel mediterraneo, imbarcazioni cariche di rifiuti radioattivi (si legga al riguardo il libro Cose storte di Andrea Carnì). Di Renata Fonte, assessore al Comune di Nardò, uccisa perché voleva tutelare l'ambiente di quella comunità, così come del Sindaco Angelo Vassallo. O di Ilaria Alpi e Miran Hrovatin, giornalisti uccisi mentre facevano venire alla luce traffici internazionali di rifiuti e armi (si veda www.illuminiamolalasalute.it/memoria).

Sono veramente tanti i casi in cui è l'ambiente ad essere messo in pericolo, vuoi per interventi di associazioni mafiose, associazioni riservate, vuoi per decisioni politiche che rispondono all'interesse di pochi.

Sono davvero tante le cose da dire in questo ambito, così come sono tante le associazioni che si occupano di questo tema. È evidente che risulta fondamentale lavorare sull'inte-

grità e sui valori delle istituzioni chiamate a decidere le politiche di tutela dell'ambiente e a controllare la loro applicazione. Così come risulta decisivo disegnare percorsi condivisi con la società civile e anche le industrie private per la definizione e il monitoraggio di obiettivi ambiziosi che sappiano invertire il preoccupante trend attuale ed evitare il cosiddetto *green washing* da parte di tutti gli attori in campo.

13. L'integrazione multiprofessionale al servizio del bene comune

Cecilia Gallotti

Antropologa – Università degli Studi di Bologna

Le persone sono davvero relazioni,
così come le cose sono davvero processi

(David Graeber)

Coltivare valori per promuovere il cambiamento: la mossa del cavallo

Sulla scia dell'esperienza traumatica della pandemia si osserva oggi una ripresa di energia verso quel cambiamento di paradigma che da decenni (fin dalla conferenza di Alma Ata dell'OMS nel 1978) aspira ad orientare la sanità pubblica verso una visione integrata. Gli investimenti attuali del PNRR sembrano rilanciare sul piano politico-istituzionale questa sfida, intorno alla quale numerose e svariate progettualità non hanno mai smesso di lavorare: da un modello di assistenza prestazionale e settorializzato verso un modello integrato, rivolto ai bisogni complessi, capace di intervenire sui determinanti sociali, che ricollochi la salute dentro le comunità e gli ambienti in cui le persone nascono, crescono, lavorano, invecchiano, e che oggi, con le case della comunità, si ricollochi esso stesso, come organizzazione, dentro il tessuto sociale e dentro i territori.

Nonostante questo insieme di progettualità - particolarmente attivo in alcune regioni, meno in altre - sembrano esserci ancora grandi difficoltà sul piano tecnico-organizzativo e irriducibili

resistenze culturali di fondo nei modi di pensare la salute e di esercitare la professione. Un concetto di salute così inteso, infatti, presuppone un'alleanza solida, un sapere condiviso intorno al fine/valore principale del servizio sanitario e delle professioni che lo popolano, cioè il benessere o il bene collettivo. Tale presupposto è dato per scontato e ciclicamente rilanciato nelle retoriche del discorso pubblico. Insieme alla malafede politica, che spiega perché da anni si parli del valore della salute di comunità ma nelle pratiche si sia così lontani dal realizzarla, il punto fragile è anche culturale: il bene pubblico appare sempre più spesso come un valore astratto, perdurante nell'iperuranio mondo delle idee, e non qualcosa che esiste solo in quanto agito nelle pratiche quotidiane. Paradossalmente oggi sembra di vivere un ciclo storico *a contrario*: invece di procedere nell'evoluzione dei valori democratici, il cui cuore pulsante è il welfare, questi si rarefanno progressivamente. Sembra necessario dunque, ora più di allora, impegnarsi a non dare per scontato il cambiamento culturale e concedersi, ancora, tempo e risorse non per tornare indietro o ricominciare daccapo ma per fare una sorta di mossa del cavallo, che negli scacchi va di lato per procedere: perché i valori vanno di nuovo e ogni volta condivisi, coltivati, costantemente praticati.

Detto in altre parole, tenere al centro l'idea che gli interessi particolari non debbano prevalere sull'interesse generale è questione non solo giuridica ma anche antropologica, che coinvolge le pratiche situate di attori concreti in contesti storici e culturali specifici. Se i valori non sono concetti astratti ma principi regolatori e integratori che orientano i comportamenti individuali intorno a contenuti condivisi, allora essi si esercitano in dati contesti caratterizzati da specifici vincoli e possibilità (ad es. quello sanitario), attraverso certe azioni (selezionando strumenti, mezzi, modi). Per questo, poiché l'organizzazione del mondo legato alla salute in Italia mette insieme più di trenta

diverse professionalità, è importante, se vogliamo riprendere il filo concreto della costruzione di un cambiamento, dedicare un costante e dedicato spazio/tempo alla espressione, al confronto, alla condivisione dell'orizzonte etico in modo integrato, tra i diversi professionisti, dirigenti, amministratori ma anche con utenti e cittadini.

Dialogo interprofessionale: il cavallo fa il giro lungo

Agire i valori è dunque un passaggio collettivo, non solo una mossa individuale, e necessita una presa di responsabilità di sistema che investa sul dialogo interprofessionale. In questo senso, il tema della integrazione non riguarda solo la dimensione istituzionale tecnico organizzativa - passare dalle prestazioni frammentate e localizzate a percorsi di cura multidimensionali coordinati e programmati in continuità- ma anche lo sviluppo di “capacità di prossimità”- che si giocano nella relazione del professionista con l'utente e con la sua rete intersoggettiva, ma ancor prima nelle relazioni di collaboratività tra professionisti diversi e con la rete sociale territoriale.

In concreto, una organizzazione non può affrontare il tema dei valori senza occuparsi dei professionisti, del lavorare con gli altri e per gli altri. In un recente convegno dedicato alle case della comunità⁵⁴, un illustre rappresentante delle istituzioni dichiarava che “l'empatia non si crea per decreto”. Vorremmo prenderlo alla lettera ma restiamo prudenti, pensando a quanta retorica si faccia intorno a questa parola. È confortante tuttavia constatare che, almeno nei discorsi circolanti, anche dentro le istituzioni si cominci, se non a mettere in discussione il modello di welfare basato sul sapere di tipo tecnico-normativo, almeno

⁵⁴ Convegno nazionale, *Verso le Case della comunità: discontinuità, prossimità, rigenerazione*, Università di Parma, 15 settembre 2022

a controbilanciarlo con la valorizzazione del sapere relazionale. Ma prendere sul serio l'idea che il concetto di salute integrata possa tradursi in pratiche di integrazione è un progetto etico e sociale impegnativo, se lo si concepisce in termini di riconoscimento della importanza della dimensione relazionale nei servizi. Dimensione che non investe solo la relazione medico-paziente (operatore-utente) ma coinvolge il carattere continuo delle interazioni e il fatto che esse attraversano le organizzazioni sanitarie, verticalmente e orizzontalmente, tra professionisti, tra gerarchie e ruoli diversi, entro il sistema tutto. La creazione di reti multiprofessionali, multisettoriali e multidimensionali, come vengono chiamate a volte un po' pomposamente, cioè di un modello reticolare di funzionamento del sistema non è solo un obiettivo da raggiungere attraverso interventi organizzativi e istituzionali o attraverso interventi informativi a tema. Questa può avvenire anche e forse di più attraverso processi dentro i servizi, processi lenti, processi culturali e sociali.

Quale formazione? Il giro lungo dell'antropologia nei mondi professionali

Quando parliamo di formazione bisogna intendersi. Nel contesto della sfida culturale che abbiamo qui delineato, molti concordano oggi riguardo alla necessità di investire sulla formazione come processo permanente dentro i servizi e inserito nella comunità e nel territorio, implementando il valore culturale della salute integrata insieme a un orientamento relazionale che ponga al centro la collaboratività multiprofessionale (Gomes, Guimarães, Sintoni, Franco 2016).

Ma questo ambizioso programma non può dare per scontata la capacità reale di entrare in dialogo e di ri-conoscersi tra professionisti diversi, si tratta infatti di una capacità che va for-

mata, allenata, intrattenuta nei microcontesti; perché per mettere a terra la “grande sfida” c’è bisogno anche di lavorare nel piccolo, di arrivare a incidere nelle pratiche dei singoli territori e dei singoli gruppi di operatori: bisogna scommettere sul cambiamento culturale delle persone e delle equipe, sulla formazione al pensiero integrato, sul contagio microsociale.

È su questo piano che incontriamo il contributo specifico di un approccio antropologico al processo di integrazione professionale. Senza in alcun modo voler sponsorizzare una particolare disciplina, ma nella consapevolezza della necessità oggi di stare sui confini interdisciplinari, richiamiamo l’attenzione sul fatto ancora poco noto che l’antropologia culturale, storicamente dedicata allo studio di culture “lontane”, è oggi finalmente anche in Italia sempre più applicata ai contesti professionali⁵⁵. Inizialmente, come antropologi applicati, eravamo chiamati ad occuparci di “stranieri”, cioè di migranti, di inclusione e competenze interculturali degli operatori. Oggi è cambiata la prospettiva, perché la differenza non è solo legata ad una alterità etnico-culturale, s’incontrano mondi significativamente diversi anche quando infermiere/i giovani entrano in relazione con anziani o con persone segnate dalla marginalità, così come nei rapporti tra ostetriche di prima e seconda generazione, o

⁵⁵ L’impegno applicato di ricerca, formazione, intervento degli antropologi e delle antropologhe italiani/e nella cooperazione internazionale come nei servizi sociali, sanitari, educativi, di accoglienza, negli ultimi anni è stato intenso e diffuso ma ancora poco istituzionalizzato dentro l’accademia. Da un decennio circa sono nate associazioni e riviste con il preciso scopo di fare rete e promuovere un uso sociale dei saperi e delle pratiche antropologiche nella sfera pubblica. Cfr. in particolare la SIAA Società Italiana di Antropologia Applicata www.antropologiaapplicata.com e ANPIA-Associazione Nazionale Professionale Italiana di Antropologia www.anpia.it. Per una rassegna delle ricerche recenti di antropologia applicata al welfare vd. Pozzi, Rimoldi 2022.

ancora nell'incontro fra medici di base e ospedalieri (Cozzi 2002). Differenze anche in conflitto, vista la distribuzione dell'autorità per genere e specializzazione (infermieri subordinati a medici, medici maschi maggioritari rispetto alle donne, ecc.). Il sapere che le ricerche antropologiche hanno maturato intorno alla "alterità" culturale, così come l'addestramento dell'antropologo/a a cercare di vedere il mondo attraverso gli occhi degli altri e a elaborare "gesti" eticamente orientati alla reciprocità (Fava 2019), ci invitano a una postura di "straniamento" che può essere molto utile nei complessi mondi dei servizi. È il "giro lungo" dell'antropologia, cioè guardare ciò che ci sembra *estraneo* come qualcosa di comprensibile, per vedere sotto un'altra luce ciò che ci sembra *normale*. È uno sguardo che può contribuire ad allenare una gestione consapevole delle differenze, anche di quelle professionali, per due motivi principali.

In primo luogo perché lo sguardo antropologico sui fenomeni sociali è per definizione "olistico", cioè cerca di cogliere il più possibile le relazioni complesse che li caratterizzano. Poiché anche il lavoro di cura necessita di un approccio olistico, capace di considerare i bisogni multidimensionali dell'utenza, superando le targettizzazioni imposte dalle politiche settorializzate di assistenza, la capacità di riconoscimento tra i diversi professionisti e la loro capacità di valorizzare le reciproche differenze ne è la condizione costitutiva. Per questo, l'approccio socioantropologico appare adeguato specificamente nella formazione/intervento sulla multiprofessionalità, laddove permette ai partecipanti di aumentare la consapevolezza delle variabili sociali e culturali che orientano ciascuno verso una o l'altra lettura dei fatti in determinati contesti e di attivare la riflessività critica degli operatori sulla relatività del proprio punto di vista, sulla diversità dei saperi professionali così come

sulle possibilità di mediazione e integrazione nei contesti organizzativi in cui lavorano.

In secondo luogo, perché il suo metodo è etnografico, cioè immersivo, su piccola scala, vicino ai singoli e specifici contesti organizzativi, territori, gruppi. Il metodo etnografico presuppone che il ricercatore/ricercatrice sia in grado di affiancare i protagonisti nella loro vita quotidiana e di attivare una coproduzione di conoscenza. Situarsi come etnografi nel mondo dei servizi, infatti, è per molti versi analogo ad entrare in un mondo “altro”, di cui ricostruire codici istituzionali, regole implicite, linguaggi, significati, retoriche, valori, ecc. (Gallotti, Tarabusi 2018). Un lavoro etnografico di osservazione-partecipante nelle organizzazioni consente, infatti, di trarre conoscenze inaspettate rispetto a tutto ciò che si dà per scontato e che viene inconsapevolmente riprodotto, e di condividerle con gli attori sociali coinvolti. Soprattutto, permette di costruire relazioni sul campo, trasversali ai diversi servizi e alle diverse gerarchie, che diventino esse stesse generatrici di integrazione.

Mondi professionali e progettualità attuali per “illuminare la salute”

Una significativa esemplificazione degli orientamenti qui indicati è offerta da due progetti dal carattere sperimentale, nati dalla collaborazione tra antropologhe/antropologi applicati e professioniste/i che fanno riferimento alla più ampia progettualità di *Illuminiamo la salute* e al suo programma di “agire valori in sanità”⁵⁶. Si tratta di progetti con obiettivi, dimensioni e

⁵⁶ Mi riferisco ai progetti nati dalla collaborazione tra il *Laboratorio di antropologia applicata ai servizi sociali e sanitari APP.LAB/SIAA* con l’AUSL di Modena (il *Progetto Inte(g)razioni*) e la FNO TSRM PSTRP-Federazione Nazionale degli Ordini Professionali (*Progetto EtiCare. Trasformiamo i valori e l’etica in azioni*).

durate diverse che non abbiamo lo spazio qui di raccontare; ci preme invece mettere in luce alcuni aspetti trasversali che li accomunano e che illustrano le ragioni di una innovativa collaborazione tra antropologia applicata e mondo professionale dei servizi come possibilità di lavoro formativo culturale con gli operatori e con le comunità intorno al valore della salute come bene collettivo.

Entrambi i progetti, ancora in corso, sono nati sull'onda dell'emergenza pandemica, in un momento nel quale gli attori del servizio sanitario pubblico erano travolti da forze "fuori controllo" (Eriksen 2017) trovandosi, da un lato, a rispondere a esigenze che comprimevano ulteriormente il loro spazio di azione, come il distanziamento sociale e i dispositivi di sicurezza, d'altro lato, anche a ricercare nuove forme organizzative e nuove modalità di lavoro interprofessionale e di relazione con gli utenti. Sotto la pressione dell'emergenza, alcuni dirigenti "illuminati" dei servizi si sono chiesti come rimettere al centro i professionisti che spesso rischiamo di lasciare sottotraccia o addirittura di debilitare irreparabilmente.

Le ricerche socioantropologiche che hanno esplorato i vissuti dei professionisti nel periodo della pandemia e del post-pandemia⁵⁷ segnalano una complessiva "ridefinizione dei valori" (Stengers 2021). Da un lato, si evidenziano le contraddizioni e i vincoli strutturali che la pandemia sembra avere messo a nudo

⁵⁷ Anche su questo i riferimenti potrebbero essere vari. Segnaliamo solo due risorse on line: il convegno della SIAM-Società di Antropologia Medica intitolato *Quale salute e per chi al tempo della crisi?* www.antropologiamedica.it/multimedia/3-convegno-siam-2020/ e il materiale di ricerca prodotto nell'ambito del progetto Inte(g)razioni all'AUSL di Modena www.ausl.mo.it/progetto-integrazioni

e amplificato (precarietà materiale e lavorativa, scarsità di personale, indefinizione e sottovalutazione del ruolo professionale, forme di disuguaglianza legate all'accesso e al funzionamento dei servizi, ecc.). D'altro lato, le narrazioni dei professionisti mostrano come durante la pandemia fosse paradossalmente più facile integrare specialisti dell'ospedale e medici di base, infermieri e assistenti sociali, fra chi vede i pazienti sul territorio e la presa in carico degli specialisti, ecc.: nell'emergenza si sono anche messe in campo nuove modalità di lavoro in modo integrato ed efficace.

Così, in questo solco, sono stati elaborati progetti di ricerca-formazione-intervento con approccio antropologico, per mantenere gli acquisiti preziosi e rilanciare l'integrazione e il dialogo fra i professionisti. Progetti che godono di quella continuità nel tempo che sola garantisce il cambiamento graduale e duraturo, perché per essere mantenuta nell'ordinarietà del lavoro quotidiano, l'integrazione professionale ha bisogno di un luogo e di un tempo dedicati (non ricavati) in cui poter praticare e allenare una postura relazionale di reciprocità e condivisione basata su alcuni assunti etico-metodologici cari all'antropologia e che qui decliniamo schematicamente⁵⁸.

La sospensione del giudizio. L'intercomprensione reciproca multiprofessionale ha bisogno di una postura di sospensione del giudizio, sia nei confronti di ciò che sappiamo (che diamo per scontato) sia nei confronti degli altri e dei loro diversi sa-

⁵⁸ La sintesi che segue attinge da una elaborazione comune sviluppata nell'ambito del percorso formativo realizzato all'AUSL di Modena cui hanno partecipato, oltre alla sottoscritta, Consuelo Nocentini, Federica Tarabusi, Bruno Riccio.

peri. Fare formazione in equipe sulle diverse culture professionali⁵⁹ e riflettere insieme sui propri habitus, sui modelli dichiarati ed espliciti della propria specifica professione e sulle dimensioni agite in modo implicito e inconsapevole (“faccio così perché qui si è sempre fatto così”); assumere una posizione anti-etnocentrica e anti-essenzialista, cioè guardare alla diversità dei gruppi sociali e professionali anche dal punto di vista delle differenze interne a questi gruppi e dei mutamenti che possono avvenire nel tempo... questo lavoro può aiutare a riconoscere i propri automatismi e attaccamenti in quanto professionisti e a “vedere” insieme problemi e soluzioni nuove e integrate. La sospensione del giudizio consente di modellare le proprie diversità e di co-costruire linguaggi e valori condivisi per lavorare assieme in modo cooperativo e non competitivo (Sennett 2014).

Consapevolezza dei vincoli e delle risorse di contesto. Così come l’utente può perdersi nella tortuosità dei servizi senza trovare risposte, anche gli operatori e le operatrici si ritrovano spesso a correre e “rimbalzare” da un servizio all’altro o da un territorio all’altro, per ricucire una rete che appare sconnessa e sfrangiata. La compartimentazione dei servizi, le frammentazioni “orizzontali” (ad es. tra diverse culture professionali, tra diversi servizi), ma anche “verticali” (catene decisionali tra diversi livelli dell’azienda, tra gerarchie di ruoli), la “sofferenza di posizione” dei professionisti provocata dalla violenza della burocrazia (Dubois 2009), sottraggono tempo ed energia a di-

⁵⁹ La cultura professionale è qui da intendersi come habitus, cioè un insieme di modi di fare, di pensare, di comportarsi che caratterizzano un determinato gruppo sociale o categoria professionale, che le persone interiorizzano. Cfr. Pierre Bourdieu, *Sistema, habitus, campo. Sociologia generale Vol. 2*, Mimesis, 2021.

scapito del “lavoro vero” (con le persone). Ma anche le ambivalenze del ruolo di cura, investito da diverse pressioni, tra mandati di efficacia ed efficienza, regole e norme, da un lato, e mandati di relazione, affettività ed empatia del lavoro di cura, d’altro lato (Tarabusi 2016). Anche se navighiamo a vista in un contesto pieno di contraddizioni, imparare a gestire le ambivalenze e la complessità del sistema, essere consapevoli dei problemi che caratterizzano i contesti in cui ci muoviamo, non solo ci sostiene ma anche ci concede maggiore flessibilità di ruolo e nuove possibilità di movimento.

Cedere il passo e co-costruire i bisogni di salute. Leggere i problemi in modo condiviso, mettendo in relazione diversi punti di vista, rappresenta un “potenziatore analitico” per tutti i professionisti, garantendo più efficacia e offrendo beneficio per tutti. Un altro segmento importante della postura integrativa è dunque la consapevolezza della propria “parzialità”, cioè del fatto che potrebbe essere necessario saper rinunciare ad alcuni spazi di autonomia; ma anche, al contrario, la consapevolezza che si possa lavorare oltre il proprio rigido “mansionario”, recuperando spazi di autogestione e creatività. Questo approccio coinvolge anche i pazienti/utenti: lavorare insieme significa co-costruire il bisogno di salute e la sua risposta terapeutica, come un esercizio che compiono operatori sanitari/sociali e malati/utenti insieme, volto a far emergere i significati che ciascuno attribuisce alla malattia, al disagio e alla salute stessa, includendo perciò la dimensione personale, culturale e sociale che caratterizza la rete di relazioni intersoggettive a cui il soggetto partecipa nei suoi contesti di vita. (Quaranta 2012).

Promuovere spazi di riflessività comune per allargare le maglie

In linea generale, la progettualità orientata alla “formazione per l’integrazione” che si sta portando avanti tra fatiche e riuscite in un momento così critico per il mondo sanitario pubblico in Italia e per il welfare nel suo insieme, cerca in primo luogo di aprire spazi e momenti di riflessività per osservare da lontano, ri-vedere il sistema in cui siamo inseriti come operatori, professionisti, lavoratori, cittadini. Questa visione decentrata e autoriflessiva consente di “allargare le maglie” del sistema e riconoscere spazi interstiziali per possibili cambiamenti. In secondo luogo, ma in modo intrecciato al primo, cerca di offrire tempo e spazio alla condivisione di vissuti, emozioni, esperienze comuni, promuovendo insieme ai professionisti il riconoscimento del valore del proprio lavoro, re-innervando l’agire professionale di motivazione ideale, rigenerando il senso, riempiendo di energia nuova l’impegno quotidiano. “Solo chi si percepisce soggetto di cura può prendersi cura dell’altro” dice la filosofa Elena Pulcini (2009). Riconoscere i curanti è un dovere etico collettivo, ma anche una condizione strategica per garantire una relazione di cura efficace e condizioni di sostenibilità per il personale, l’organizzazione sanitaria e la salute collettiva.

Non va dimenticato infatti che la formazione alla integrazione professionale deve sì centrarsi sulle capacità dei professionisti, ma convergendo verso i bisogni dei destinatari/utenti, che è ciò che i diversi professionisti hanno in comune. Lo sguardo resta volto verso la “comunità”, che non coincide con il territorio ma rimanda a qualcosa che abbiamo “in comune”: i bisogni di salute vanno co-costruiti con le persone coinvolte, i valori agiti come interazioni nelle microcomunità. L’oggi può essere un momento tragico o magico. Se vogliamo scommettere su

quest'ultima possibilità allora è necessario investire in più integrazione con il sociale, con il terzo settore e l'associazionismo, più rapporto con le persone, le famiglie, la scuola... In questo senso, la partecipazione non è uno slogan, è un processo complesso da costruire e da alimentare. Continuare a tessere il filo fragile del senso collettivo e della continuità è l'unico modo per attraversare una crisi potente come quella attuale. Nel nostro piccolo, facendo ogni sforzo per allargare la possibilità di co-creare nei servizi e nei territori quei dispositivi di spazio-tempo sospeso in cui modellare le proprie diversità e condividere linguaggi e valori.

Bibliografia

- Cozzi D., “La gestione dell'ambiguità: Per una lettura antropologica della professione infermieristica”, *La Ricerca Folklorica*, No. 46, Genere, sessualità, gestione del corpo, Oct. 2002, pp.27-38
- Dubois V., *Le trasformazioni dello stato sociale alla lente dell'etnografia. Inchieste sul controllo degli assistiti sociali*, 2009.
- Eriksen T.H., *Fuori controllo. Un'antropologia del cambiamento accelerato*, Einaudi, 2017.
- Fava F., “Il gesto antropologico come fonte di riflessione etica”, *Antropologia Pubblica*, 2 (2) 2016.
- Gallotti C, Tarabusi F., “*Criticità e potenzialità della formazione e della comunicazione nei campi dell'accoglienza: un'introduzione*”, *Educazione Interculturale*, 2018, 16, pp. 1 – 8.
- Gomes L, Guimarães CF, Sintoni F, Franco TB, “L'educazione permanente in salute nell'esperienza brasiliana”,

- In: Franco TB, Ceccim Burg R. *Prassi in Salute Globale: azione condivise tra Brasile e Italia*, Rede UNIDA/CSI-Unibo, 2016.
- Graeber D., *Burocrazia. Perché le regole ci perseguitano e perché ci rendono felici*, Il Saggiatore, Milano, 2016.
 - Pozzi G., Rimoldi L. (a cura di), *Pensare un'antropologia del welfare. Etnografie dello stato sociale in Italia*, Meltemi, 2022.
 - Quaranta I., “La trasformazione dell’esperienza. Antropologia e processi di cura”, *Antropologia e teatro*, No 3, 2012, pp.264-290.
 - Pulcini E., *La cura del mondo. Paura e responsabilità nell'età globale*, Bollati Boringhieri, 2009.
 - Sennet R., *Insieme*, Feltrinelli, 2014.
 - Stengers I., *Nel tempo delle catastrofi. Resistere alla barbarie a venire*, Rosenberg & Sellier, 2021.
 - Tarabusi F., “Note sui dilemmi e le opportunità di un’antropologia applicata alle politiche pubbliche”, in: *Going Public. Percorsi di antropologia pubblica in Italia*, a cura di Ivan Severi e Nicoletta Landi, CIS, Dipartimento di Filosofia e Comunicazione Università di Bologna, 2016.

14. Il valore della trasparenza e delle comunità monitoranti

Leonardo Ferrante

Gruppo Abele Onlus e Libera, Associazioni, nomi e numeri contro le mafie A.P.S

La salute e il benessere rappresentano un diritto delle persone e sappiamo come attorno a esso vi siano molti interessi. La trasparenza rappresenta un elemento utile per far sì che questi interessi convergano verso quelli dei cittadini e dell'interesse collettivo. Per tale ragione, fin dall'inizio di Illuminiamo la salute abbiamo accompagnato con il nostro impegno le operatrici e gli operatori del sistema sanitario e sociale italiano nel renderlo più trasparente e integro.

Perché' garantire trasparenza anche nel mondo sanitario

Anche il mondo sanitario e sociale, in quanto parte di ciò che è comune e pubblico, è soggetto a una decisiva rivoluzione per il nostro Paese. Dal novembre 2012, con la Legge 190 sulla prevenzione della corruzione la trasparenza delle istituzioni, sanitarie incluse, ha iniziato a diventare sempre più un diritto delle cittadine e dei cittadini e una sensibilità delle stesse istituzioni che considerano questo come un valore. Con l'approvazione del cosiddetto FOIA (Freedom of Information Act italiano) e dell'accesso civico generalizzato avvenuta nel 2016 ogni persona può ora chiedere di conoscere documenti e informazioni che prima potevano essere accessibili solo a chi deteneva un diritto relativo a quella richiesta. Per una nazione come la nostra, che per più di 150 anni della sua storia ha combattuto la corruzione con le sole armi della repressione, ha

comportato un deciso cambio di prospettiva, sapendo bene come la strada sia ancora lunga per arrivare alla totale integrità del sistema.

In alcune organizzazioni infatti la trasparenza viene ancora vissuta come puro adempimento burocratico imposto da una legge, il decreto 33 del 2013 con le sue successive modifiche, piuttosto che strumento di cambiamento e di miglioramento delle relazioni fra istituzioni e cittadini. L'essere trasparenti aiuta infatti a costruire organizzazioni che mettono al primo posto i bisogni dalle persone.

Il bilancio del nostro lavoro di questi anni è positivo (sebbene più a rilento negli ultimi tempi) e il cambiamento è certamente in atto, ma ora manca la parte più difficile: orientare la cultura di cittadini e professionisti che lavorano dentro le istituzioni, per far comprendere il potenziale di cambiamento che questo strumento rappresenta.

Come abbiamo lavorato in una fase iniziale, con Riparte il futuro

Il lavoro che abbiamo condiviso con la rete di Illuminiamo la salute si è concretizzato in una serie di “indagini di monitoraggio”, che se in una fase iniziale erano fatte da un gruppo ristretto di esperti, allo stato attuale sono strumenti sempre più fruiti direttamente dai territori e dalle comunità a cui sta a cuore il bene comune, incluso il diritto alla salute. Le prima due di queste indagini sono avvenute all'interno della campagna Riparte il futuro e si sono svolte con il supporto della Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari - AGENAS, di cui al tempo era Presidente Giovanni Bissoni. Va detto che Libera è stata la prima, in Italia, a fare questo tipo di lavoro, e lo ha fatto proprio rispetto al mondo sanitario e a distanza di pochi mesi dallo stesso decreto n. 33/2013, evidenza di una forte attenzione alla materia fin dal suo nascere.

L'azione della prima mappatura era infatti mirata a fare una mappatura sul rispetto della neonata norma sulla trasparenza da parte delle Aziende sanitarie. A partire dall'autunno del 2013, abbiamo quindi monitorato le 242 (al tempo) Aziende sanitarie italiane, specificatamente rispetto alla redazione e messa a disposizione del Piano triennale anticorruzione entro la scadenza del 31 gennaio 2014 (assieme ad altri aspetti minori, come il CV dei dirigenti).

In quegli anni l'attuale Autorità Nazionale Anticorruzione era presente (sotto il nome di Civit), ma con competenze molto minori rispetto al presente. Tali dati sono poi quindi forniti direttamente alla stessa Civit e al tempo stesso resi pubblici e manifesti all'interno del portale di Riparte il futuro, che in tempo reale indicava chi avesse adempiuto o meno all'obbligo. Il risultato di come abbia impattato quest'occhio esterno è lampante: il rispetto da parte delle Aziende sanitarie (ente non elettivo, quindi meno vincolato a doveri morali con l'esterno) è stato pari a oltre il 90%. Per comparazione, i grandi Comuni monitorati da Civit erano solo al 60%.

Abbiamo effettuato una seconda indagine di monitoraggio, più specifico rispetto a una serie di obblighi di trasparenza, nel 2016, che evidenziava come ancora, nonostante la norma, ci fosse una seria resistenza degli enti nella rendicontabilità. Di fatto questo monitoraggio ha anticipato quello che poi ora viene chiesto agli organismi indipendenti di valutazione di ogni pubblica amministrazione, ed era andato a osservare la pubblicazione e la leggibilità dei bilanci, dei bandi di gara e di concorso, delle liste di accreditamento delle strutture private, con relativi contratti, delle informazioni sulle liste di attesa, oltre che dei vertici delle aziende sanitarie, della presenza del responsabile anticorruzione e della pubblicazione del piano anticorruzione.

Raccontare oggi quei dati ha poco senso, considerato il tempo intercorso, ma va chiarito il contesto e il pensiero che ne era alla base. Il nostro obiettivo infatti non è mai stato quello di stilare classifiche, che non restituiscono appieno l'attenzione di ogni ente ai temi dell'anticorruzione e della trasparenza, sebbene servano a fotografare quanta attenzione gli Enti danno alla comunicazione, all'esterno, della loro azione amministrativa, in termini di rendicontabilità.

Il fine che ci siamo sempre preposti era sensibilizzare (gli enti e la società civile contemporaneamente) rispetto a una interpretazione genuina della normativa di prevenzione della corruzione, che sta nell'idea che rendersi conoscibili da parte della società civile sia una strategia di prevenzione non secondaria rispetto ad altre di carattere più organizzativo interno. Il nostro auspicio è da un lato il raggiungimento della piena trasparenza a opera degli enti, primo passo verso politiche di prevenzione efficaci, dall'altro l'adozione di prassi interne e politiche di prevenzione che superino la dimensione burocratica a vantaggio di una condivisione collettiva dei rischi, incentrata sull'etica dell'integrità.

Inoltre, un adempimento burocratico può essere vissuto come un'opportunità per migliorare la buona gestione delle Aziende sanitarie e la diffusione dell'integrità, oltre che un modo per "testare" la resistenza delle stesse ai rischi di malaffare.

Abbiamo potuto lavorare in questo modo perché l'innovazione prevista dalla normativa italiana è stata quella di avere in tema di trasparenza un unico schema pubblicato sulle homepage istituzionali per tutte le amministrazioni (sebbene dalla logica estremamente formale) che consente una più facile rintracciabilità delle informazioni. Permane comunque di fondo una difficoltà nel rendere comprensibili all'esterno temi molto complessi, come ad esempio quello degli appalti che cambia di giorno in giorno anche dal punto di vista normativo.

Un lavoro di monitoraggio sempre più territoriale, con Common

Accanto a queste azioni, abbiamo anche realizzato una lettura comparata dei diversi piani anticorruzione volta al fare emergere prassi positive. A riguardo, va segnalato un cambio di passo radicale nella nostra azione associativa. Se finora infatti il monitoraggio era fatto da pochi (gli esperti della rete di Illuminiamo la salute) e condiviso a molti (tramite la campagna Riparte il futuro), col passare del tempo abbiamo provato a fornire strumenti semplificati a molti (gli attivisti del territorio) coordinati da pochi (di Illuminiamo la salute), restituendo conoscenza sia sul livello nazionale che, soprattutto, locale (facilitando azioni di campaigning organizzate direttamente dai territori e non dal livello centrale). Nei fatti, consegnavamo ai territori una chiave di lettura utile a monitorare un piano anticorruzione dalla prospettiva civica.

A livello associativo di Libera, tale cambio di strategia è coinciso, nel 2017, con il passaggio dalla campagna nazionale Riparte il futuro (che evolverà poi in iniziativa autonoma fino a evolvere nel 2020 in The good Lobby) al progetto Common, che ha introdotto il modello di “monitoraggio civico fondato sul protagonismo delle comunità”.

Common, come acronimo di comunità monitoranti ma anche come significato di bene comune, è una iniziativa ancora attiva del Gruppo Abele e di Libera contro le mafie, sostenuta dal Master multi-ateneo in Analisi, Prevenzione e Contrasto della criminalità organizzata e della corruzione, che vuole offrirsi come casa per quei cittadini che si uniscono per dare forma a pratiche, strategie e realtà di prevenzione civica del malaffare. Il progetto non mette al centro le competenze tecniche (il monitoraggio civico), quanto l'azione diffusa di molti (la cittadinanza) organizzati in forme di comunità (monitorante).

Common richiama inoltre il *cum-munus*, ossia il luogo dello scambio di conoscenze volte alla costruzione della cultura per l'integrità, e i *creative commons*, quei saperi condivisi finalizzati al comprendere come lottare, da cittadini, contro il malaffare. In questo senso vengono promosse le cosiddette Scuole Common: momenti di empowerment della società civile e condivisione di esperienze utili ad acquisire e affinare gli strumenti concreti che la legge di prevenzione della corruzione 190 del 2012 pone in capo a noi tutti. In diverse edizioni (2017, 2018, 2020), la scuola Common ha anche ospitato *Illuminiamo la salute*.

Anche le indagini di monitoraggio già anticipate sono ora evolute in strumenti collaborativi: ne è un esempio l'iniziativa "Pensa alla salute", lanciata a fine 2020 da Libera Piemonte col supporto dello staff di Common, rivolta alle Istituzioni regionali per ottenere la totale trasparenza e fruibilità dei dati relativi alla spesa durante l'emergenza Covid e di quelli inerenti alla costruzione dei nuovi Parchi e Città della Salute. Temi quindi come gli appalti, il partenariato tra pubblico e privato, la raccolta di fondi e donazioni che hanno permesso di fronteggiare l'emergenza Covid19. O l'iniziativa sull'utilizzo dei fondi del PNRR.

In tale caso, si è accolto un bisogno territoriale, costruendoci attorno una strategia di monitoraggio civico, di raccolta e indagini sui dati e di campaigning che rendesse protagonista il coordinamento regionale stesso, pur continuamente sostenuto.

Altro esempio altrettanto luminoso è quello di Libera Siena, che abbiamo accompagnato nel lavoro svolto nei Comitati di Partecipazione previsti dalla Regione Toscana. In tal caso, parliamo di una forma di monitoraggio ancora diversa, in quanto ha provato a entrare all'interno dell'organizzazione della "cosa sanitaria", e che ha fatto toccare con mano il sistema in tutta la sua complessità, specie rispetto al gestire organizzazioni di

questo tipo e interessi (più o meno legittimi) che gli ruotano attorno. Spesso infatti tali interessi delle organizzazioni di cittadini sono poco trasparenti e veicolati, senza a volte rendersene conto. Ricordiamo ad esempio i finanziamenti da parte delle industrie farmaceutiche alle associazioni di cittadinanza.

Una esperienza positiva che vogliamo citare perché coerente con la sensibilità di Libera all'interno di Illuminiamo la salute è quella dei Comitati Consultivi Misti modenesi (www.ausl.mo.it/ccm), dove oltre a sviluppare dei percorsi di crescita e approfondimento sul tema dei valori, come la sicurezza e appropriatezza, i rappresentanti dei cittadini sono stati chiamati in questi anni a fare parte di organismi gestionali all'interno dell'azienda sanitaria. Fra questi il Collegio di Direzione dell'Azienda, l'assemblea della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria provinciale con tutti i sindaci, la Cabina di regia sulla promozione della salute o quella sulla sicurezza aziendale solo per citarne alcuni. Sono, questi, esempi in linea con il cosiddetto modello del "governo aperto" che di norma sembra ancora un'utopia, ma che in alcuni casi riesce già a palesarsi, dandoci l'orizzonte del contesto che intendiamo costruire.

15. Il ruolo degli enti locali per il benessere delle persone

Nicola Leoni

Vice Presidente di Avviso Pubblico
e Sindaco di Gazoldo degli Ippoliti

Perché un ente locale come un Comune dovrebbe occuparsi dell'integrità del sistema sanitario e sociale? La risposta è molto semplice. Ed è legata al fatto che se il sistema e i suoi professionisti rispondono ad altri interessi che non siano quelli dei cittadini e del bene comune, i risultati in termini di salute e benessere non saranno ottimali.

Questo lo si può vedere in tanti modi. Quando il sistema è controllato direttamente dalle mafie e abbiamo diversi casi di aziende sanitarie sciolte per infiltrazioni mafiose, ma anche quando si hanno episodi di corruzione di chi deve prendere una decisione ed esercita un pezzo di potere che gli viene conferito dalla società. Con corruzioni di dimensioni grandi, si pensi agli investimenti nel costruire un ospedale o nel decidere se un farmaco viene reso rimborsabile dal servizio sanitario, o di dimensioni piccole, si pensi ad esempio alla segnalazione di un servizio di onoranze funebri.

Gli enti locali hanno un ruolo importante nell'esercitare l'ascolto e la raccolta dei bisogni e nell'aiutare il sistema sanitario e sociale a rispondere a quei bisogni, anche attraverso il sistema dei Piani di Zona, lo strumento che la legislazione indica per l'attivazione di una "rete di servizi integrati" in ambito sociale e sociosanitario. E la responsabilità per gli amministratori è molto alta perché loro sono i primi a dover entrare nella complessità del sistema. Sia dal punto di vista della domanda

delle persone, che spesso è indotta dagli stessi professionisti e produttori di beni sanitari, sia dal punto di vista dell'offerta di servizi, che vede una innovazione sempre più forte.

E anche nel caso dell'innovazione è importante per gli amministratori degli enti locali aiutare i gestori e i professionisti delle aziende sanitarie e degli enti sociali nel saper distinguere fra innovazione vera che risponde ad un bisogno, fornendo un miglioramento in termini di sicurezza, efficacia, appropriatezza o efficienza della risposta, dalla innovazione che non migliora nulla.

Da questo punto di vista risulta importante avere ben chiari i valori con cui le scelte sono fatte. Ad esempio, il tema della sicurezza delle cure dovrebbe essere il primo pilastro a cui rifarsi nei momenti decisionali. Così come quello dell'essere vicini e nel dare risposte ai bisogni delle persone. Da questo punto di vista il tema dello sviluppo delle case della comunità cerca di andare in questa direzione, offrendo risposte efficaci sempre più vicine ai luoghi di vita delle persone.

Enti locali che devono avere un ruolo importante nel pretendere che si lavori in modo intenso dal punto di vista della prevenzione e della promozione della salute. Lavorando nelle diverse fasce di popolazione, infanzia, giovani adulti e anziani, e con le diverse istituzioni presenti nei territori, pensiamo ad esempio alle scuole.

In questo senso il ruolo dell'Ente locale risulta determinante, ad esempio, nella prevenzione e nel contrasto al gioco d'azzardo patologico. Se nel corso degli ultimi vent'anni lo Stato ha promosso il gioco pubblico, trasformandolo in un'importante leva fiscale, sono stati gli Enti locali e le Regioni ad affrontarne le ricadute sociosanitarie, mettendo a punto strumenti normativi – legittimati dalla Corte Costituzionale e dai giudici amministrativi – che agiscono con il dichiarato scopo di tutelare la salute pubblica. Al contempo gli Enti locali hanno

svolto un ruolo di “supplenza” rispetto alle Istituzioni centrali, nello svolgere il delicato e fondamentale compito di sensibilizzare e formare i cittadini sui rischi e pericoli dell’abuso da gioco d’azzardo, portando il tema negli istituti scolastici, all’attenzione della categoria più a rischio, gli adolescenti.

Gli enti locali possono fare la differenza nell’averne nei loro territori un sistema sanitario e sociale disegnato e agito per il bene comune e dei cittadini. Anche mantenendo un rapporto equilibrato con i professionisti stessi del sistema, avendo sempre come valore la qualità del loro agire. E questo ha anche una implicazione rispetto alle scelte che vengono fatte in termini di chi andrà a gestire i servizi ospedalieri, territoriali e sociali.

E anche nei confronti delle associazioni che si occupano di salute presenti sul territorio gli enti locali possono giocare un ruolo importante, da un lato favorendo la partecipazione della comunità alla vista stessa delle associazioni, dall’altro favorendo la trasparenza stessa del loro agire. L’Ente locale può inoltre facilitarne l’operato attraverso l’assegnazione di beni confiscati alla criminalità organizzata, luoghi non solo simbolici che possono diventare punto di riferimento sui territori per tutta una serie di attività legate all’ambito sanitario.

In questi anni si è parlato molto di trasparenza, ma non si è ancora trovato il giusto equilibrio nel riuscire a fare sì che questa possa diventare un generatore di miglioramenti del sistema sanitario e sociale. Siamo ancora nella fase della trasparenza perché lo dice una legge. E su questo gli enti locali possono dare un aiuto per rendere più capaci il sistema sanitario e sociale ad aprirsi nei confronti degli occhi esterni.

Per concludere gli enti locali esercitano una grande responsabilità nei confronti dei loro cittadini nell’averne servizi che rispondono ai bisogni reali delle persone. Quando questo non avviene, sono anche loro responsabili di questo. Anche da un

punto di vista culturale va rafforzato negli amministratori il senso e l'esercizio di questa responsabilità.

La rete di Avviso Pubblico è stata fra i fondatori della rete di Illuminiamo la salute e siamo convinti dell'importanza di lavorare sul tema dell'integrità del sistema sanitario e sociale, partendo dai valori dei suoi professionisti. Lavoro fatto in modo congiunto con tutti coloro che vivono le nostre comunità: le aziende sanitarie e gli enti del sociale in primis, pubblici e privati, sindacati, ordini professionali e associazioni.

Ringrazio Claudio Forleo dell'Osservatorio Parlamentare di Avviso Pubblico per il supporto.

16. I farmaci nella salute mentale: un esempio negativo

Giuseppe Tibaldi

Psichiatra - Azienda USL di Modena e
International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal (IIPDW)

“La psichiatria non è abituata a considerare le persone di cui si occupa per quello che sono davvero – cioè come persone con un passato, un presente e delle speranze per il futuro. La psichiatria, quanto meno le sue correnti tradizionali e quelle attualmente dominanti, aspira ad essere una delle branche della medicina scientifica: vuole occuparsi delle patologie degli individui. Non ha un reale interesse per il contesto all’interno del quale si sviluppano i problemi di salute mentale. Di conseguenza, quando uno di noi entra nel sistema di salute mentale, veniamo ridotti al ruolo di portatori di un disturbo mentale, qualche volta veniamo totalmente identificati con il disturbo mentale. Per arrivare a classificare il disturbo di cui soffriamo, il nostro comportamento e la nostra storia personale vengono analizzati alla ricerca dei sintomi. Solo ciò che diventa significativo all’interno della valutazione diagnostica viene registrato e sentito. Veniamo valutati, ma non veniamo davvero visti; vengono registrate le nostre parole, ma non veniamo davvero ascoltati. Non veniamo considerati come dei veri partner, in un dialogo alla pari: dopo tutto, se hai un disturbo mentale, non vale molto quello che dici” (W. Boevink, 2012)

“È arrivato il momento di riconsiderare il principio secondo cui gli antipsicotici debbano essere sempre la prima scelta nel trattamento delle persone con un episodio psicotico. Non si tratta di un urlo selvaggio dalla foresta, ma di un’opinione presa in considerazione da importanti ricercatori Ci sono evidenze scientifiche sempre più convincenti che ci dicono che, se consideriamo gli effetti avversi degli antipsicotici, il gioco – per esprimerci in modo semplice – non vale la candela È arrivato il momento di dare per conclusa la “rivoluzione psicofarmacologica” del 1952. Tutte le rivoluzioni finiscono ed anche quella psicofarmacologica doveva finire, con l’approdo ad un mondo più tranquillo, nel quale la terapia farmacologica (che si è mossa come un ariete, in questi ultimi anni) venga sostenuta se diventa socio alla pari con gli altri interventi, lavorando in modo coordinato, anziché conflittuale, con gli altri approcci” (P. Tyrer, 2012)

“Se l’85% dei soggetti depressi che non ricevono farmaci vanno incontro ad una guarigione spontanea nell’arco di un anno, diventa estremamente difficile che un qualsiasi intervento possa raggiungere risultati migliori.” (Michael Posternak, 2006)

Chi scrive ha seguito almeno tre percorsi formativi che si sono variamente incrociati, e continuano ancora oggi a dialogare tra loro: quello da psichiatra (rimasto sempre nei Servizi del dopo-riforma 180), quello da psicoterapeuta (individuale e familiare) e quello da ricercatore (principalmente dedicato alla valutazione di efficacia e tollerabilità dei principali interventi in campo psichiatrico, tra cui i farmaci, ma anche alla valuta-

zione della “credibilità scientifica” degli studi di efficacia disponibili). I miei primi contributi sulla (scarsissima) qualità delle evidenze scientifiche di efficacia degli psicofarmaci risalgono ad una collaborazione con una rivista pubblicata a Verona “*Dialogo sui Farmaci*”. Il titolo che avevo scelto per la mia piccola serie di contributi era “*La polvere del marketing*” (sulla scia di un articolo che dimostrava che gli psichiatri dei Paesi in via di Sviluppo, che ricevevano i nuovi psicofarmaci una decina di anni dopo l’entrata in commercio nei Paesi del primo mondo, disponevano di evidenze scientifiche migliori sul rapporto tra efficacia e tollerabilità, in quanto – nel frattempo - si era posata “la polvere del marketing”, che impediva – per la scarsa qualità scientifica degli studi utilizzati per l’autorizzazione da parte della Food and Drug Administration statunitense (FDA) e dell’Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) – di sapere quali fossero le principali criticità sul piano della tollerabilità e degli esiti a un anno (visto che la durata degli studi di efficacia è sempre troppo breve).

Sulla scia di quei contributi, non è stato difficile propormi per la diffusione in Italia di due testi che ritengo essenziali, per rivalutare il ruolo degli psicofarmaci: “*Indagine su un’epidemia: lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell’epoca del boom degli psicofarmaci*” (di Robert Whitaker) e, poco dopo, “*Medicine Letali e Crimine Organizzato. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*” (di Peter Gøtzsche). Un paio di anni dopo, è stato pubblicato anche un secondo libro di Peter Gøtzsche, specificamente dedicato alla letteratura scientifica in psichiatria: “*Psichiatria Letale e Negazione Organizzata.*”

La proposta di Gøtzsche è che l’unica forma di uso razionale degli psicofarmaci sarebbe rappresentata dalla decisione di impedirne l’utilizzo agli psichiatri, che ne stanno facendo, ormai, un uso totalmente irrazionale. Provate, però, a confrontare

l'ipotesi radicale di Gøtzsche con quanto ha scritto – nella seconda citazione iniziale - un esponente della psichiatria “ufficiale”, Peter Tyrer, che è stato direttore del *British Journal of Psychiatry* (che non è affatto una rivista radicale). Se un esponente della psichiatria “mainstream” ci sollecita a riconsiderare il nostro modo di utilizzare gli antipsicotici, le evidenze a sostegno di questo invito non possono essere considerate marginali.

La corruzione della letteratura scientifica, infatti, è certamente uno degli aspetti più inquietanti dello scenario attuale (nella maggioranza dei campi della medicina), come possiamo comprendere in tutte le sue sfumature grazie ai due libri di Peter Gøtzsche. Gli articoli scientifici che vengono consegnati ai medici dagli informatori delle aziende farmaceutiche sono pubblicati su riviste di secondo piano, sono firmati prevalentemente da dipendenti o consulenti delle aziende farmaceutiche e presentano metodologie di ricerca che sono costruite per garantire il risultato desiderato dall'azienda produttrice.

Se prendiamo il caso specifico degli antipsicotici, mi limiterei a questo solo esempio: chiunque conosca la letteratura scientifica che li riguarda sa che la loro sospensione brusca determina un rischio di ricaduta sintomatologica che è tre volte superiore al rischio di ricaduta in chi li sospende gradualmente. Molti degli studi che sono stati realizzati per ottenere l'autorizzazione degli antipsicotici a lunga durata d'azione si basano proprio su queste conoscenze, ormai acquisite, ma le sfruttano a proprio favore grazie a precise scelte metodologiche. Vengono esclusi, in primo luogo, tutti i pazienti che non tollerano il farmaco, nei primi giorni di terapia; tutti i rimanenti vengono trattati con l'antipsicotico in esame per almeno quattro mesi, finché raggiungono una stabilità clinica. A questo punto, la metà dei pazienti subisce una brusca sospensione dell'antipsicotico (nel giro di 4 giorni); questa metà viene definita come

“gruppo placebo” (anziché “gruppo sospensione brusca”). I risultati – totalmente prevedibili – si fondano sul calcolo di quanti pazienti vanno incontro a ricaduta tra quelli che, stabilizzati, proseguono il trattamento farmacologico e quelli del “gruppo placebo”. La conclusione di un articolo che illustra i risultati di uno studio di questo genere non può che essere una sola: l’antipsicotico previene le ricadute, rispetto al placebo! Senza la compiacenza delle agenzie del farmaco e senza la presenza pervasiva degli informatori farmaceutici, che li consegnano a tutti gli specialisti, articoli di questo tenore scientifico non avrebbero nessuna speranza di essere presi in considerazione.

Peter Tyrer include, nel proprio breve editoriale, una affermazione che non possiamo non tenere presente, nella pratica quotidiana dei nostri Servizi: *“il gioco vale la candela”*.

Se la trasformiamo in una domanda, la risposta che sia il libro di Whitaker che quello di Gøtzsche offrono a questa domanda è perentoria: No. Il No si basa, principalmente, su due argomentazioni, che sono solidamente ancorate ad un’appassionata esplorazione della letteratura scientifica (condotta da chi, come Gøtzsche, è nella posizione ottimale per farlo, essendo uno dei fondatori della Cochrane Collaboration). La prima argomentazione è che la ricerca di valutazione dell’efficacia e della tollerabilità degli psicofarmaci è stata condotta – soprattutto sul piano metodologico (disegno degli studi ed analisi dei risultati) – in modo talmente discutibile da rendere scientificamente inaffidabili i dati sull’efficacia e la tollerabilità di tutti i principali psicofarmaci. La seconda argomentazione è che gli esiti sfavorevoli di questi trattamenti (in particolare sul piano della mortalità riconducibile al loro utilizzo) sono stati sistematicamente celati, ridimensionati o negati.

Alla corruzione della letteratura scientifica corrispondono anche altre pratiche corruttive, a livello di organismi di controllo nazionali ed internazionali, su cui non mi soffermo. Non è un caso che molti ministri della sanità, a livello internazionale, una volta terminato il proprio mandato istituzionale, diventino – in modo esplicito - consulenti ben retribuiti delle Aziende Farmaceutiche che hanno favorito durante il proprio ruolo istituzionale. *“Quanto più mi addentravo nella giungla farmaceutica, tanto più mi rendevo conto che la mia storia rispecchiava la realtà in maniera più edulcorata di una cartolina”*. Questa è una delle annotazioni che fa John le Carrè, al termine di un libro di cui consiglio la lettura: *“Il Giardiniere Tenace”*.

Robert Whitaker e Peter Gøtzsche sono tra i promotori dell'International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal (IIPDW – www.iipdw.org), del cui Board sono stato invitato a far parte, che punta a valorizzare tutte le obiezioni scientifiche ai dati di efficacia e tollerabilità degli psicofarmaci, ma che punta, in particolare a ridefinirne le modalità di utilizzo, senza alcuna intenzione di impedirne un utilizzo più razionale. Uno degli aspetti critici della letteratura scientifica è rappresentato, ad esempio, dal pressoché totale disinteresse per le modalità ottimali di riduzione e sospensione di questi farmaci, che possono provocare una “sindrome da sospensione” che siamo stati indotti a qualificare come una ricaduta, anche se le due realtà sono clinicamente differenti.

Oltre alla partecipazione a questo network internazionale (ed alla recente creazione di una rete nazionale – www.iipdw.org/italy), ho un secondo personale conflitto di interesse: quello legato alla mia formazione psicoterapeutica e alle sollecitazioni che vengono dalle correnti fenomenologiche, a cui faceva riferimento Franco Basaglia e che oggi sono ben rappresentate da Eugenio Borgna. In questa prospettiva, la

vera priorità è quella da dare alla relazione con le persone, alla loro storia personale e familiare, alle loro testimonianze (di sopravvissuti, alla malattia e alla peggiore psichiatria).

La proposta di una sostanziale “centralità del farmaco” (e delle teorie biologiche della sofferenza mentale), che viene dalle aziende farmaceutiche e dai loro ambasciatori (nel campo universitario e nel campo della cultura operativa di molti Servizi di Salute Mentale) spinge verso un sostanziale disinvestimento dalla centralità della relazione con le persone. Esse vengono troppo spesso appiattite sulla propria identità patologica: lo “schizofrenico”, il “bipolare”. E spinte, dai professionisti, ad una sorta di eccessivo pessimismo sulla propria possibilità di superare la loro fase di sofferenza psichiatrica.

A questo nodo centrale della terapia unicamente farmacologica (e delle teorie del “cervello rotto”, che la sorreggono) rimanda la prima delle citazioni che ho posto all’inizio del mio contributo. Quella di Wilma Boevink è però solo una delle centinaia di testimonianze analoghe che vi invito a leggere e a valorizzare.

Bibliografia

- W. Boevink “Life beyond psychiatry” in A. Rudnick “Recovery of People with Mental Illness: Philosophical and Related Perspectives” Oxford University Press, Oxford, 2012, pp. 15-29
- P. Tyrer “The end of the psychopharmacological revolution” *British Journal of Psychiatry* 2012; 201 (2): 168.
- M. Posternak, “The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy.” *Journal of Nervous and Mental Disease* 194 (2006):324-349.

- G. Tibaldi “Presentazione dell’edizione italiana” in Robert Whitaker “*Indagine su un’epidemia. Lo straordinario aumento delle disabilità psichiatriche nell’epoca del boom degli psicofarmaci*” Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2013
- G. Tibaldi “Postfazione” dell’edizione italiana di Peter Götzsche “*Medicine Letali e Crimine Organizzato. Come le grandi aziende farmaceutiche hanno corrotto il sistema sanitario*” Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2015
- G. Tibaldi Prefazione dell’edizione italiana di Peter Götzsche “*Psichiatria Letale e Negazione Organizzata.*” Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2017
- G. Tibaldi Il gioco vale la candela? Riconsiderare l’uso degli antipsicotici alla luce delle evidenze sugli esiti derivanti dal loro utilizzo a lungo termine. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 2016; Vol. CXL (2): 43-64
- John Le Carré “*Il giardiniere tenace*” Mondadori, Milano, 2001
- Cipriano “*Il manicomio chimico. Cronache di uno psichiatra riluttante*”. Eléuthera, Milano, 2015
- Tibaldi G. & Govers L. “Evidence based hope for recovery in “schizophrenia”: a common objective for all stakeholders in the mental health field” *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 4(2), 105-114, 2012
- Romme M., Escher S., Dillon J., Corsten D. & Morris M. “*Vivere con le voci. 50 storie di guarigione*” Milano, Mimesis Edizioni, 2010
- G. Tibaldi “*La pratica quotidiana della speranza*” Mimesis Edizioni, Milano, 2020

17. Il ruolo delle aziende sanitarie per la salute delle persone

Mariella Martini

Medico, già Direttore Generale di Aziende Sanitarie
e dell'Assessorato alla Salute della Regione Emilia-Romagna

Il ruolo delle Aziende Sanitarie (o meglio, del SSN) per la salute delle persone, è sinteticamente e chiaramente spiegato dalla ministra Tina Anselmi ⁶⁰ nell'intervista rilasciata poco dopo l'approvazione della legge 833/78 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale. La Ministra spiega con quali criteri è stato costituito il Fondo Sanitario Nazionale e lo si è ripartito tra le Regioni: ovviamente, trattandosi del primo riparto, si è fatto riferimento alla spesa storica (anno 1977), si è tenuto conto di alcuni fattori di incremento dei costi e si è creato il Fondo Sanitario Nazionale per l'anno 1979, il primo anno di vita del SSN.

Trascrivo le frasi a mio parere più importanti: alla domanda sul perché l'assegnazione pro-capite veda avvantaggiate le Regioni settentrionali rispetto a quelle meridionali la Ministra risponde: “ Le mutue spendono laddove le persone lavorano, sono iscritte, perciò le aree a più alta disoccupazione, dove le persone sono anche in una situazione economica di maggiore disagio, hanno avuto meno prestazioni sanitarie rispetto a quelle dove la disoccupazione è meno presente” e prosegue: “Il rimedio è il riequilibrio della spesa all'interno della programmazione sanitaria, dobbiamo spendere meglio, questo

⁶⁰ www.raiplay.it/video/2020/04/Tina-Anselmi-la-sanita-di-tutti---La-spesa-sanitaria-in-Italia-15cda615-76fa-4f7f-859e-1afd14831fab.html

l'obiettivo del Piano Triennale di Programmazione Sanitaria che presenterò in Parlamento”.

La verità delle affermazioni del Ministro l'ho sperimentata direttamente, riandando alla memoria della mia infanzia da figlia di mezzadri e ricordando la preoccupazione dei miei genitori per le spese da sostenere per le cure dei nonni, e successivamente quando, da medico che ha cominciato ad esercitare la professione nel dicembre 1978 (nel mese in cui fu varata la Legge 833/78), ho vissuto gli anni della transizione tra il sistema delle Mutue, delle funzioni svolte da Comuni e Provincie nell'ambito della prevenzione (Igiene e Sanità Pubblica, Salute Mentale), degli Enti Ospedalieri, e la costituzione delle Unità Sanitarie Locali, poi, successivamente, delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Un racconto più strutturato è quello che ne fa Adriana Bazzi sul Corriere della sera del 2 dicembre 2018, con un articolo dal titolo “Come si è passati dalle vecchie mutue al Sistema sanitario nazionale”.⁶¹

Riforma di valenza epocale, la L 833/78 ha richiesto un lungo processo di riordino e di provvedimenti attuativi per la transizione dai precedenti e molteplici assetti amministrativi alla creazione effettiva del Servizio Sanitario Nazionale; la complessità del ridisegno degli assetti e, soprattutto della sua attuazione, si è dovuta misurare contestualmente con la limitatezza delle risorse disponibili, rispetto a quelle che sarebbero state necessarie per dare piena ed omogenea attuazione al progetto di SSN prefigurato dalla L. 833/78.

La lentezza della transizione dai precedenti Enti che gestivano le diverse componenti dei servizi di prevenzione e cura

⁶¹ [www.corriere.it/salute/18 dicembre 02/vecchie-mutue-sistema-sanitario-nazionale-1b6dfd74-f4b7-11e8-ab5f-9ee20dadd039.shtml](http://www.corriere.it/salute/18_dicembre_02/vecchie-mutue-sistema-sanitario-nazionale-1b6dfd74-f4b7-11e8-ab5f-9ee20dadd039.shtml)

previsti nel nascente SSN è stata causata non solo dalle difficoltà nel processo amministrativo ma anche, ed in misura non secondaria, dalla difficoltà di reclutare le risorse necessarie a garantire lo sviluppo dei servizi da fornire ai cittadini e l'omogeneità dei trattamenti economici del personale confluito nel nuovo SSN.

L'equilibrio tra i bisogni di salute dei cittadini, le risorse economiche necessarie per erogare i servizi idonei a soddisfare tali bisogni e gli assetti istituzionali ed organizzativi più efficaci ed efficienti nel garantirli è stato all'origine dei diversi interventi di "riforma della Riforma costitutiva del SSN"; il primo di tali interventi è stata la L. 502/92.

Un ulteriore passaggio normativo rilevante è stato il D.Lgs. 229 del 19 giugno 1999, noto come «riforma sanitaria ter» o «decreto Bindi», che ha modificato il D.Lgs. 502/1992 ed ha consolidato e rafforzato il processo di aziendalizzazione e qualificazione dell'assistenza. La rilevanza delle innovazioni e modifiche alla precedente normativa introdotte dal Dlgs 229/99, ha determinato la connotazione attuale del SSN e delle Aziende Sanitarie, nonché il ruolo attribuito alle Regioni.

A quest'ultimo riguardo non può essere tralasciato quanto previsto dalla Legge Costituzionale 3/2001 Art. 117 (la cosiddetta modifica del titolo V): La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali. "omissis" Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: "omissis" tutela della salute. L'exkursus sull'evoluzione delle norme, sia pure esposto in forma sommaria e sintetica, è eloquente rispetto alla complessità ed alle difficoltà affrontate nella creazione e nello sviluppo del SSN, fino all'assetto ed alla realtà dei servizi offerti oggi alla popolazione.

Chiunque abbia lavorato nel SSN o abbia guardato ad esso come “portatore di interesse” a vario titolo (partito politico, amministratore pubblico, organizzazione sindacale, esponente di associazione di tutela dei diritti delle persone, singolo cittadino) ha certamente avuto modo di evidenziare i difetti che il SSN ha mostrato ed a cui i diversi provvedimenti legislativi hanno cercato di porre rimedio, anche con correzione di rotta, sulla base delle scelte dei governi che si sono succeduti, ma credo che complessivamente ne abbia apprezzato l’offerta e la qualità dei servizi e delle prestazioni garantite.

Qual è il volto e quali sono i risultati del SSN oggi, ad oltre 43 anni dalla sua istituzione? Un quadro di sintesi efficace è offerto da un articolo del Sole 24 ore Sanità del luglio 2022 che riporta dichiarazioni del Presidente FIASO (Federazione delle Aziende Sanitarie ed ospedaliere), del Direttore di AGENAS, del Ministro della Salute e del Presidente dell’Istituto Superiore di Sanità.⁶² Il quadro d’insieme offerto evidenzia efficacemente i punti di forza e le criticità del nostro SSN, i primi nettamente predominanti rispetto ai secondi. È ovvio ed evidente che un punto critico fondamentale riguardi la disponibilità delle risorse in quantità adeguata a conseguire il perseguimento pieno delle finalità che al SSN sono state affidate dalla sua nascita e con le successive evoluzioni normative. Affinché tali risorse siano spese bene, ossia per fornire le prestazioni di prevenzione, cura, riabilitazione e di integrazione Socio-Sanitaria, nel rispetto dei requisiti di qualità richiesti ed in condizioni di accesso eque, credo si sia dimostrata indispensabile l’articolazione territoriale, garantita dall’attuale sistema dei rapporti Stato-Regioni e dall’articolazione del sistema di

⁶² FIASO: italiani più longevi e in salute ma il personale sanitario si è ridotto di 40mila unità, stabilizzazioni al via I Sanità24 - Il Sole 24 ore Sanità 08/07/2022

gestione regionale in Aziende Sanitarie. Sono infatti le Aziende Sanitarie gli interlocutori diretti dei cittadini ed insieme l'organizzazione le cui caratteristiche sono plasmate, oltre che dal mandato ricevuto, dalle azioni dei professionisti che, con competenze specifiche e ruoli diversificati, compongono il sistema complesso che è capace di leggere i bisogni di salute, organizzare l'offerta di servizi ed attività, monitorarne i risultati, adottare gli aggiustamenti necessari e risponderne nei confronti dei mandatari: la Regione e, tramite questa, lo Stato.

Un'altra opportunità per la valutazione dei risultati del SSN rispetto alle finalità che fin dal suo nascere gli sono state attribuite viene offerta dal monitoraggio dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Regioni, per poter accedere al maggior finanziamento del SSN - quota premiale delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario al netto delle entrate proprie - sono tenute a una serie di adempimenti, in base all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.⁶³

L'adempimento relativo all'area "Mantenimento nell'erogazione dei LEA" viene certificato attraverso l'utilizzo di un set di indicatori ripartiti tra l'attività di assistenza negli ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, raccolti in una griglia (cd. "Griglia LEA") che consente di conoscere e cogliere nell'insieme le diversità ed il disomogeneo livello di erogazione dei livelli di assistenza. Annualmente vengono presentati i risultati della valutazione dell'adempimento "Mantenimento nell'erogazione dei LEA".

I più recenti dati disponibili sono quelli pubblicati nel 2021 e relativi all'anno 2019: nel documento "Monitoraggio dei LEA

⁶³ www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenuti-Lea.jsp?area=Lea&id=4747&lingua=italiano&menu=monitoraggioLea

attraverso la cd. Griglia LEA- Metodologia e risultati dell'anno 2019”, a cura dell'Ufficio 6 della Direzione generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, vengono illustrati i risultati ottenuti dalle Regioni, gli indicatori utilizzati, la metodologia di valutazione complessiva e sintetica. Con riferimento ai punteggi, risultano valutate positivamente, ottenendo un punteggio uguale o superiore a 160 (livello minimo accettabile) in base alla griglia LEA, 17 Regioni; Puglia, Piemonte, Provincia Autonoma di Trento, Sicilia, Basilicata, Campania e Valle d’Aosta. La Provincia Autonoma di Bolzano, le regioni Molise, Calabria e Sardegna si caratterizzano per i punteggi inferiori a 160 e presentano diverse criticità ascrivibili all’area della prevenzione, all’area distrettuale e all’area ospedaliera. Con riferimento alle regioni Calabria, P.A. di Bolzano, P.A. di Trento e alla Sardegna si evidenzia il mancato invio di alcuni flussi informativi obbligatori.

Analizzando il trend 2012-2019 relativamente ai punteggi della Griglia LEA emerge un sostanziale miglioramento del punteggio medio globale che cresce passando da 166 nel 2012 a 193 nel 2019; nelle Regioni non in Piano di rientro il punteggio medio è passato da 183 a 208 e da 149 a 174 nelle regioni in Piano di rientro. Tuttavia, nell’anno 2019, si rileva una lieve flessione dei punteggi medi rispetto all’anno 2018 del 2,4% e del 4,3%, rispettivamente per le regioni non in Piano di rientro e in Piano di rientro. A partire dal 1° gennaio 2020, la Griglia LEA è stata sostituita dal sottoinsieme di indicatori "core" previsto dal Nuovo Sistema di Garanzia, come previsto dall'art. 3, comma 6, del DM 12 marzo 2019, pubblicato in Gazzetta Ufficiale il 14 giugno 2019. Benché il monitoraggio sull'erogazione dei LEA mostri dei limiti e riesca solo parzialmente a rappresentare la realtà dell’offerta erogata, è apprezzabile il miglioramento osservato nell’arco di un settennio, a dimostrar-

zione della maggiore efficacia dell'azione di governo del sistema Regione/Aziende Sanitarie; non va tuttavia trascurata l'evidenza della difficoltà dimostrata dalle Regioni sottoposte a Piano di rientro, le quali certamente hanno avuto maggiori problemi nel governo delle risorse.

Prevenzione della corruzione e trasparenza. Utilizzare al meglio le risorse disponibili per fornire servizi alla collettività è il mandato fondamentale che i cittadini affidano alla Pubblica Amministrazione, tuttavia la fiducia che ciò accada davvero non è da parte loro scontata, anzi direi che sia piuttosto diffuso un atteggiamento dubitativo, che ogni tanto trova riscontro in qualche episodio di malgoverno o di infedeltà da parte amministratori o dipendenti pubblici.

Pur non essendo tali episodi né frequenti né, per lo più, di entità rilevante, tuttavia è doveroso mettere in atto tutte le azioni opportune per prevenire e contrastare comportamenti scorretti e deprecabili. Al dovere morale e giuridico già sancito in precedenza, si è aggiunta come rafforzativo la normativa sulla Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, la Legge 190/2012, con i successivi provvedimenti attuativi, compresa la creazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Un impianto normativo complesso e che comporta ulteriori adempimenti e debiti informativi, in aggiunta ai non pochi già dovuti nei confronti della Regione e dello Stato. Ovviamente uno dei primi impegni richiesti alle Aziende Sanitarie in fase di prima applicazione della Legge 190 è stato il fare formazione ai dirigenti ed ai quadri aziendali sulla nuova normativa per garantirne una buona conoscenza ed ottenere una piena e sostanziale adesione.

La riflessione che feci allora come Direttore Generale dell'AUSL di Modena, insieme al mio collaboratore Massimo Brunetti, fu che piuttosto che una lezione sui contenuti delle

norme si dovesse fare formazione, con il metodo dell'apprendimento attivo ed interattivo, su temi di etica, poiché il deterrente alla trasgressione delle regole non è tanto la conoscenza delle norme e delle sanzioni, quanto piuttosto, Kantianamente, "la legge morale in me", ovvero la mia coscienza morale, l'etica con cui sono cresciuto, cui impronto la mia vita di persona e di professionista.

L'Azienda USL di Modena affidò quindi la formazione sull'applicazione della normativa anticorruzione a Fratel Luciano Manicardi, della Comunità monastica di Bose, che tenne una bellissima lezione stimolando la riflessione su alcune parole-chiave di carattere valoriale.⁶⁴ Lezione inserita in un percorso più ampio sui temi dell'etica e dei valori condotto con la Fondazione Collegio San Carlo di Modena, e coordinato da Federico Valenzano e Luca Balugani. Non intendo con questo affermare che le norme siano inutili né, tantomeno, che lo siano i controlli, ma che la prevenzione di atti e comportamenti scorretti passa attraverso la forza del senso di responsabilità individuale e, contemporaneamente, dalla consapevolezza che i criteri di correttezza, equità e trasparenza sono assunti ed agiti quotidianamente da tutta l'organizzazione, a partire dal vertice e scendendo per tutta la cascata di autonomia e responsabilità.

⁶⁴ Luciano Manicardi Per un'etica dell'integrità in un'azienda Recenti Progressi in Medicina 2015; 106 (4) 155-160

18. La sanità in Calabria e la sfida di “UniRiMI”

Ennio Stamile

Università della Ricerca della Memoria e dell’Impegno
“Rossella Casini” (UniRiMI)

In questi ultimi due anni, come abbiamo potuto sperimentare sulla nostra pelle, la pandemia si è abbattuta come una gran tempesta inattesa sul sistema sanitario italiano. E negli anni tra il 2010 e il 2019 i vari governi che si sono succeduti hanno risparmiato su uno dei diritti fondamentali della persona: la salute. Nell’ultimo decennio ci sarebbe stato infatti un definanziamento della spesa sanitaria di circa 37 miliardi di euro,⁶⁵ e il dimezzamento dei fondi si è tradotto in una drastica riduzione dei posti letto per acuti, del personale medico e paramedico e nel blocco del turn over. E il diritto alla salute, in alcune regioni, è meno garantito che mai.

È questo il caso della Calabria, dove la sanità è commissariata dal 2010 per via di un debito pubblico iniziale pari a di circa 400 milioni di euro. Per ridurre quell’enorme disavanzo il governo centrale nomina Commissario ad acta per la sanità Giuseppe Scopelliti - all’epoca Presidente della Regione - approva un piano di rientro che in nome del risparmio, oltre a ricalcare i tagli già previsti a livello nazionale, smantella ben diciotto ospedali collocati soprattutto nella popolosa provincia di Cosenza senza riuscire a costruire quelle reti clinico-assi-

⁶⁵ Report 7/2019 Fondazione Gimbe

stenziali presenti in altre regioni in grado di rispondere ai bisogni dei cittadini, garantendo sicurezza ed efficacia delle prestazioni. Reti che partono da uno sviluppo importante della sanità territoriale.

Malgrado i forti incentivi a non perdere risorse per pagare la mobilità, la Calabria continua a non investire per rafforzare il proprio sistema creando un danno ai pazienti ma anche alle economie locali. Invero i dati sulla mobilità passiva, indicano la quota di denaro di cui l'SSR calabrese si è privata al fine di rimborsare le altre regioni nelle quali i cittadini si sono recati allo scopo di vedersi assicurata una prestazione. I dati della mobilità passiva sono indicativi oltre che dell'enorme peso della spesa sanitaria sul bilancio regionale, anche della scarsa qualità percepita dai cittadini rappresentano, quanto la migrazione sanitaria sia una questione impellente da affrontare poiché arricchisce le casse di regioni con sistemi "forti", come la Lombardia ad esempio, che con la pandemia ha mostrato anch'esso gravi carenze per avere per decenni privilegiato il sistema sanitario privato.

La mobilità sanitaria rappresenta un dispositivo a doppio taglio per il Mezzogiorno: salvaguardia del diritto alla salute laddove questo non sia stato assicurato e pesanti ripercussioni di giustizia sociale con significativi effetti socio-economici negativi. Insomma in circa dodici anni di commissariamento, la situazione è tutt'altro che cambiata.

A contribuire al disastro, oltre che le scelte delle nomine dei Commissari, di solito persone con competenze diverse rispetto al complesso modo della sanità, è presente la 'ndrangheta con la sua capacità pervasiva di infiltrarsi ovunque circoli denaro.

Continuano gli scioglimenti delle aziende sanitarie, così come aveva già mostrato in una analisi la Commissione Antimafia.⁶⁶ Solo in questi ultimi anni, ben due Asp, Catanzaro e Reggio, sono state sciolte per infiltrazioni mafiose. L'ultima inchiesta sulla Asp di Reggio (che raccoglie gli ospedali della provincia, non il Grande Ospedale Metropolitano) ha portato nell'agosto 2021 a 17 misure cautelari. Secondo le indagini della magistratura, i clan avevano messo le mani sugli appalti delle pulizie, prorogati contro ogni regola, grazie all'interessamento di un consigliere regionale, la cui campagna elettorale era stata sostenuta da alcuni degli indagati.

Era così disinvolto anche il direttore della Asp, da creare una lista prioritaria per i suoi amici, vaccinati prima del personale medico e paramedico. Rubens Curia, nel suo volume "Per una Sanità partecipata" sostiene che "l'unica strada contro le infiltrazioni della criminalità è quella "della competenza, della trasparenza e della partecipazione".

La sfida di UniRiMI L'Associazione di volontariato San Benedetto Abate, fondata nel 2007 a Cetraro in provincia di Cosenza, sta realizzando su tre immobili ed un terreno confiscati alla 'ndrangheta, precisamente alla cosca Mancuso di Limbadi, un ambizioso progetto: l'Università della Ricerca della Memoria e dell'Impegno "Rossella Casini" (UniRiMI – www.unirimi.it).

Nei confronti di detti beni aleggia ancora oggi una sorta di alone di velata diffidenza, nonostante siano trascorsi ormai oltre un quarto di secolo da quando, per iniziativa di Libera, è stata introdotta la Legge 109/96 per il riutilizzo sociale dei beni confiscati alle mafie. Nonostante i comuni sforzi, si registra

⁶⁶ Mafia e sanità Relazione Commissione Parlamentare Antimafia 2019

ancora una scarsa conoscenza del valore che essi possono assumere, non solo sul piano meramente simbolico, ma anche come occasione di riutilizzo sociale, quindi come concreta occasione lavoro, di formazione ed educazione alla responsabilità ed alla cittadinanza attiva, non solo per le giovani generazioni.

Anche per questa ragione si sta realizzando all'interno degli immobili confiscati:

- I. Un centro di ricerca e di approfondimento a livello Europeo sul fenomeno delle mafie in generale e della 'ndrangheta in particolare, sotto il profilo, giuridico, economico, antropologico e sociologico che funga anche da osservatorio della realtà. L'obiettivo è quello di costituire una raccolta documentale (leggi, atti giudiziari, atti di Commissioni parlamentari e di altri organi istituzionali, pubblicazioni, ecc. ...), sui temi che riguardano le mafie, al fine di fornire un supporto giuridico e scientifico alle azioni conoscitive e formative per la legalità e per il contrasto alle infiltrazioni mafiose. Occorre accrescere la conoscenza del fenomeno criminale, dei suoi risvolti, economici, sociali, istituzionali, politici nel nostro Paese, ma anche in Europa.
- II. Un centro studi che permetta collegamenti stabili con associazioni, enti pubblici e territoriali, tribunali, università ed altri soggetti collettivi impegnati contro le mafie nei diversi settori civili e sociali, per la realizzazione di azioni volte alla promozione della cultura della legalità e di prevenzione dei fenomeni di criminalità e di illegalità diffusa. Il centro si propone di contribuire a formare, in collaborazione con le principali agenzie educative - in primis scuole e università del territorio regionale e nazionale-, la coscienza civile delle nuove generazioni, utilizzando la memoria storica delle testimonianze di vittime sopravvissute

o di familiari, ovvero gli strumenti documentali, cartacei e digitali, che consentiranno una lettura sistematica e multifattoriale del fenomeno criminoso. Tra gli obiettivi anche la valorizzazione di tesi di laurea sui temi sopra citati e la previsione di tirocini formativi per diffondere anche tra gli studenti universitari una preparazione e una sensibilità su queste tematiche specifiche.

- III. Un osservatorio permanente sul fenomeno della ‘ndrangheta e della sanità calabrese che sia di ausilio a chi voglia studiare il fenomeno, in Italia o in Europa, fornendo dati, documenti e aggiornamenti costanti sulle mafie e sugli effetti socio-ambientali correlati;
- IV. Un centro di alta formazione per professionisti (mediante attività didattiche riconosciute dai singoli ordini professionali-giuridico, antropologico-sociale, sanitario), giornalisti, docenti di scuola di ogni ordine e grado, operatori sociali, volontari qualificati che operano nel settore della prevenzione della devianza minorile e della lotta alla cultura della illegalità. Attraverso convenzioni e collaborazioni con Ordini professionali nazionali, Ministeri (Interno, Difesa, Giustizia, Università e ricerca ...), organi di autogoverno, Authority e Università italiane si vuole mettere in campo collaborazioni di rilevanza accademica e professionale, coerenti con le azioni formative programmate con ogni singolo Ente. Siamo convinti che “il peccato della illegalità diffusa” vada estirpato con l’insegnamento; nell’agire in difetto di onestà non si è più furbi, ma semplicemente più colpevoli. Non è pertanto possibile prescindere da un sistema di formazione scolastica, universitaria, professionale ed istituzionale che sappia affrontare le sfide conoscitive e valoriali di questo tempo, ponendo al centro il benessere democratico e meritocratico del Paese;

- V. L'attivazione di corsi per dipendenti pubblici e privati sull'approfondimento del fenomeno della corruzione e più in generale dei delitti contro la pubblica amministrazione. Ci è ben chiaro che il problema è prima di tutto culturale: manca tutt'ora, una formazione congrua ed estesa, che sappia garantire un sapere amministrativo certo e uniformemente applicabile. Per questo il Centro studi si prefigge di offrire una piattaforma formativa volta all'acquisizione di competenze *post lauream*, all'interno ed all'esterno delle amministrazioni locali, in modo da creare anticorpi articolati quali parti di una strategia dai contorni più ampi entro cui la trasparenza potrà giocare un ruolo fondamentale di prevenzione e di promozione della cultura della legalità e della partecipazione attiva dei cittadini;
- VI. L'attivazione dei corsi specialistici di formazione per personale addetto alle case famiglia che ospitano minori provenienti da contesti di mafia: la 'ndrangheta è primariamente 'questione culturale ed educativa', ancor prima che repressiva e punitiva. Rapportarsi a ragazzi che hanno vissuto e vivono la fascinazione del potere fondamentalista mafioso significa affrontare i loro rifiuti, il disconoscimento di ruoli e funzioni dello Stato e più in generale significa impattarsi con l'antisocialità educativa di cui sono intrisi. Intervenire mediante corsi di perfezionamento, master o di alta formazione (riconosciuti dai rispettivi ordini professionali) consente di costruire percorsi educativi efficaci e funzionali agli obiettivi pedagogici perseguiti dall'autorità giudiziaria minorile disponente;
- VII. una biblioteca nazionale multimediale e un archivio documentale sul fenomeno mafioso di facile consultazione ed immediatamente disponibile;
- VIII. Un centro educativo di ricerca-azione per ragazzi e giovani, mediante campi estivi di formazione (residenziali) e

laboratori di educazione informale sulla storia delle vittime di 'ndrangheta (attraverso la visione di docu-film, testimonianze dirette e forme di mediazione aspecifica) da svilupparsi anche in accordo con le scuole del territorio regionale secondo un'ottica di inclusione consapevole e di prevenzione delle marginalità socio-ambientali. In questo modo potranno diffondersi i valori della cittadinanza e della legalità e la conoscenza dei diritti umani e civili, favorendo nei giovani la capacità di progettare un futuro che si alimenti della ricchezza della memoria. Una sfida enorme che finora stiamo portando avanti con le sole nostre forze, benché la pandemia ci ha notevolmente rallentati, iniziamo a vedere i primi frutti. Nel mese di maggio scorso, una quarantina di giovani provenienti da diversi Paesi europei hanno partecipato ad un Erasmus organizzato proprio nella sede di UniRiMI. Anche la Dartmouth College, l'Università privata di cui è presidente Barack Obama, che ha sede ad Hannover negli Stati Uniti, nel mese di luglio ha inteso organizzare un corso per quaranta studenti nella sede di UniRiMI per la conoscenza e l'approfondimento del fenomeno della 'ndrangheta. Questi segni concreti, accanto a molti altri che solo per brevità non elenco, ci lasciano ben sperare che una Calabria diversa è ancora possibile.

19. Spazi etici come strumento di cambiamento

Massimo Di Rienzo e Andrea Ferrarini

Spazioetico Associazione Professionale

Spazioetico nasce nel 2014. Nella sua fase iniziale è un blog che ospita manifestazioni più o meno pacifiche di intolleranza verso l'imperante approccio formalistico e burocratico alla prevenzione della corruzione nel nostro Paese. Nel 2018 diventa Associazione Professionale. I due fondatori, Massimo Di Rienzo e Andrea Ferrarini, sono nulla più che dei formatori che girano l'Italia ed incontrano migliaia di dipendenti pubblici, soprattutto nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

Per questioni legate in particolare all'ansia di dovere sostenere il confronto con medici e personale sanitario, chiamato obbligatoriamente a partecipare ai corsi di formazione, i due malcapitati sviluppano una approfondita conoscenza della materia e si inventano un approccio formativo rivoluzionario (per questo Paese) e che si dimostra casualmente vincente.

Si tratta di raccontare delle storie. Protagonisti sono i dipendenti delle amministrazioni pubbliche. In ambito sanitario, medici, infermieri, veterinari, operatrici e operatori dei Centri Unici di Prenotazione (CUP). Insomma, l'umanità più varia che per una certa fase della propria esistenza assume un ruolo pubblico. Nelle storie sospendiamo il racconto nel momento in cui il nostro protagonista deve affrontare una decisione importante o difficile, che chiama in causa interessi personali e professionali, aspettative dei destinatari, dei superiori e della collettività, principi e valori dell'etica pubblica. La sospensione

del processo decisionale viene rappresentato in formazione come “dilemma etico”.

Diversamente dal cosiddetto “aggiornamento professionale” che rappresenta gran parte dell’attuale offerta formativa rivolta alla pubblica amministrazione in cui un esperto trasferisce il proprio sapere su una materia definita dalla normativa di settore, la formazione con casi concreti e dilemmi etici allena lo sguardo dei partecipanti ad interpretare gli scenari rappresentati e a valutare il rischio che deriva da determinati assetti di interessi e dall’ampiezza delle asimmetrie informative presenti.

Dunque, l’apprendimento attraverso i dilemmi etici nella prevenzione della corruzione è paragonabile all’apprendimento della storia e della filosofia nella scuola. Non fornisce alcuna risposta immediata, non fornisce soluzioni utili a rendere operativo un agente; tuttavia, la reazione dei partecipanti non è mai di frustrazione. Sembra, al contrario, che la corruzione (e la prevenzione della corruzione) sia finalmente qualcosa che li riguarda da vicino, un fenomeno con cui ci si confronta quotidianamente, mentre si agisce un ruolo carico di aspettative.

Solo in questo consiste la piccola grande rivoluzione di Spazioetico: la prevenzione della corruzione che si occupa delle persone prima che dei sistemi, che parla di aspettative, interessi e comportamenti prima ancora che di strumenti, procedure e misure.

L’integrity-washing e l’anticorruzione delle carte

Per molti anni (e ancora tutt’oggi) la prevenzione della corruzione in Italia è stata vista come una questione degli uffici amministrativi.

Non è chiaro quale sia l’efficacia degli adempimenti anticorruzione previsti dal cospicuo *corpus* normativo prodotto dal legislatore italiano a seguito dell’adozione della legge

190/2012. Non è chiaro, cioè, se l'applicazione pedissequa delle prescrizioni normative abbia un qualche effetto positivo sull'integrità delle amministrazioni, al netto del peso burocratico che esse apportano. Il complesso sistema di adempimenti in chiave anticorruzione che le amministrazioni sono chiamate a mettere in campo assomiglia molto ad un protocollo di cure omeopatiche. Si somministrano non avendo alcuna certezza dell'effetto curativo, nella speranza del manifestarsi del cosiddetto *effetto placebo*.

Questa sorta di "*integrity-washing*⁶⁷" ha diverse ragioni: lo scarso coinvolgimento della politica nazionale e locale, i limiti della normativa che ad esempio si concentra esclusivamente sulla "corruzione amministrativa", un approccio meramente formalistico-burocratico alla materia, la scarsa conoscenza dei fenomeni, ecc...

Per noi di Spazioetico, invece, il rischio di corruzione possiede particolari caratteristiche che richiedono di guardare oltre la dimensione strettamente organizzativa. Innanzitutto, la corruzione (intesa come reato penale) è un evento difficilmente identificabile ed abbastanza raro: la Pubblica Amministrazione non è piena di dipendenti corrotti, mentre sono molto diffuse relazioni ambigue e situazioni di conflitto di interessi che minacciano l'imparzialità e l'integrità pubblica anche senza degenerare in una condotta illecita. Ora è facile immaginare come un tema così complesso e controverso sia lasciato nelle mani di soggetti che hanno scarsa conoscenza del fenomeno e non hanno specifiche competenze o strumenti in grado

⁶⁷ Parafrasiamo qui la nota locuzione "*green-washing*", cioè quella strategia di comunicazione, in gran voga di questi tempi, adottata da imprese, organizzazioni o istituzioni politiche che comunicano un impegno e un attaccamento alle politiche ambientali che in realtà non esiste.

di metterli nelle condizioni di esercitare delle valutazioni del rischio quantomeno attendibili.

La prevenzione della corruzione non si realizza attraverso adempimenti dettati da norme. Richiede azioni concrete, che hanno l'obiettivo di rafforzare l'integrità del personale delle amministrazioni, cioè la capacità di gestire il ruolo e le aspettative che la collettività nutre nei confronti delle decisioni, delle azioni e della gestione delle informazioni con modalità che non rappresentino una minaccia per l'imparzialità e l'indipendenza della funzione pubblica. Prevenire la corruzione significa promuovere piena consapevolezza dei rischi e assicurare il possesso di specifiche competenze di analisi e valutazione dei comportamenti più adeguati da assumere nei vari contesti.

Al netto della loro complessità, e del tempo di cui hanno bisogno per funzionare correttamente, è fondamentale che le architetture istituzionali della prevenzione della corruzione non siano percepite come delle sovrastrutture e vissute come dei meri formalismi, senza un reale assorbimento nella gestione dei processi decisionali dei decisori pubblici.

Se dobbiamo immaginare sfide ambiziose e trasformative rispetto all'esistente, allora dobbiamo progressivamente abbandonare un approccio meramente formalistico, che nega la dimensione umana e relazionale del rischio di corruzione. Prevenire la corruzione significa promuovere contesti istituzionali e amministrativi integri, soprattutto in termini relazionali e etici. Occorre progressivamente abbandonare la locuzione *“prevenzione della corruzione”*, ed adottare in suo luogo *“promozione dell'integrità pubblica”*.

Le competenze per l'integrità

Forse una delle parole più inflazionate in quello strano gergo che spesso si ascolta alle conferenze sulla corruzione è proprio "integrità". L'integrità del sistema sanitario, l'integrità della ricerca o della sperimentazione clinica, l'integrità dei controlli, ecc...

Ma cos'è l'integrità? È possibile apprendere l'integrità o è una specie di grazia che solo alcune carismatiche entità hanno il dono di possedere?

Integrità è una parola polisemica. È sia un principio dell'etica pubblica contenuto nell'articolo 3 del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, sia una politica aziendale (*integrity management*), sia uno stato della materia (integrità strutturale). Dal nostro poco raffinato punto di vista, l'integrità sembra nient'altro che il contrario della corruzione: qualcosa che è rotto contro qualcosa che rimane unito!

Importanti organismi internazionali⁶⁸ hanno provato a definire l'integrità pubblica, cioè la particolare condizione di un individuo o un'organizzazione che acquisisce un ruolo in forza della delega di una collettività: con integrità pubblica ci si riferisce all'*allineamento coerente e all'adesione di valori, principi e norme etiche condivisi per sostenere e dare priorità all'interesse pubblico rispetto agli interessi privati nel settore pubblico*. Da qui si può anche desumere che la corruzione non

⁶⁸ Nel 2017, il Consiglio dell'OCSE, su proposta del Comitato di governance pubblica, adotta una Raccomandazione sull'integrità pubblica, che, prendendo atto che l'integrità è uno dei pilastri delle strutture politiche, economiche e sociali e quindi elemento essenziale del benessere economico e sociale, identifica criteri e azioni necessarie alla creazione di un sistema coerente e completo dell'integrità pubblica. Nella Raccomandazione è contenuta la definizione di "integrità pubblica".

sia altro che la prevalenza degli interessi particolari a scapito dell'interesse pubblico.

Interesse pubblico vs. interessi privati. Un tiro alla fune; una lotta senza quartiere. Soprattutto, una dinamica nota come conflitto di interessi. E' integro il decisore pubblico che riesce a dare prevalenza all'interesse pubblico nonostante la pressione di altri interessi.

Sappiamo per esperienza che gli interessi particolari in sanità sono condizionanti, tanto da sequestrare la funzione pubblica o, in alcuni casi, a sostituirsi ad essa⁶⁹. Per rimanere integro, il nostro decisore pubblico può cavarsela solo se aderisce consapevolmente (e non per mera intuizione) a valori e principi dell'etica pubblica, condivisi all'interno delle amministrazioni. Ma come si forma una tale consapevolezza? E come si traducono in concreto i principi dell'etica pubblica all'interno di processi decisionali complessi e carichi di aspettative?

La formazione dovrebbe mettere nelle condizioni il decisore pubblico di preservare l'integrità di un processo decisionale. Per fare un esempio, il dirigente pubblico (il direttore di una unità operativa di un ospedale pubblico o il responsabile del settore acquisti di una azienda sanitaria), nell'ambito delle responsabilità a cui è chiamato dagli standard del codice di comportamento nazionale, deve saper valutare e gestire le situazioni di conflitto di interessi che gli vengono segnalate dai propri collaboratori. Quali criteri utilizza per valutare se un proprio collaboratore è in conflitto di interessi? Quali competenze sono necessarie per compiere questa valutazione? Come gestirà la situazione?

Nelle attività formative che svolgiamo a stretto contatto con il personale sanitario e amministrativo di Aziende sanitarie e

⁶⁹ Cfr: La sanità pubblica sotto sequestro, Spazioetico 2020

ospedaliere si avverte la quasi totale assenza di competenze di questo tipo. Anche ANAC, che ha recentemente effettuato un'indagine sui punti critici dell'attuazione della prevenzione della corruzione, ammette che, ad esempio, sono pochissimi i casi di conflitti di interessi e *pantouflage* rilevati: *“gli Rpct lamentano una scarsa sensibilità sul tema che, secondo Anac, potrebbe derivare anche da una seria difficoltà a intercettare i fenomeni rendendo poco efficace la strategia di prevenzione su questo punto”*⁷⁰.

E dunque è questo il vero campo di azione della formazione come misura di prevenzione della corruzione: sviluppare le competenze per l'integrità, conoscenze, abilità atteggiamenti che entrino stabilmente a far parte del bagaglio tecnico dei dipendenti pubblici.

⁷⁰ cfr: Indagine Anac sulla prevenzione della corruzione, gennaio 2023

20. Essere dalla parte della paziente, cosa cambia

Maria Grazia Celani

Presidente Associazione Alessandro Liberati-
Cochrane Affilate Centre

Ad una donna di 62 anni, neurologa, nel Settembre 2023 viene fatta una diagnosi di neoplasia al polmone diffusa al 4° stadio, caratterizzata da mutazione specifica HER2. Solo pochi anni fa la probabilità di sopravvivenza a 5 anni di una persona affetta da adenocarcinoma polmonare diffuso era molto bassa, mentre la recente scoperta di mutazioni genetiche caratterizzanti anche questo tipo di neoplasie ha consentito lo sviluppo di farmaci “mirati”, quali gli anticorpi monoclonali farmaco-coniugati (ADC) e più in generale dalla “medicina di precisione”. A settembre il farmaco aveva ottenuto la rimborsabilità dall’AIFA, l’Agenzia Italiana del Farmaco, per le pazienti con carcinoma mammario HER2-positivo non resecabile o metastatico come seconda linea, ma non era ancora disponibile per i pazienti con tumore al polmone (NSCLC), in quanto ancora in fase di studio.

Cosa può augurarsi una persona informata? Io, la neurologa, Presidente dell’Associazione Alessandro Liberati-Cochrane Affilate Centre (www.associati.it) questa volta anche la paziente, mi sono subito augurata con molta determinazione la possibilità di partecipare ad uno studio clinico controllato in cui potessero essere valutati l’efficacia e gli effetti collaterali

di un nuovo farmaco verso la terapia standard. Questo avrebbe garantito sia la massima attenzione della persona arruolata, sia nel braccio di controllo che in quello del trattamento in valutazione, sia che la mia esperienza di malattia individuale potesse contribuire all'evoluzione della ricerca scientifica per altre e altri. Ma non è stato così, lo studio randomizzato e controllato aveva appena finito il suo reclutamento.

All'inizio ho avvertito emozioni contrastanti e costanti: l'entusiasmo per la progressione della ricerca nello studio dei tumori (pensando parallelamente alla ricerca nella sclerosi multipla e nelle altre malattie neurodegenerative che meglio conoscevo) e molto spavento per il proprio sé malato.

Poi è accaduto che, studiando la ricerca in oncologia, mi sono resa conto che la sua agenda è fortemente condizionata dall'influenza dell'industria farmaceutica e quindi di interessi, al mio sentire, in aperto conflitto, tanto da far sorgere, in molti casi, dei dubbi nei confronti dell'eticità del braccio di controllo come riportato recentemente nella letteratura oncologica⁷¹, della reale utilità delle misure di esito scelte negli studi⁷² della reale finalità degli studi stessi. Studi che dovrebbero avere come primario interesse e primaria finalità solo il benessere della persona malata. Altro esempio è rappresentato dalle difformità metodologiche di approvazione del farmaco (in questo

⁷¹ Hilal 2019. *Analysis of Control Arm Quality in Randomized Clinical Trials Leading to Anticancer Drug Approval by the US FDA*. *JAMA Oncol*. Rossi 2023, *Analysis of the adequacy of control arms in oncology randomised clinical trials published between 2017 and 2021: a meta-research study*. *European Journal of Cancer*

⁷² Marandino 2023. *Time trends in health-related quality of life assessment and reporting within publications of oncology randomised phase III trials: a meta-research study*. *BMJ Oncology*. 2023,

specifico caso l'utilizzo del monoclonale/chemioterapico in seconda linea) dalla FDA (Food and Drug Administration) nell'agosto 2022, rispetto a quella dell'EMA (European Medicines Agency), avvenuta nel settembre 2023. A questo si aggiunge la tempistica del procedimento negoziale di prezzo e rimborso dei farmaci, dalla data di avvio a livello europeo alla data di conclusione nei diversi Paesi Europei che in Italia, nel periodo 2018-2022 è stato in media pari a 88 giorni per le procedure relative ai farmaci equivalenti e 273 giorni per tutte le altre procedure.

Nel 2011 Alessandro Liberati si augurava *“una nuova strategia di governance della ricerca che unisca tutti i soggetti interessati, che parta da un'analisi della ricerca esistente ed in corso e che sia indipendente da interessi di parte, allo scopo di riallineare la ricerca commerciale e accademica ad una orientata alle esigenze del paziente”*⁷³. Purtroppo la ricerca di una risposta alle mie domande sembra imbattersi negli stessi ostacoli che dodici anni fa fecero auspicare ad Alessandro, anche lui nel duplice ruolo di medico e di paziente, un cambiamento.

Quanto riportato sopra, non solo induce a pensare che l'equilibrio tra i vari gruppi dei portatori di interesse ipotizzato 12 anni fa da Alessandro sia totalmente sbilanciato, ma aumenta notevolmente le incertezze per la persona malata di poter contribuire ad una ricerca etica, in un periodo in cui la propria vita è incerta.

⁷³ Liberati A. Need to realign patient-oriented and commercial and academic research. Lancet 2012

Mi sono ancora chiesta, in questo mio nuovo ruolo, quali altre questioni più dirette ho dovuto affrontare che potrebbero essere spunto di riflessione.

La comunicazione della diagnosi, del percorso terapeutico, degli effetti collaterali che ho necessariamente incontrato avrei dovuto comprenderli più facilmente visto che sono sicuramente una “paziente informata”; in realtà l’ansia e la paura della nuova condizione fa sì che questa comunicazione sia comunque una comunicazione difficile, sofferta e scivolosa sia per il medico che l’affronta sia per me che verosimilmente la comprendo, ma, purtroppo la dimentico o respingo altrettanto rapidamente. Per questo motivo ho sentito il bisogno di andare a reperire informazioni in modo autonomo; mentre da un lato questo affaccendarmi ha rappresentato “una strategia di coping” dall’altro è stato un percorso doloroso, forse anche ossessivo, e mi ha sostenuto solo il chiedere aiuto agli amici – colleghi, che hanno studiato assieme a me queste nuove aree di ricerca. Sicuramente la comunicazione è un momento molto delicato e difficile da gestire e dopo questa esperienza mi sento di dire, come medico, che potrebbe essere utile “scrivere” le informazioni, dare “referenze bibliografiche” se è il caso, lavorare in accordo con altri specialisti in modo multidisciplinare affinché le persone ci possano tornare sopra con maggior calma. Forse addirittura anche dare un contatto di riferimento negli intervalli tra una visita e l’altra.

È proprio ricercando le informazioni sulle paure dei pazienti che è stato possibile, con sorpresa, verificare che vi è un blog della Cochrane (www.evidentlycochrane.net) in cui viene descritto che non solo tutte le persone affette hanno disagi simili o producono rappresentazioni figurate analoghe della propria vita stravolta, ma che questi stessi stati emotivi potevano essere utilizzati come misure di esito in trial clinici randomizzati

e confrontate con altre misure di esito utilizzate in passato per valutarne in modo comparativo l'efficacia⁷⁴. Questa scoperta ha in qualche modo legittimato il mio sentire, gli ha dato una forma e una connotazione, ha espanso l'esito clinico in modo più profondo del semplice binomio qualità/quantità di vita, e soprattutto mi ha fornito strumenti di condivisione.

Un'altra parte di preoccupazione tanto intensa da dare sensazioni di impotenza e tradimento è la situazione in cui sono stati costretti i miei cari; e con sorpresa, chissà perché, ho verificato che anche questa condizione è stata valutata dalla Cochrane. Vi è una revisione che ha posto il quesito di efficacia della presa in carico dei familiari da parte del sistema sanitario con un supporto di psicologico e/o di comunicazione specifica. È stato ipotizzato che anche questo aspetto, apparentemente secondario, andrebbe necessariamente utilizzato tra gli obiettivi di ricerca degli studi clinici per ottenere misure di esito utili alla pratica clinica. Il ruolo del familiare è infatti particolarmente faticoso, in ogni caso, in quanto potrebbe provare un eccessivo carico di responsabilità psicologica e fisica nei confronti della persona malata. Le motivazioni sono molteplici e alcune spiegazioni potrebbero trovarsi sia nella scarsa comunicazione con i medici della presa in carico sia "nell'esito della malattia cancro" che va dall'essere mortale o a lungo termine a situazioni più transitorie. Basti pensare da un lato a come i diversi familiari potrebbero accettare le direttive anticipate di morte (se non poste o se poste in modo ambiguo dal paziente),

⁷⁴ Moore PM, Rivera S, Bravo-Soto GA, Olivares C, Lawrie TA. Communication skills training for healthcare professionals working with people who have cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018

dall'altro lato alla gestione della malattia cronica sottoposta a costante controllo clinico e strumentale⁷⁵.

Dunque, ecco la novità! Potrebbe essere possibile vivere la propria malattia non solo come condivisione e partecipazione in spazi associativi con persone che vivono una simile esperienza, ma anche in studi randomizzati e controllati farmacologici e non farmacologici per migliorare la pratica clinica (e la qualità della ricerca).

L'altro problema che rappresenta un grande disagio per le persone affette e per i loro cari è la scelta del luogo di cura. Questo importante passo è stato da me vissuto come il tempo che precede “il tuffo in una traversata di uno stretto tra due coste marine”, un proposito concreto che avevo, da nuotatrice, alcuni anni fa. È stato, cioè, naturale, spontaneo, quasi automatico. Nell'ospedale dove mi curo ci lavoro e per i medici che mi curano sono in fondo una collega, forse prima ancora che una paziente. Ma non sempre è così “facile” e non sempre è possibile per tutte le persone colpite, scegliere in tempi rapidi e con contatti più o meno semplici (anche questo rappresenta una sorta di grande discriminazione).

La scelta del luogo di cura inizia sin dalla possibilità di avere una diagnosi corretta che, nell'ambito della medicina di precisione, significa anche la valutazione di un numero di biomarcatori genomici necessari per l'individuazione della migliore strategia diagnostica e terapeutica. L'elevato numero e la complessità dei biomarcatori da valutare richiede una attenta scelta

⁷⁵ Treanor CJ, Santin O, Prue G, Coleman H, Cardwell CR, O'Halloran P, Donnelly M. Psychosocial interventions for informal caregivers of people living with cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019

delle tecnologie di analisi per garantire che esse vengano eseguite secondo criteri di appropriatezza, che questa venga fatta in tempi adeguati alle necessità cliniche e con le adeguate quantità di materiale biologico a disposizione. L'insieme di queste caratteristiche non è presente in tutti i centri sul territorio nazionale, né ad oggi, vi sono centri di riferimento all'interno di una rete ben definita. Inoltre, lo scarso rapporto di fiducia con gli oncologi di alcuni centri di riferimento territoriali (per la difficoltosa accoglienza? per la mancata presenza di un gruppo multidisciplinare? Per la mancata disponibilità di altri mezzi diagnostici?) produce flussi di migrazione (dopo adeguata valutazione clinica in ambulatori privati) dalla propria città verso posti di riferimento ritenuti migliori.

Questa situazione a mio parere, sostenuta dalla mia recente esperienza, è inaccettabile; inaccettabile è la diversa possibilità diagnostica (che spesso, se già effettuata, viene ripetuta nel centro di riferimento scelto perché ritenuta incompleta nel centro locale iniziale), i viaggi, le spese conseguenti, la necessità di prenotarsi esami diagnostici da soli (al di fuori di un percorso programmato), la sensazione di doversi salvare la vita accedendo a centri ritenuti migliori. Questa iniquità, questo extra carico economico riservato a chi lo può affrontare, questa fatica fisica e morale si aggiunge al dolore ed alla paura di una famiglia molto spesso colpita all'improvviso da un evento minaccioso.

Pensando alla necessità che il nostro Sistema Sanitario garantisca uguaglianza, equità e universalismo, si dovrebbe ipotizzare una rete di ospedali diffusa su tutto il territorio nazionale in cui gli oncologi ed il loro gruppo multidisciplinare (radiologi, radioterapisti, psicologi, nutrizionisti, fisioterapisti etc.) presentino modalità di relazione e crescita professionale

grazie non solo alla condivisione degli stessi protocolli diagnostici e terapeutici, ma anche alla volontà di produrre “una ricerca annidata nella clinica”⁷⁶. “Ricerca nested” in cui tutti i pazienti sono importanti, non solo gli inclusi negli studi clinici, ma anche coloro che sono esclusi per mancanza degli stessi criteri di inclusione, o in quanto troppo gravi (un esempio è rappresentato dalla seguente revisione sistematica: performance status 2;⁷⁷) o in quanto usciti dallo studio per importanti effetti collaterali oppure in quanto non sensibili al farmaco utilizzato.

Tale popolazione è proprio la maggior parte dei pazienti. È necessario, dunque, non solo che non vi siano disparità su base economica o distanze geografiche, ma che queste stesse disparità e distanze vengano ad essere azzerate anche tra i pazienti inseriti negli studi randomizzati generati dalla ricerca registrativa o dalla ricerca accademica, mentre snodi importanti di cura dovrebbero essere quelli prodotti dall’incertezza, incontrata lungo il percorso della presa in carico.

Ed è proprio questa incertezza clinica che, in un sistema di network, possono crescere competenze e può migliorare l’assistenza clinica.

⁷⁶ 30 aprile 2022 Gianni Tognoni Riunione annuale dell’Associazione Alessandro Liberati:

https://www.youtube.com/watch?v=Q5lPpLiSr_A&list=PLsaW-BWR0EO9B7UXbmCuuRWkAtGv5PG3EE&index=7

⁷⁷ Gijtenbeek RGP, de Jong K, Venmans BJW, van Vollenhoven FHM, Ten Brinke A, Van der Wekken AJ, van Geffen WH. Best first-line therapy for people with advanced non-small cell lung cancer, performance status 2 without a targetable mutation or with an unknown mutation status. Cochrane Database of Systematic Reviews 2023

Un grande sostegno che mi ha sempre guidato e guida tutt'ora è il pensiero che se mi fossi trovata in un campo di guerra sarei morta subito tragicamente, con la mia neoplasia, se fossi in un paese senza assistenza sanitaria e se fossi stata economicamente povera sarei rapidamente morta, con dolore in quanto non mi sarei potuta concedere neanche gli antidolorifici.

Sono invece in un paese che ha un Sistema Sanitario Nazionale che con i suoi limiti sopra discussi si prende carico delle mie cure, nel modo migliore possibile anche se non ottimale.

L'Associazione della quale sono ancora presidente ci riflette, allarga la lente di ingrandimento e si impegna nella cura del nostro sistema sanitario nazionale, con l'obiettivo di mantenerlo e migliorarlo, alla luce delle ricerche scientifiche e delle migliori capacità organizzative che pongano al centro il paziente.

Solo con una attenta sensibilizzazione alla qualità, equità e giusta comunicazione si fugano le paure del singolo e si restituisce una buona qualità di vita.

21. Criticità delle semplificazioni in materia di affidamenti adottate durante la pandemia

Dario Di Maria e Agnese Morelli

Associazione Italiana per l'Integrità della Salute

Troppo spesso si parla di “appalti bloccati”, burocrazia imperante, paura della firma, e necessità di semplificare gli acquisti delle aziende sanitarie. Già con il decreto sblocca-cantieri di aprile 2019 si erano introdotte delle semplificazioni tendenti ad ampliare le possibilità di affidamento diretto, ma, conseguentemente, tendenti anche a diminuire la possibile concorrenza.

Ancora vivo il dibattito sull'opportunità di tali disposizioni, quando, l'11 marzo 2020 l'OMS dichiara ufficialmente che la diffusione dei contagi da COVID-19 può essere qualificata come pandemia, e ogni attore a livello nazionale e sovranazionale cerca di fornire disposizioni specifiche per affrontare l'emergenza, pur bilanciando gli interessi di celerità delle procedure di public procurement con quelli di trasparenza e tutela della concorrenza.

La Commissione UE il 01/04/2020 con la Comunicazione 2020/C 108 I/10 (“Orientamenti della Commissione europea sull'utilizzo del quadro in materia di appalti pubblici nella situazione di emergenza connessa alla crisi della Covid-19”) ha fornito soluzioni operative per garantire nell'immediato la disponibilità dei dispositivi di protezione individuale quali mascherine e guanti protettivi, dispositivi medici, in particolare ventilatori polmonari, altre forniture mediche, ma anche di in-

infrastrutture ospedaliere e informatiche. Tali soluzioni riguardavano disposizioni già presenti nell'ordinamento, in particolare:

- 1) ricorso alla riduzione dei termini delle procedure ordinarie di aggiudicazione motivata dall'urgenza legata all'emergenza;
- 2) ricorso alla procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando, che è ammesso "nella misura strettamente necessaria quando, per ragioni di estrema urgenza derivanti da eventi imprevedibili dall'amministrazione aggiudicatrice". La Commissione ricordava che questa procedura consente di negoziare direttamente con i potenziali contraenti e che nella direttiva non sono previsti obblighi di pubblicazione, termini, numero minimo di candidati da consultare o altri obblighi procedurali.

Il 21 aprile 2020 il GRECO (Gruppo di Stati contro la corruzione, organismo del Consiglio d'Europa) ha pubblicato delle linee guida rivolte ai suoi 50 Stati membri volti a prevenire la corruzione nel contesto delle emergenze sanitarie causate dalla pandemia di Covid-19. Le linee guida sottolineano che l'epidemia di Covid-19 aumenta i rischi di corruzione, che il settore sanitario è specificamente esposto, in particolare a causa del sovrapporsi dell'immediata necessità di forniture mediche e della semplificazione delle regole di approvvigionamento.

Il 16 luglio 2020 è emanato il dl 76/2020, che introduce (fino al 31 luglio 2021, termine poi prorogato al 30 giugno 2023) notevoli deroghe agli affidamenti di lavori, servizi e forniture, in particolare:

- la possibilità di affidamento diretto fino alle c.d. soglie europee, cioè utilizzando il massimo della discrezionalità riconosciuta agli Stati dalle direttive europee sui contratti pubblici (art. 1 comma 2);

- il dimezzamento dei termini per gli affidamenti “sopra soglia” (art. 2 c.2 e 3);
- la disapplicazione di ogni normativa nazionale, fatta eccezione per la legge penale e la normativa antimafia, e diretta applicazione delle sole direttive europee (art. 2 comma 4).

L’ambito oggettivo di applicazione della norma è stato poi esteso dal D.L. 24 febbraio 2023, n. 13 agli interventi finanziati, in tutto o in parte, con le risorse previste dal PNRR fino al 31 dicembre 2023.

Il 3 agosto 2020, in occasione dell’audizione presso le Commissioni riunite 8^a Lavori pubblici, comunicazioni e 1^a Affari costituzionali del Senato della Repubblica, il Presidente f.f. dell’ANAC, Prof. Francesco Merloni, affermava che con più prudenza va accolta la decisione di occupare lo spazio lasciato vuoto dalla procedura negoziata semplificata espandendo la soglia dell’affidamento diretto “puro”, che passa dal limite dei 40.000 euro dell’art. 36, comma 2, lett. a) a quello di 150.000 euro. E ancora “è necessario trovare - anche in una situazione di eccezionale gravità quale quella presente - un punto di equilibrio che salvaguardi la trasparenza dell’azione dell’amministrazione e un livello minimo di confronto con il mercato. Si rappresenta, a tal proposito, che nel 2019 la fascia di procedure comprese fra 40.000 e 150.000 ha rappresentato il 54% del totale e che pertanto oltre la metà di esse, con la modifica normativa prevista, sarebbero sottratte a un confronto concorrenziale”

Il messaggio era chiaro: fare presto, anche a scapito di trasparenza e concorrenza.

Purtroppo tale messaggio è stato inteso anche da chi abitualmente delinque e drena denaro dal SSN, amplificando anche i

rischi di comportamenti opportunistici tesi ad applicare la disciplina derogatoria oltre i limiti, già abbastanza ampi, consentiti dalla stessa.

Già da una prima analisi degli appalti aggiudicati nel 2020, analisi condotta sugli open data di ANAC⁷⁸, si evidenziavano un numero notevole di affidamenti diretti e di procedure negoziate senza pubblicazione del bando o, addirittura, di procedure aperte effettuate in tempi brevissimi (1-5 giorni), molto oltre già ampi limiti previsti dal decreto semplificazioni.

Come ampiamente prevedibile, secondo il Rapporto quadrimestrale contratti pubblici relativo al terzo trimestre 2020, rispetto all'anno precedente vi è stato un aumento di valore dei contratti pubblici del 27,4%, ma gli affidamenti diretti sono aumentati del 93,4%, passando da un valore complessivo di euro 1.665.408.161 a euro 3.220.207.351. Quindi su oltre 3 miliardi di euro non vi è stato nessun confronto competitivo.

A confermare i timori di comportamenti opportunistici, ANAC dopo due anni con la delibera n. 329 del 13 luglio 2022 ha dichiarato illegittimo un appalto di oltre 700 milioni di euro affidato sulla base delle norme emergenziali, osservando, tra l'altro, che “la deroga contenuta nel comma 4 dell'art. 2, riferita ai casi di cui al comma 3 (ossia ragioni di estrema urgenza derivanti dall'emergenza sanitaria in corso), riguarda gli appalti relativi alle opere pubbliche ivi elencate”, rilevando che l'applicazione di tale deroga è collegata all'effettivo ricorrere delle ragioni di estrema urgenza derivanti dall'emergenza sanitaria, che non paiono ricorrere nel caso di specie”.

Sempre l'ANAC nella delibera n. 184 del 5 Aprile 2022 ha rilevato l'erronea applicazione della normativa a diversi appalti di un'amministrazione aggiudicatrice, per oltre 35 milioni

⁷⁸ <https://iusmanagement.org/2021/06/08/appalti-veloci-2020-le-statistiche>

di euro. Anche in questo caso ha ribadito “per gli affidamenti oggetto di istruttoria, la mancata sussistenza dei presupposti per l’applicazione del regime derogatorio di cui all’art. 2, comma 4 del d.l. 76/2020, tenuto conto che la deroga va riferita ai casi di estrema urgenza derivanti dall’emergenza sanitaria in corso, non ricorribili negli affidamenti venuti in rilievo, e ai settori ivi indicati, laddove le situazioni di urgenza prospettate, per quanto concerne i lavori in esame, paiono potersi ricondurre a situazioni di incuria e di carenze manutentive protrattesi nel corso degli anni”.

Quindi una prima conclusione che ne possiamo trarre, è che l’emergenza è stata spesso l’occasione per effettuare, comunque sempre in violazione della legge, affidamenti che nulla avevano a che fare con l’emergenza sanitaria. Per cui, quando si invoca, in tempi ordinari e non, l’urgenza, l’emergenza, la necessità di fare presto, bisogna comunque prevedere anche dei presidi “speciali” anticorruzione, proprio per evitare e intercettare sul nascere comportamenti opportunistici e illegittimi.

Inoltre ricordiamo che nella sanità è frequente l’utilizzo di altre due tipologie di affidamenti diretti:

- 1) la procedura negoziata senza bando (art. 63) a causa dei diritti di esclusiva;
- 2) somma urgenza (art. 163).

La prima procedura è utilizzata soprattutto per l’acquisto di farmaci o di soluzioni tecnologiche specifiche con diritti di brevetto. Nella sanità il problema è che chi propone l’acquisto è di solito un “primario” (direttore di struttura complessa), la cui valutazione spesso non può essere contestata per specificità da nessun altro soggetto all’interno dell’azienda sanitaria. La verifica di assenza di conflitti di interesse o l’assenza di “be-

nefit”, spesso è deputata ad uffici diversi da quello che provvede agli acquisti (per esempio, per benefit quali corsi di formazione con soggiorni gratuiti è l’ufficio formazione, incarichi come relatore a convegni sono sottoposti all’autorizzazione dell’ufficio del personale, per le erogazioni di somme sotto forma di finanziamento per la ricerca è competente il Comitato etico per la sperimentazione clinica). Ciò determina una vasta zona grigia nell’utilizzo di detta procedura per motivi di esclusività.

La seconda procedura, quella di somma urgenza, è invece utilizzata per tutelare l’incolumità pubblica o privata, ma anche qui i presidi contro malpractice e prevenzione del conflitto di interessi sono ancora molto blandi.

La seconda conclusione è che i presidi per semplificare o accelerare l’aggiudicazione di lavori, beni, forniture vi sono anche nella legislazione ordinaria, ma ciò che manca è un utilizzo coordinato di quelli contro i conflitti di interesse, soprattutto per ciò che può costituire un beneficio indiretto: eventi formativi, incarichi come relatore o docente, finanziamenti per sperimentazione cliniche.

22. La manipolazione della ricerca e dell'informazione scientifica

Luca De Fiore[°] e Gianfranco Domenighetti^{°°}

- [°] Il Pensiero Scientifico Editore, Roma e Associazione Alessandro Liberati - Network Italiano Cochrane;
- ^{°°} Università Svizzera Italiana, Lugano (CH) e Scuola Universitaria Professionale, Dipartimento Sanità, Manno (CH)

Articolo pubblicato su *Politiche sanitarie* 2013;14(3):127-133

1. Introduzione

Se parliamo di Giuramento di Ippocrate, chi non saprebbe dire – se non altro per sommi capi – di cosa si tratta? Il documento sul quale si basa – o si dovrebbe basare – la medicina è dunque qualcosa di scritto o, se non altro, di... “comunicato”. La medicina si fonda sull'informazione: in passato, quasi esclusivamente tra il curante e il paziente. Oggi le cose sono fortunatamente più articolate e la comunicazione non avviene più soltanto tra i due protagonisti della cura e, soprattutto, non è più – o non dovrebbe esserlo – unidirezionale. Soprattutto laddove le forme della comunicazione sono più mature, il dialogo ha preso il posto dell'informazione, la comunicazione è circolare e coinvolge professionisti sanitari (clinici, ricercatori, farmacisti, infermieri, dirigenti sanitari, etc.), malati, familiari, persone attive nelle organizzazioni di volontariato, politici e tutte le altre figure definite oggi – con un termine forse discutibile – come ‘portatori di interesse’. I diversi stakeholder dovrebbero tutti avere un ruolo nella produzione di conoscenze

utili a migliorare l'assistenza al malato o a definire le strategie di politica sanitaria e promozione della salute.

2. L'informazione fa bene alla salute: siamo sicuri che sia così?

Venticinquemila riviste mediche pubblicano 1.800.000 articoli ogni anno: questi i numeri della 'comunicazione' scientifica che, di fatto, resta chiusa nell'ambito dei circa 8 milioni di ricercatori e di clinici che, in tutto il mondo, producono – con determinazione e costanza – lavori originali e rassegne e - con una certa svogliata distrazione – sfogliano le riviste, sempre più spesso online.

Nell'arco di pochi anni si è passati da un'attività che aveva come solo obiettivo la crescita culturale della comunità scientifica a un'impresa a carattere prevalentemente commerciale che sostiene l'establishment accademico. Come se non bastasse, la posta in gioco e le dinamiche ormai radicate sono veri e propri fattori di rischio che con sempre maggiore frequenza espongono autori, direttori di riviste, revisori (referee), editori scientifici, membri di commissioni di esame, società scientifiche alla tentazione di comportamenti irrituali, eticamente biasimevoli o francamente illegali.

3. Qual è il contesto?

L'informazione medico-scientifica è nelle mani di un'editoria specializzata che in oltre il 65 per cento dei casi ha finalità di profitto. Se la salute non è una merce, il sapere utile a mantenere sane le persone o a curare i malati lo è: eccome se lo è. Al punto che i margini di profitto delle aziende editoriali multinazionali, che la progressiva concentrazione industriale ha reso padrone del settore, anche in questi anni di crisi superano spesso il 25 per cento degli investimenti.

Detto in altre parole, per ogni 100 dollari spesi per produrre libri o, soprattutto, riviste, ne tornano a casa 125. Solo l'industria farmaceutica e quella petrolifera riescono – e non sempre – a fare di meglio. Il settore è florido ed è in continua espansione non solo per la convenienza economica ma anche per altre due ragioni. Perché è funzionale alla carriera delle persone che lavorano nella sanità: il numero dei ricercatori attivi a livello internazionale aumenta con lo stesso ritmo di quello con cui cresce il numero delle riviste: oltre il 3 per cento ogni anno. Se oggi, ad esempio, sono 25.000, domani saranno 25.800 e dopodomani quasi 27.000 (Morris, 2007).

Anche gli articoli saranno sempre di più, ma è una crescita che non segue la domanda di conoscenze da parte dei lettori: piuttosto, asseconda la richiesta di titoli e di 'impact factor' da parte dei clinici e dei ricercatori. La cosa che conta di più è la firma, non il contenuto. Perché è funzionale alla commercializzazione di nuovi prodotti farmaceutici, di dispositivi medici e di apparecchiature diagnostiche e agli interessi dell'industria alimentare (Smith, 2005). Nell'uno e nell'altro caso l'obiettivo è la promozione: di persone e di prodotti. Nell'uno e nell'altro caso si tende a sottolineare – di persone e di prodotti – la 'novità'. Nell'uno e nell'altro caso alla novità non corrisponde necessariamente l'innovazione. Nell'uno e nell'altro caso si fanno carte false. Ma come?

4. Le distorsioni della ricerca clinica

A questo punto è necessaria una premessa: la cattiva informazione scientifica è molto spesso legata alla cattiva ricerca. I ricercatori anglosassoni hanno un modo di dire che spiega bene le cose: "garbage in, garbage out". Se entra immondizia, non potrà che uscire immondizia. L'industria farmaceutica fa ricerca principalmente per rispondere alle aspettative dei propri azionisti e spesso queste attese non coincidono con quelle dei

pazienti, dei loro familiari o del personale sanitario che deve utilizzare i risultati degli studi per migliorare la qualità dell'assistenza.

Considerati i costi di sviluppo dei nuovi prodotti e il tempo necessario per sintetizzarli e per sperimentarli, si preferisce seguire strade già battute che si sono rivelate produttive, senza esplorarne di nuove. Questa scelta ha portato alla proposta di molti composti assai simili tra loro, che sono stati battezzati farmaci me-too (anche io), che fanno somigliare le cassettiere delle farmacie a quegli scaffali dei supermercati dove trova spazio una confezione arcinota di biscotti capostipite circondata però da frollini identici ma di molte marche diverse.

Possiamo dire che tanto meno innovativi (e risolutivi per la salute delle persone) sono i nuovi prodotti sintetizzati, tanto maggiore è l'esigenza dell'industria di ricorrere ad una raffinata creatività pubblicitaria, capace di enfatizzare le caratteristiche positive dei prodotti, minimizzandone le carenze. Che la vera innovazione sia scarsa lo rilevava anche un rapporto dell'Ocse che osservava che “nonostante una crescita degli investimenti per la ricerca e lo sviluppo, la scoperta di nuovi principi attivi è diminuita” e aggiungeva che “la maggior parte di queste ‘innovazioni’ non hanno che poco o nessun valore aggiunto rispetto ai farmaci esistenti” (Oecd, 2008).

La rivista indipendente di farmacologia Prescrivere, che ogni anno fa il bilancio del mercato farmaceutico europeo, ha evidenziato che dal 1981 al 2011 sui 4024 ‘nuovi’ farmaci messi sul mercato, solo 9 (0,22%) hanno rappresentato un progresso terapeutico ‘maggiore’ e 88 (2,19%) un progresso ‘importante’ (con alcuni limiti), mentre gli altri erano sostanzialmente delle copie di specialità già esistenti o farmaci senza nessun interesse clinico o perfino dannosi (Prescrivere, 2012).

Fin qui, si tratta di scelte forse eticamente discutibili ma industrialmente legittime. Ad osservarle nel loro insieme, si ha

però l'impressione di una sorta di "esercizio alla distorsione della realtà" che, perlomeno in alcuni casi, potrebbe rivelarsi se non altro propedeutico a comportamenti francamente illegali. Sono falsificati i bisogni informativi che determinano la programmazione di attività di ricerca: per esempio, viene amplificata la portata di problematiche sanitarie, di rischi epidemiologici, di pericoli 'pandemici', e così via (Moynihan et al, 2002).

La premessa di gran parte dei lavori pubblicati prevede la descrizione di iceberg fatti da patologie invisibili. Ce ne sono così tanti che sembra che i cambiamenti climatici proprio non abbiano toccato la sanità. È un comportamento da mettere in diretta relazione con la medicalizzazione della società contemporanea, con la cosiddetta "invenzione delle malattie" (disease mongering) e con la sovradiagnosi.

È duplicata la ricerca che ha già dato risultati, vuoi positivi, vuoi negativi: per esempio, vengono ripetuti studi clinici su principi attivi che già si sono dimostrati efficaci o inefficaci, senza aggiungere nulla di nuovo a quanto già si sappia e spreco di risorse umane ed economiche, col solo obiettivo di fornire ulteriore supporto alla loro promozione commerciale. La sostenibilità del sistema sanitario passa anche per una maggiore sobrietà nella programmazione delle attività di ricerca.

Oltre a questi problemi di carattere generale, ne esistono altri apparentemente più tecnici ma non meno importanti. Una delle principali cause delle perverse (e illegali) dinamiche della comunicazione scientifica è la produzione distorta dei dati, derivante da una ricerca condizionata all'origine. In troppi casi la definizione delle priorità (il decidere cosa studiare) e dei metodi di analisi (la scelta di come studiare) è guidata da interessi diversi dal bene dei cittadini. Interessi non solo di tipo com-

merciale, ma anche accademico, politico o religioso. Il normale percorso di produzione di dati viene alterato in diversi modi.

5. Chi sceglie con chi confrontarsi?

Che valore avrebbe un concorso di bellezza in cui una delle concorrenti scegliesse con chi confrontarsi? In medicina succede quasi sempre proprio così. La promozione di principi attivi spesso sostanzialmente identici – e affatto innovativi – suggerisce strategie di marketing sofisticate, che non esponano il prodotto in studio alla sorpresa di rivelarsi meno efficace di quello col quale viene controllato.

Una strategia frequente è quella di commissionare a centri ospedalieri o universitari piccoli progetti di ricerca il cui scopo sia quello di valutare non la superiorità ma la non inferiorità del trattamento studiato rispetto allo standard attualmente preferito nella pratica clinica. “Lo scopo delle ricerche di equivalenza – ha scritto il farmacologo Silvio Garattini – è dimostrare che il farmaco è ‘equivalente’ o peggio ancora ‘non inferiore’ ai farmaci già esistenti. [...] L’adozione di queste metodologie stabilisce già a priori che l’unica cosa che interessa è poter dimostrare un’efficacia a scopi puramente commerciali: poter accedere al mercato. Molto spesso poi questa ‘equivalenza’ è molto teorica, visto che, in base alla numerosità dei malati, ‘equivalenza’ può voler dire che non è peggiore più del 20-30 per cento. Il che significa che il nuovo farmaco potrebbe essere anche inferiore ai farmaci già esistenti” 1. “Tutto ciò – puntualizzano Stefano Cagliano e Marco Bobbio nel libro *Rischiare di guarire* – ha una rilevanza per la salute, ma anche per l’etica della ricerca e virtualmente per il codice penale” (Cagliano e Bobbio, 2005). “Virtualmente”, d’accordo. Un’alternativa frequente agli studi di non superiorità prevede il confronto tra il

preparato in studio con il placebo, vale a dire con una sostanza inerte solo formalmente indistinguibile dal prodotto attivo.

È un metodo assai discusso ma spesso addirittura previsto dalla normativa. In Italia, il Comitato di bioetica afferma che l'utilizzo del placebo è consentito e raccomandato quando non si abbia una cura accertata per la malattia in studio e se il trattamento oggetto di ricerca è finalizzato alla cura di un disturbo non grave o quando la sospensione temporanea della terapia non rischi di indurre conseguenze di rilievo. La sospensione di un trattamento attivo, inoltre, deve essere sempre considerata con attenzione e prudenza e caso per caso, e solo dopo aver ottenuto dal malato un consenso informato libero e consapevole.

6. Chi stabilisce se una cura funziona?

Esistono tante diete dimagranti quanti sono gli amici e le amiche che ci hanno parlato di quella da loro seguita: da chi ha mangiato solo uva per un mese a chi ha dimenticato l'esistenza della pastasciutta. Quasi tutti i regimi alimentari controllati accrescono la sensazione di benessere di chi li segue e rendono meno gravose le attività quotidiane; ma, dovendo stabilire se una dieta funziona, scegliereste come indicatore l'aumento di energia da voi percepito o, più semplicemente, la riduzione del peso? Questo esempio banale serve per introdurre un problema importante della ricerca clinica: quello della determinazione degli esiti attraverso i quali misurare i risultati degli studi (Bero, 2013).

Un ricercatore, quando si accinge a disegnare il protocollo di una ricerca clinica, deve decidere a priori quali criteri intende adottare per stabilire se il trattamento sperimentale è efficace, in modo da offrire un vantaggio reale ai pazienti a cui verrà prescritto. Medici e pazienti si aspettano che un trattamento

riduca la mortalità o altri eventi gravi e invalidanti (per esempio, l'incidenza di infarto miocardico, di ictus cerebrale, di fratture ossee o la necessità di iniziare la dialisi renale), ma per dimostrare la riduzione dell'occorrenza di tali eventi è necessario seguire un gran numero di pazienti per un lungo periodo di tempo, in attesa che si possa evidenziare una differente incidenza degli episodi di malattia scelti come indicatori, tra i pazienti trattati e i pazienti inseriti nel cosiddetto 'gruppo di controllo'.

Oltretutto sarebbe necessario accettare il rischio che, dopo anni di ricerca e qualche milione di euro investito, ci si trovi di fronte risultati del tutto sovrapponibili nei diversi gruppi a confronto. Che fare, allora, per ridurre il rischio di sorprese? Accontentarsi di dimostrare che un trattamento abbia effetto su una 'misura secondaria di esito'. Qualche esempio? Un farmaco che riduce i livelli di colesterolemia piuttosto che l'incidenza di infarto miocardico; un medicinale che abbassi la pressione arteriosa e non la probabilità di ictus; una pillola che agisca sullo spessore delle placche coronariche e non renda meno frequenti gli interventi di bypass aorto-coronarici; un medicinale che permetta di stabilizzare la densità ossea senza però far diminuire il numero di fratture vertebrali e del collo del femore.

Un esito di questo tipo può essere considerato un reale sostituto dell'endpoint 'vero' solo se è in grado di predire in modo inequivocabile l'evento maggiore e se è possibile dimostrare che l'intervento sull'endpoint surrogato modifica sempre anche l'incidenza dell'evento. Può risultare accettabile utilizzare endpoint surrogati nelle fasi iniziali di sviluppo di un prodotto, ma quando si passa alla fase della commercializzazione, siccome lo scopo dei clinici è quello di prolungare la vita dei pazienti e di farli stare meglio, e non certo di portare nei limiti della norma alcuni valori di laboratorio, bisogna disegnare

studi che dimostrino una reale efficacia su endpoint ‘veri’ dei prodotti sperimentati.

7. Le distorsioni della comunicazione scientifica

Il valore di un medico o di un ricercatore è misurato attraverso il numero delle sue pubblicazioni su riviste incluse in banche dati internazionali. Pur essendo una prassi discussa, fino ad oggi non sono state trovate alternative convincenti. A parere di molti, è un sistema che privilegia la quantità alla qualità, e in questa contrapposizione trovano spazio comportamenti al confine tra immoralità e illecito. È la persona più giovane ad aver firmato un articolo sul *New Yorker*, una rivista culturale tra le più conosciute del mondo: Jonah Lehrer ha perduto il posto e la credibilità successivamente alla scoperta che i suoi contributi erano pubblicati in forma solo leggermente diversa su riviste e quotidiani di tutto il mondo. Non bastasse, un suo libro di successo sui meccanismi che regolano le personalità creative era infarcito di citazioni inventate di sana pianta o estrapolate arbitrariamente da contesti che ne avrebbero sconsigliato l’uso.

Lehrer è caduto nella stessa tentazione alla quale cede un gran numero di ricercatori: moltiplicare lo stesso set di risultati. È la cosiddetta *salami publication*: affettare il salame di un singolo studio è utile sia ad arricchire i dossier sottoposti alle agenzie regolatorie, sia ad amplificare artificialmente l’attività di ricerca di clinici per fini accademici o di ricezione di finanziamenti, sia a sostenere i vantaggi di un prodotto nel presentarlo al medico che dovrà prescriverlo. Cento studi sono meglio di uno: chi si accorge che è sempre lo stesso?

Esiste dal 1997 ed è pubblicamente accessibile dal febbraio del 2000: parliamo di un sito – www.clinicaltrials.gov – che indicizza tutte le sperimentazioni cliniche condotte nel mondo in campo medico. Una risorsa indispensabile, utilissima non

solo per medici, farmacologi e ricercatori, ma anche per i malati e i loro familiari, che possono costantemente tenere sotto controllo l'andamento delle ricerche su un'ampia gamma di malattie. Utilissima: se fosse completa. La registrazione degli studi clinici in banche dati come Clinical Trials è obbligatoria per alcune nazioni che subordinano i finanziamenti alle ricerche alla inclusione dello studio nei database. Parallelamente, quasi tutte le più importanti riviste internazionali accettano per pubblicazione solo lavori originali derivanti da studi precedentemente registrati.

Eppure, qualsiasi controllo tra ricerche registrate e studi pubblicati denuncia incongruenze: molti studi non sono registrati e ancora di più non pubblicati (Wager e Williams, 2013). Ecco due altri importanti problemi: i dati che non piacciono prendono una strada senza uscita (i ricercatori lo chiamano 'reporting bias'); i risultati negativi vengono insabbiati (è il cosiddetto 'publication bias'). Soltanto per circa il 50 per cento degli studi clinici registrati è disponibile almeno parte dei risultati e questo 'under-reporting' vale per molte tipologie di studi clinici, in diverse fasi del loro sviluppo, a prescindere dalla loro dimensione, sia che siano nazionali o internazionali, e sia che vengano finanziati o meno dall'industria farmaceutica (Goldacre, 2013).

È un'evidenza particolarmente grave, perché mortifica l'aspirazione e il sacrificio dei malati che partecipano volontariamente ad uno studio clinico ritenendo di poter contribuire concretamente al progresso delle conoscenze. Non pubblicare i risultati della ricerca tradisce le loro aspettative e distorce la base dell'evidenza su cui si fondano le decisioni cliniche perché sbilancia l'equilibrio tra risultati positivi e negativi. In un articolo pubblicato su un'importante rivista medica internazionale, un medico e ricercatore italiano – Alessandro Liberati –

protestava già nove anni fa per il fatto che i risultati non pubblicati degli studi clinici avrebbero potuto influenzare le sue scelte terapeutiche come paziente affetto da mieloma multiplo: “Perché sono stato costretto a prendere una decisione clinica consapevole dell’esistenza da qualche parte di ulteriori evidenze che non fossero comunque disponibili?

C’è stato un ritardo nella loro pubblicazione perché i risultati erano meno interessanti di quanto ci si aspettasse? O perché il campo della ricerca sul mieloma, sempre in continua evoluzione, guarda al momento a nuove stimolanti teorie (o farmaci)? Fino a quando possiamo tollerare il comportamento ‘a farfalla’ dei ricercatori, che saltano da un fiore all’altro ben prima che il primo venga svuotato completamente?” (Liberati, 2004).

Molti studi non sono pubblicati: spesso per ragioni che non hanno nulla a che fare con l’illegalità: la perdita di interesse o il trasferimento presso una nuova istituzione, l’avvio di nuovi progetti, la scarsa organizzazione, le risorse inadeguate, il cosiddetto “blocco dello scrittore” o il rifiuto di accettare i risultati negativi di uno studio perché capaci di ledere la propria reputazione nel mondo scientifico.

Ma assai spesso per motivi riconducibili a condotte fraudolente: a questo proposito, la dichiarazione di Helsinki sull’etica della ricerca sull’uomo non lascia spazio all’ambiguità, perché stabilisce che “gli autori hanno il compito di rendere pubblicamente disponibili i risultati della loro ricerca sui soggetti umani e sono responsabili della completezza ed accuratezza dei loro documenti [...]”

I risultati negativi e non conclusivi, al pari di quelli positivi, dovrebbero essere pubblicati o altrimenti resi pubblicamente disponibili”. Radiato dall’Ordine dei medici della Gran Bretagna, Andrew Wakefield è il principale protagonista di uno scandalo che continua a fare danni: ha inventato dal nulla la

relazione tra somministrazione del vaccino trivalente e l'insorgenza di autismo (Editors of the Lancet, 2010). È stata accertata sia l'assoluta assenza di basi scientifiche delle sue (presunte) ricerche, sia la presenza di interessi commerciali riguardanti lo sviluppo di test di laboratorio per la diagnosi della malattia. Per effetto della grande eco mediatica avuta dall'articolo di Wakefield (pubblicato su una delle più famose riviste mediche del mondo che lo ha successivamente 'ritirato'), la percentuale di bambini vaccinati è diminuita radicalmente in molti Paesi del mondo, al punto che nel Regno Unito il morbillo – qualche anno fa praticamente eradicato – ha ripreso a fare vittime nella popolazione infantile.

Wakefield è l'emblema di una colpa grave di non pochi ricercatori: i dati vengono falsificati (costruiti dal nulla). È un fenomeno in forte aumento; circa il 14 per cento dei medici dice di esserne stato testimone diretto; che sia una questione direttamente legata all'illegalità è provato dal fatto che il 53 per cento degli autori coinvolti è un 'repeat offender' (Fanelli, 2009); il 2011 è stato dichiarato "the year of retraction", ma il 31 per cento degli articoli ritirati non viene indicato come tale nei database bibliografici.

Mascherine sul volto e liquido disinfettante nella borsa. È un'immagine difficile da dimenticare, collegata all'emergenza 'pandemia influenzale' di qualche stagione fa: alle preoccupazioni del mondo intero fece seguito l'approvvigionamento di riserve di farmaci antivirali da parte di molte nazioni⁴. Nel 2009, però, un gruppo collaborativo internazionale di ricercatori si accorse che le conclusioni di un loro studio di revisione che sintetizzava i risultati di singole ricerche sui farmaci antinfluenzali più pubblicizzati dall'industria (gli inibitori della neuraminidasi) erano di fatto poco attendibili perché basati quasi esclusivamente su ricerche finanziate dalle stesse

aziende produttrici. Volendo andare a fondo al problema, cercarono di entrare in contatto con gli autori delle sperimentazioni più importanti, ma coloro che avevano firmato i lavori non erano in grado di rispondere alle domande che gli venivano rivolte. La cosa più macroscopica era che il 60% dei trial condotti su uno dei farmaci (Tamiflu) risultava non essere stato pubblicato (Doshi, 2009).

Questi episodi hanno innescato diverse petizioni per richiedere maggiore trasparenza alle autorità governative che regolano le autorizzazioni al commercio dei medicinali e per sollecitare alle aziende farmaceutiche l'assoluta trasparenza dei risultati delle ricerche da loro condotte su nuovi farmaci e vaccini. Quella che è stata battezzata 'La saga dell'oseltamizir' (Godlee e Croves, 2012) sottolinea un problema tra i più gravi: sono soppressi (o nascosti) dei dati. Questioni di grande rilievo, già vissute negli anni scorsi (basti pensare al famoso caso dei farmaci antinfiammatori i cui effetti collaterali – gravi episodi di sindrome coronarica acuta, spesso fatali – erano stati taciuti dall'azienda produttrice e dai firmatari di diversi articoli) ma ancora oggi di particolare attualità: basti pensare al clamore suscitato da diversi studi su farmaci antidiabetici e antidepressivi non inclusi nei dossier presentati alla Fda e all'Ema per i numerosi casi di tossicità e di reazioni avverse.

Un distinto psichiatra irlandese si è imbattuto in una questione della quale ignorava l'esistenza vedendosi sottoporre – nel corso di una riunione nella sede di un'industria farmaceutica – la bozza di un articolo firmato da lui che non ricordava assolutamente di aver scritto. Dopo l'iniziale sorpresa, non ha battuto ciglio ma ha aggiunto due frasi: la prima smentiva l'affermazione per la quale il prodotto dell'azienda risultava maggiormente efficace di altri farmaci della stessa classe; la seconda precisava che l'assunzione del farmaco induceva un potenziale rischio di suicidio. L'articolo era stato già proposto

per la pubblicazione a un'importante rivista internazionale di psichiatria: avendo chiesto di controllare le bozze prima della stampa e non avendo trovato i cambiamenti apportati, David Healy ha cancellato il proprio nome dal lavoro, iniziando da allora un'attiva campagna contro la pratica del ghost writing. Autori fantasma scrivono articoli per conto di opinion leader che spesso non rivedono neanche il contenuto per controllarne la qualità. Ghostwriter anonimi con minimo background scientifico sono pagati per la produzione di report per la pubblicazione come se fossero scritti da esperti più conosciuti.

Uno studio dello stesso Healy ha stimato che fino al 50 per cento della letteratura sui farmaci possa essere redatta da autori fantasma. I ghostwriter scrivono sui dati loro forniti da aziende farmaceutiche che desiderano che sia i risultati sia la ricerca nel suo complesso evidenzino risultati positivi (Collier, 2009; Gøtzsche et al, 2009). Ha proibito ai propri autori di sottoporre alla rivista da lei diretta articoli presentati come “sexy o hot”: “lasciamo queste parole ad altri ambiti” ha sottolineato in un editoriale sul *Journal of Clinical Investigation* Ushma S. Neill, direttore di una rivista molto apprezzata in campo internazionale, che ha fatto della battaglia contro lo ‘spin’ uno dei tratti salienti della propria direzione editoriale. Il dato raccolto dai ricercatori, infatti, viene spesso sottoposto ad un sovrappiù di... spin da parte delle agenzie di pubbliche relazioni e delle redazioni scientifiche e, così coniato – è il caso di dire –, è offerto ai cittadini.

In lingua inglese, la parola spin indica la rotazione che il lanciatore di baseball imprime alla palla che, condizionata da molti effetti diversi, risulta più insidiosa per il battitore. Attraverso questo ‘condizionamento’, è compromessa la traduzione del dato in conoscenza utilizzabile – attraverso la sua condivisione e discussione – nella pratica quotidiana.

In altre parole, i protagonisti dell'assistenza sanitaria e del processo di cura – i cittadini, le persone malate e gli operatori – non sono messi in condizione di confrontarsi con informazioni autentiche. Essendo condizionate le informazioni alla base dei rapporti sintetici (revisioni sistematiche, linee guida, position paper, rapporti di Health Technology Assessment), si può ragionevolmente ritenere che la sanità, dunque, poggi su saperi alterati; programmi di prevenzione, percorsi diagnostici, piani terapeutici: la base di evidenze è falsificata da illegalità di maggiore o minore gravità. “ Serious misconduct in medical research [...] can distort the evidence base and harm patients”, ha dichiarato Elizabeth Wager, una delle più conosciute esperte di letteratura scientifica.

8. Concludendo...

Che l'inaffidabilità permei ormai l'intero sistema della ricerca, soprattutto clinica, lo sottolinea anche Marcia Angell (già direttore del *New England Journal of Medicine*) che, in un editoriale pubblicato su *JAMA*, osserva che i medici non potranno più a lungo fidarsi della letteratura medica per disporre di valide e affidabili informazioni scientifiche (Angell, 2008). Non è casuale che un recentissimo rapporto della Agency for healthcare research and quality (AHRQ) sull'efficacia dei farmaci contro il diabete tipo 2 presenti sul mercato Usa concludeva che i vecchi farmaci sono i migliori. La quantificazione del danno economico è teoricamente possibile solo per le prestazioni inadeguate o inutili a seguito di puntuali studi di prevalenza quando non vi sia stato un danno sanitario per il paziente, mentre una quantificazione non è praticamente possibile per le conseguenze della manipolazione e della falsificazione scientifica della ricerca, viste le innumerevoli variabili che intervengono nella stima monetaria del danno. Per esempio, per un farmaco messo sul mercato dopo aver manipolato

la ricerca sottacendone gli effetti indesiderati, oltre al costo per il suo acquisto si dovrà quantificare il danno economico degli effetti indesiderati (decessi, invalidità, costi indiretti, costi sociali quali le perdite di reddito per coloro che ne hanno subito le conseguenze e per i familiari, costi giudiziari, di immagine per il produttore, costi intangibili, etc) (Domenighetti, 2013). Howard Brody (2010), in un'analisi pubblicata sul *New England Journal of Medicine*, ha valutato per gli Stati Uniti il costo medico diretto delle prestazioni 'inutili' cioè quelle che non avrebbero dato nessun beneficio ai pazienti stimandoli come equivalenti ad almeno il 30% della spesa sanitaria di quel Paese. Quelle sopra descritte sono purtroppo questioni note, come dimostra una ricca letteratura pubblicata negli ultimi trent'anni.

Non si tratta, oggi, di esprimere una condanna scontata; piuttosto, è il caso di sostenere chi fa domande cui è difficile rispondere.

- Chi è responsabile (accountable) delle singole illegalità e dell'insieme di esse?
- Le istituzioni governative dovrebbero vigilare e, nel caso, in quale modo e con quali strumenti?
- Gli enti ai quali appartengono i clinici o i ricercatori che commettono illegalità sono in certa misura corresponsabili?
- Quale accountability può essere ricondotta agli editor delle riviste che subiscono gli effetti di questi comportamenti o ne traggono consapevolmente vantaggio? E quale responsabilità ha il publisher?
- In che misura le agenzie di pubbliche relazioni e i giornalisti sono corresponsabili?
- Infine: dove reperire le risorse per affrontare il problema, se è vero che l'indagine su un singolo caso ha un costo medio superiore ai 500.000 dollari? (Michalek, 2010).

Bibliografia

- Angell M (2008), Industry-sponsored medical research. A broken system, *JAMA*, 300: 1069-1071.
- Bero L (2013), Industry sponsorship and research outcome: a Cochrane review, *JAMA Intern Med*, 173 (7): 580-581.
- Brody H (2010), Medicine's ethical responsibility for health care reform, *NEJM*, 362: 283-285. Cagliano S,
- Bobbio M (2005), *Rischiare di guarire*, Roma, Donzelli.
- Collier R (2009), Prevalence of ghostwriting spurs calls for transparency, *CMAJ*, 181 (8): E161-E162.
- Domenighetti G (2013): Frode e corruzione nel settore sanitario, *Janusonline*, 8 marzo. Disponibile online: <http://janusonline.it/news/frode-e-corruzione-nel-settore-sanitario>.
- Doshi P (2009), Neuraminidase inhibitors-the story behind the Cochrane review, *BMJ*, 339: b5164.
- Editors of the *Lancet* (The) (2010), Retraction-ileal lymphoid nodular hyperplasia, non-specific colitis and pervasive developmental disorder in children, *Lancet*, 375: 445.
- Fanelli D (2009), How many scientists fabricate and falsify research? A systematic review and meta-analysis of survey data, *PLoS One*, 4 (5): e5738.
- Godlee F, Groves T (2012), The new *BMJ* policy on sharing data from drug and device trials, *BMJ*, 345: e7888. Goldacre B (2003), *Effetti collaterali*, Milano, Mondadori.
- Gøtzsche PC, Kassirer JP, Woolley KL et al (2009), What should be done to tackle ghostwriting in the medical literature? *PLoS Med*, 6 (2): e23. Liberati A (2004), An unfinished trip through uncertainties, *BMJ*, 328: 531.
- Michalek AM, Hutson AD, Wicher CP, Trump DL (2010), The costs and underappreciated consequences of research misconduct: a case study, *PLoS Med*, 7 (8): e1000318.

- Morris S (2007), Mapping the journal publishing landscape: how much do we know? *Learned Publishing*, 20 (4): 299-310.
- Moynihan D, Heath I, Henry D (2002), Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering, *BMJ*, 324: 886-991.
- Neill US (2012), Constitutively, pathologically, profoundly, *J Clin Invest*, 122 (5): 1585-1585.
- Oecd (2008), Pharmaceutical pricing policies in a global market, *Oecd Health Policy Studies*, Oecd Publishing, doi: 10.1787/9789264044159-en.
- Prescrire (2012), 1981-2011: 31 ans de Palmarès Prescrire des médicaments, *La Revue Prescrire*, 32 (340): 87.
- Smith R (2005), Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies, *PLoS Med*, 2 (5): e138.
- Wager E, Williams P (2013), “Hardly worth the effort”? Medical journals’ policies and their editors’ and publishers’ views on trial registration and publication bias: quantitative and qualitative study, *BMJ*, 347: f5248.

23. Il cavallo di Troia: appalti e project financing

Ivan Cicconi
già direttore di Itaca.

Intervento pubblicato su Narcomafie - 2015

Il privato post fordista ha introdotto un cambiamento radicale nel rapporto sancito attraverso gli appalti e le concessioni, cioè negli aspetti che sostanziano il *project financing*. L'organizzazione della produzione fordista si fondava sulla concentrazione di cicli di lavorazione in un luogo fisico determinato. Luogo all'interno del quale esisteva una relazione economica prevalente o un rapporto di subordinazione con il vertice dell'impresa, con contratti di dipendenza a tempo indeterminato. L'organizzazione post fordista ha frantumato questo schema, creando un modello basato sulla frammentazione e sull'esternalizzazione delle attività, oltre che su cicli di lavorazione, affidati con contratti di appalto.

Al di là degli appalti pubblici, il contratto di appalto è una relazione economica e, in quanto tale, l'*asset* fondamentale che entra nell'organizzazione dell'impresa post fordista.

L'appalto è definito nell'articolo 1655 del nostro codice civile come il "contratto col quale una parte assume, con organizzazione dei mezzi necessari e con gestione a proprio rischio, il compimento di una opera o di un servizio verso un corrispettivo in danaro". La metafora che meglio illustra l'organizzazione post fordista del lavoro è racchiusa nel celebre

scatto di Sebastião Salgado della miniera a cielo aperto nella Sierra Pelada, in Brasile.

Negli anni Ottanta il numero dei *garimpeiros*, i cercatori d'oro che lì lavoravano, raggiunse la cifra di quasi 90 mila unità. Una miniera a cielo aperto, nell'Ottocento, era fondata sulla divisione del lavoro, con persone addette ad attività diverse. Erano lavoratori dipendenti e venivano retribuiti senza assumersi il rischio della ricerca. L'immagine della Sierra Pelada evoca proprio questo messaggio: tutti fanno lo stesso lavoro; scendono in profondità con dei sacchetti vuoti e poi risalgono andando a verificare se hanno trovato dell'oro che possa retribuirli: 80 mila appaltatori. Nel caso avessero trovato qualcosa, vedevano premiati i loro sforzi, altrimenti non venivano pagati. Veniva scaricato su di loro il rischio dell'attività imprenditoriale.

È la sintesi perfetta del modello post fordista: l'impresa diventa una ragnatela di appalti e subappalti. La filosofia del taylorismo, dell'organizzazione fordista delle imprese è stata sostituita dai sistemi qualità secondo le norme ISO9000. Questo modello organizzativo introduce degli elementi di illegalità con forme complesse: passa alla media impresa, la media impresa subappalta a imprese ancora più piccole e le piccole imprese subappaltano al lavoro a domicilio, fino allo sfruttamento del lavoro minorile. Si tratta di un modello che evidentemente tende a sfuggire alle regole storicamente determinate con il modello fordista.

Il settore pubblico tra appalti e concessioni.

Le direttive europee sugli appalti pubblici definiscono due contratti: il contratto di appalto e quello di concessione. La differenza deriva dal corrispettivo dato all'operatore economico. La concessione è "un contratto che presenta le stesse caratteri-

stiche di un appalto pubblico a eccezione del fatto che il corrispettivo della prestazione consiste unicamente nel diritto di gestire l'opera o il servizio". Si trasferisce al soggetto privato il diritto di gestire l'opera o il servizio recuperando così l'investimento necessario per la realizzazione. La definizione introduce la possibilità di pagare anche un prezzo, il corrispettivo, che integri il corrispettivo dato dal diritto di gestire il servizio o l'opera.

Dal punto di vista delle relazioni economiche ci sono altre differenze. Nel caso dell'appalto, la prestazione è l'esecuzione dell'opera o del servizio. Ovviamente, nella definizione delle direttive, viene detto che la prestazione è "la progettazione e l'esecuzione dell'opera", o "l'esecuzione e compimento dell'opera o del servizio". Consente però di affidare anche la progettazione, spostando l'equilibrio di potere tra il committente pubblico e l'operatore privato. Se infatti si trasferisce anche la progettazione all'operatore economico, gli si consente di avere uno strumento in più per garantirsi, nella relazione economica, maggiori competenze.

Il corrispettivo, nel caso dell'appalto, è un prezzo, nel caso della concessione è il diritto di gestire, eventualmente accompagnato da un prezzo.

Nell'appalto il rischio è un rischio d'impresa, dunque l'operatore economico sa quanto percepirà dal committente pubblico e deve, di conseguenza, organizzare i fattori della produzione e farvi rientrare l'utile. Tanto più è bravo nell'organizzazione dei fattori della produzione, tanti più profitti avrà.

Nel caso della concessione il rischio è il mercato. Non c'è una cifra definita a priori. Nel caso dell'affidamento in concessione di un'attività, non si pagherà un prezzo ma si trasferirà al privato il diritto di gestire per la durata della concessione. Il rischio sta nella gestione e nell'andamento del mercato, per un periodo di circa 20-30 anni.

Altri rischi si determinano nella gestione dell'economia, degli appalti e dei contratti pubblici, in termini di corruzione nel ciclo di contratto pubblico. È in corso un processo di esternalizzazione dei servizi che, se da un lato è motivato dalla ricerca di una maggiore efficienza e dalla riduzione dei costi di gestione, dall'altro ha provocato una moltiplicazione di appalti e concessioni di lavori, servizi e forniture, oltre a determinare un percorso di privatizzazione del pubblico.

Il ciclo del contratto pubblico.

Esso è caratterizzato da più fasi fondamentali: la fase interna all'amministrazione appaltante di programmazione e progettazione del contratto pubblico dell'appalto o della concessione; una fase di evidenza pubblica, con la scelta della procedura dell'affidamento, la definizione del sistema di qualificazione degli operatori e la scelta della migliore offerta; una fase di esecuzione del contratto, o fase privatistica, nella quale ci deve essere un controllo interno della stazione appaltante e un controllo esterno degli organismi preposti alla verifica dell'attività.

Fino a qualche tempo fa, l'affidamento di un contratto pubblico, (appalto o concessione) per un certo importo, registrava un appaltatore e quattro o cinque subcontraenti di primo o secondo livello. Oggi per lo stesso appalto pubblico e per lo stesso importo, a fronte dello stesso titolare, si hanno anche fino a 70 subcontraenti.

Nel primo rapporto sull'anticorruzione prodotto dall'Unione europea e pubblicato a inizio 2014, sul capitolo appalti in Italia si identificava come fase lucrativa per i sistemi di corruttela quella successiva all'aggiudicazione, soprattutto in sede di controlli della qualità e di completamento dei contratti. La fase esecutiva è la fase determinante ed è quella in cui il rischio di corruzione e di penetrazione della criminalità organizzata è

sotto gli occhi di tutti. Questi rischi sono acuiti dal fatto che, nel nostro ordinamento, sono state introdotte norme e istituti contrattuali atipici rispetto a quelli definiti dalle direttive europee: il contraente generale; lo sponsor e quello che viene definito *global service*, più correttamente definibile come appalto.

In aggiunta a questi, abbiamo la concessione atipica, ovvero il *project financing*. L'articolo 153 sostanzia il *project financing* come un contratto di concessione. Quello che invece abbiamo introdotto nel nostro ordinamento è la possibilità, per l'operatore economico privato, di proporre all'amministrazione pubblica la realizzazione in concessione di un'opera o infrastruttura per fornire servizi. Siamo gli unici, nell'ordinamento europeo, ad esserci dotati di questa procedura.

Il *project financing* è dunque una procedura, ma il problema qual è? Che dalla legge Merloni (la 109/94 e modifiche successive), si è arrivati a una definizione nuova della concessione rispetto a quella data dalla legge anti Tangentopoli. Con quest'ultima, infatti, il legislatore, nel '94, era giunto alla determinazione di escludere dall'ordinamento la concessione di competenza e arrivò alla traduzione di quella direttiva stabilendo un principio fondamentale, e cioè che il prezzo che poteva accompagnare il diritto di gestione non poteva essere superiore al 50% dell'importo delle opere.

Questa definizione è stata modificata nel 2002 con la finanziaria del governo Berlusconi, eliminando il limite del 50% del prezzo che poteva accompagnare le concessioni. Dal 2002 in poi, le amministrazioni pubbliche, comprese le Asl, possono affidare in concessione la realizzazione di opere e pagare un prezzo fino al 100% del valore dell'opera, azzerando praticamente il rischio di mercato.

Con la legge 167 del 2002 viene eliminato, inoltre, il limite temporale della concessione (30 anni). Fare delle stime sul mercato nell'arco di 30 anni, in un'era economica come quella

che abbiamo oggi, è molto difficile. Oggi le concessioni possono essere affidate senza questo limite di tempo.

A seguito di questa impostazione la percentuale di opere affidate in partenariato pubblico/privato nel primo triennio era di circa il 12% sul volume degli investimenti in opere pubbliche. Dal 2006 al 2008 l'incidenza sale al 22% e dal 2009 al 2011 arriva a circa il 35%.

I contratti di concessione non incidono sul debito pubblico, sul bilancio annuale dell'ente. Si ha a bilancio solo la somma necessaria per affidare l'appalto: si paga e va a bilancio solo il canone annuale di disponibilità. Ovviamente il privato non regala i soldi, i soldi costano. Questi costi, ovvero gli oneri finanziari, non figureranno come investimento dell'amministrazione pubblica, ma nella contabilità privata dell'azienda che intanto ha chiesto e ottenuto un prestito bancario, la cui rata sarà però coperta dall'amministrazione pubblica. Rate e costi che emergeranno, anno per anno, nell'arco di 30 anni, come spesa corrente nel bilancio pubblico.

La situazione si è modificata in maniera molto significativa rispetto all'era di Tangentopoli. L'impresa non è più l'impresa di 30 anni fa, i faccendieri hanno sostituito gli imprenditori ed è cambiata anche l'amministrazione pubblica: agli appalti si sono sostituiti gli istituti contrattuali, nei quali il processo di privatizzazione e gestione del contratto è l'elemento determinante. È così per il *global service*, per il contraente generale e per la concessione. Il sistema di finanziamento occulto ai partiti della Prima Repubblica, che si fondava su regole perverse ma pur sempre con un sistema di controllo, oggi non esiste più.

La penetrazione mafiosa.

La penetrazione mafiosa in questo sistema frantumato di subcontrattazione, è abbastanza semplice. Questo sia per dei limiti

normativi (malgrado la legge Rognoni-La Torre bis abbia introdotto il concetto di certificato antimafia per i subappaltatori), sia, appunto, per la mancanza di anticorpi del sistema.

Le attività mafiose entravano nei cantieri con contratti di nolo o di fornitura. I contratti di nolo sono l'utilizzazione o l'affitto di macchine operatrici e possono essere a caldo (con l'operatore) o a freddo (soltanto la macchina). Per le forniture si parla di forniture francocantiere (escluse dalla certificazione antimafia) o forniture con posa in opera, che sono subappalti se l'incidenza è superiore al 2% e se l'incidenza della manodopera per la posa in opera in cantiere supera il 50%.

Ovviamente a un imprenditore conviene attivare un subcontratto di fornitura con posa in opera quantificando l'incidenza della manodopera al 20 o 30%.

Tornando alla sanità, prendiamo il caso di un'impresa di pulizie. Il primario chiede al concessionario che una determinata persona venga assunta, ponendo come condizione il rinnovo del contratto – per i tre anni successivi rispetto a quelli già patuiti – per quell'impresa di pulizie. In questo modo è probabile che quella persona sarà assunta e che vi saranno meno controlli da parte del soggetto incaricato. Questo ha dei riflessi inevitabili anche sull'approccio alla politica sanitaria. In Italia non si spende molto di più rispetto ad altri paesi, anzi spendiamo molto meno a livello pro capite rispetto a paesi come l'Austria, la Germania, la Francia o il Regno Unito. Quello che colpisce però è il dato Ocse relativo ai posti letto per abitanti: in Italia si registra un numero tra i più bassi in Europa. Questo vuol dire che la spinta verso il *project financing* porta spesso alla centralizzazione dei posti letto, perché queste operazioni sono in qualche modo motivate dal fatto che devono essere grandi e nuove. Su queste, infatti, si può realizzare il modello della cosiddetta impresa post fordista, evitando il patto di stabilità e

prescindendo quasi totalmente da un approccio corretto e condiviso sulla politica sanitaria.

Ringraziamenti

In questi anni sono tante le persone con cui abbiamo condiviso un pezzo di cammino comune, alcune hanno lasciato qui una riflessione, altre non le abbiamo citate ma sappiamo la tanta strada fatta insieme. A tutte/i va il nostro grazie.

Alle Istituzioni e Associazioni che ci sono state vicino in questi anni, mai facendoci mancare il loro supporto, a partire da Libera, Associazioni, nomi e numeri contro le mafie, Avviso Pubblico, Coripe Piemonte e Gruppo Abele e alle tante Aziende Sanitarie e Università.

A Giulia Corti, Maddalena Antognoli e ai tanti amici che ci hanno spesso ospitato presso le sedi del Gruppo Abele a Torino e dintorni.

Agli amici dell'Università della Strada del Gruppo Abele che ci hanno accompagnato e fatto crescere nel campo della gestione della complessità.

Ai territori di Libera e ai partecipanti al progetto Common con cui abbiamo provato a rendere esigibile il bene comune della salute.

A Rosy Battaglia e a Enrico Fontana per la strada fatta insieme e per i tanti insegnamenti sui temi ambientali, sapendo che il molto resta da fare.

Ai tanti cittadini che abbiamo incontrato, ascoltato e con cui abbiamo gettato insieme dei semi per l'integrità.

Ai tanti professionisti che abbiamo incontrato in questo viaggio che credono e lavorano ogni giorno per un sistema della salute al servizio del bene comune. E a tutti quelli che hanno denunciato e messo la faccia per l'integrità del sistema, a loro va un grazie per essere un esempio continuo per tutti noi.

Ai tanti giovani con cui abbiamo condiviso le giornate dei campi di Estate Liberi e delle tante iniziative fatte in questi anni in giro per l'Italia.

Agli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e agli Ordini delle Professioni Infermieristiche con cui abbiamo costruito diverse iniziative.

Alla Federazione nazionale degli Ordini dei tecnici sanitari radiologia medica e professioni sanitarie tecniche della riabilitazione e della prevenzione con cui abbiamo costruito un lungo percorso che ci ha portato al progetto Eticare, sul come rendere l'etica una azione.

Ai diversi Sindacati che in questi anni ci hanno supportato.

Ai Sindaci che abbiamo incontrato nel nostro percorso, baluardi sui territori del bene dei cittadini.

Ai tanti Giornalisti con cui abbiamo lavorato, che ogni giorno svolgono un ruolo fondamentale per l'integrità del sistema sanitario e sociale e del bene comune.

Ai tanti Magistrati che abbiamo incontrato e che ci hanno aiutato a fare luce sul sistema della salute.

Alle Forze dell'Ordine che ogni giorno sul campo cercano di fare luce sull'integrità del sistema sanitario e sociale con cui spesso ci siamo confrontati.

Ai tanti colleghi Responsabili anticorruzione, con cui in questi anni abbiamo provato a migliorare un pezzo del nostro Paese.

Alla Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere con cui abbiamo collaborato in questi anni.

All'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali che ha sostenuto il lavoro di monitoraggio della trasparenza e altre progettualità.

Agli amici dell'Associazione Italiana per l'Integrità della Salute, esperienza che continua a crescere nel tempo ed essere di riferimento per tanti.

Ad Alessandro Liberati, con cui avevamo condiviso l'inizio di questo progetto, una prosecuzione del suo grande impegno sul tema dell'appropriatezza e del bene comune.

A Pierpaolo Romani che ci ha sempre sempre sostenuto con il lavoro sui territori.

A Maurizio Raschio, Valentina Solfrini, Barbara Chiapusso, Michele Presutti, colleghi e amici con cui abbiamo fatto molta strada insieme.

A Nerina Dirindin che ci ha fatto crescere con la sua lucidità e visione del futuro.

A Vincenza Rando che con il suo lavoro ha fatto sì che questo viaggio nascesse e proseguisse nel tempo.

A Luigi Ciotti, una guida a cui ci siamo sempre ispirati nella nostra azione.

Tutti i materiali del progetto sono disponibili alla pagina www.illuminiamolosalute.it

Stampato per conto di
Youcanprint