

*Notiziario dell'Osservatorio Permanente  
sui Giovani e l'Alcool*



In questo numero:

*Un piglio inquietante -  
2*

*Alcol: Relazione al  
Parlamento 2023 - 6*

*Dopo la pandemia.  
Appunti per una nuova  
sanità - 8*

*Calendario eventi - 12*

## UN PIGLIO INQUIETANTE

*Le metriche proposte da The Lancet sono illiberali*

Nella scorsa Newsletter abbiamo discusso il primo articolo di una serie che *The Lancet* ha dedicato nel marzo 2023 ai *determinanti commerciali della salute* (CDOH). Si tratta di un esercizio di messa a punto di criteri condivisi di analisi e classificazione degli attributi che contraddistinguono le attività economiche, imprenditoriali e di impresa in rapporto agli esiti per la salute.

La serie di *The Lancet* affronta con piglio militante questi temi. Poco convincente appare tuttavia la declinazione teoretica del tema. Come ampiamente riportato nell'editoriale della scorsa Newsletter (n.55), è perlomeno dubbio sostenere che i determinanti commerciali di salute (CDOH, *commercial determinants of health*), siano esclusivamente attribuibili ad un impatto unilateralmente misurato dal discriminare tra interesse pubblico e interesse privato...

*Continua a pag.2*

## ALCOL: RELAZIONE AL PARLAMENTO 2023

*I dati principali su consumi e incidentalità*

*Leggi a pag.6*

## DOPO LA PANDEMIA. APPUNTI PER UNA NUOVA SANITÀ

*Un libro per ripensare il sistema salute in Italia*

*Leggi a pag.8*



## UN PIGLIO INQUIETANTE

*Le metriche proposte da The Lancet sono illiberali*

Nella scorsa Newsletter abbiamo discusso il primo articolo di una serie che *The Lancet* ha dedicato nel marzo 2023 ai *determinanti commerciali della salute* (CDOH). Si tratta di un esercizio di messa a punto di criteri condivisi di analisi e classificazione degli attributi che contraddistinguono le attività economiche, imprenditoriali e di impresa in rapporto agli esiti per la salute.

La serie di *The Lancet* affronta con piglio militante questi temi. Poco convincente appare tuttavia la declinazione teoretica del tema. Come ampiamente riportato nell'editoriale della scorsa Newsletter (n.55), è perlomeno dubbio sostenere che i determinanti commerciali di salute (CDOH, *commercial determinants of health*), siano esclusivamente attribuibili ad un impatto unilateralmente misurato dal discriminare tra interesse pubblico e interesse privato solo in base alla distinzione tra settore pubblico e settore privato e, in particolare, tra vantaggio stretto del profitto (per pochi) e vantaggio ampio della redistribuzione (per molti).

Il gruppo di lavoro che ha elaborato gli studi difende un punto di vista dichiaratamente di parte: la diffusione pervasiva della cultura neoliberista delle grandi organizzazioni economiche capaci di operare a livello globale, costituirebbe una barriera

insormontabile all'azione "pubblica" dei governi, della società civile e più in generale dei poteri democraticamente eletti.

In base a questo disegno interpretativo, i CDOH sarebbero pratiche ambigue finalizzate a proteggere sistematicamente l'obiettivo di massimizzazione del profitto delle aziende in qualsiasi circostanza. Circa gli effetti sulla salute, gli autori dello studio li attribuiscono direttamente ad un'azione delle imprese che, forti del potere di influenza e della quantità di risorse disponibili, si renderebbero responsabili di pressioni sul regolatore ed il legislatore per impedire, ritardare o attenuare gli effetti di politiche interferenti con i benefici di impresa. Va da sé che tale azione si configurerebbe come minatoria nei confronti della salute in una gamma di posizioni che vanno dalla negligenza al vero e proprio comportamento criminale.

Abbiamo già argomentato l'insufficienza di questa posizione, sostanzialmente ispirata ai principi di un'agenda radicale che assume la contrapposizione tra interesse pubblico e interesse privato a partire dalla linea di demarcazione ingenua tra settore pubblico e settore privato. Per tale approccio il bene collettivo può essere ragionevolmente implementato solo entro il perimetro

“

*È perlomeno dubbio sostenere che i CDOH siano esclusivamente attribuibili ad un impatto unilateralmente misurato dal discriminare tra interesse pubblico e interesse privato solo in base alla distinzione tra settore pubblico e settore privato*

“

*Gli autori hanno cercato di qualificare meglio alcuni descrittori della funzione di impresa nel determinare effetti per la salute, a partire da una migliore definizione di cosa si intende per attività economica di impresa*

dell'azione pubblica statale; tutto ciò che fuoriesce da essa è per definizione incamerato dai privati in modo asimmetrico e fondamentalmente ingiusto. In materia di salute ciò determina un bilancio negativo per la collettività, e perciò, si sostiene, è necessario operare un riequilibrio politicamente orientato.

### Una nuova classificazione per le organizzazioni economiche

In un secondo contributo della serie[1] un team di ricercatori attivo nella produzione di studi sul rapporto tra economia e salute e sui relativi conflitti di interessi, hanno cercato di qualificare meglio alcuni descrittori della funzione di impresa nel determinare effetti per la salute, a partire da una migliore definizione di cosa si intende per attività economica di impresa. Essi provano a qualificare in che senso una “entità economica” (*commercial entity*) ha ripercussioni sul piano della salute e dell'equità. Se è relativamente facile contraddistinguere in modo unitario la cultura ed i principi di azione delle grandi *corporations* multinazionali, non si può trascurare il fatto che la grande maggioranza delle entità che agiscono nello spazio economico – più del 90% su scala globale – è costituito da piccole e medie imprese per lo più attive su base locale (nazionale e regionale). Serve perciò un principio di classificazione che sia in grado di contenere

la diversità delle espressioni delle organizzazioni economiche, per loro natura ibride e diversificate. Un esempio calzante tocca proprio il tema della proprietà. Non poche organizzazioni che traggono benefici economici da attività di mercato sono statutariamente ascrivibili al regime delle organizzazioni non economiche, sia di terzo settore, sia di natura associativa o più simili a fondazioni che non ad aziende in senso stretto. Inoltre, si registrano casi di violazione del principio di appartenenza prevalente al pubblico o al privato: alcune tra le più grandi organizzazioni economiche mondiali sono proprietà di stato e anche molti agenti finanziari come i fondi sovrani sono legalmente parte di organizzazioni pubbliche. Gli autori cercano comunque di unificare sotto l'ombrello della funzione “attori impegnati nella compravendita di beni e di servizi con lo scopo prioritario di ottenere profitti o ritorni sull'investimento” (p. 1216-17). Si riconosce che sul piano definitorio la concettualizzazione non può che rimanere ampia ed imprecisa: si pensi all'intreccio che può sussistere tra una grande azienda ed una fondazione da essa derivata i cui profitti vengono reinvestiti in progetti sociali od ambientali, oppure ad alcune imprese di welfare sanitario e previdenziale che operano sul mercato ma la cui proprietà rinvia a fondazioni o a enti morali, confessionali o laici.

Per specificare meglio in che modo il bene pubblico “salute” è influenzato dalle imprese, hanno creato una tassonomia che





incrocia gli aspetti operativi e strutturali dell'agire di impresa con l'ambiente esterno, cioè con le condizioni al contorno per i soggetti economici. Ne risulta una tassonomia articolata su 5 ambiti tematici: attività, portafoglio, risorse organizzazione e trasparenza. Tali ambiti si possono considerare come altrettanti quadranti di un sistema tendenziale di valutazione del potenziale impatto sulla salute, sia in positivo sia in negativo.

Il capitolo delle attività (*practices*) si focalizza sugli aspetti espliciti e operativi del *core business* di ogni entità. Esso copre i settori e le relative operazioni finanziarie, di marketing e di influenza. Per gli autori in quest'ambito sono centrali gli aspetti *reputazionali* (capacità/propensione a difendere l'operato aziendale sul piano generale), *politici* (capacità/propensione dell'impresa ad avere un'agenda di influenza sul regolatore/legislatore) e *scientifici* (capacità propensione dell'azienda a promuovere nel proprio interesse la mobilitazione di studi e pareri scientifici nell'interesse e promozione del proprio prodotto e azione).

L'ambito portafoglio (*portfolio*) analizza la composizione del portafoglio prodotti, le interrelazioni tra segmenti aziendali e profitti relativi derivanti dalla diverse branche di attività. Esso esemplifica in modo piuttosto intuitivo l'orientamento dell'azienda rispetto alla salute in quanto relativamente facile estrarne il bilancio sul vantaggio di salute.

“  
 Gli autori  
 hanno creato  
 una tassonomia  
 che incrocia gli  
 aspetti  
 operativi e  
 strutturali  
 dell'agire di  
 impresa con  
 l'ambiente  
 esterno, cioè  
 con le  
 condizioni al  
 contorno per i  
 soggetti  
 economici

L'ambito risorse (*resources*) misura l'estensione e la diversificazione dell'attività economica a partire dal grado di concentrazione (orizzontale e verticale), dalla maggiore o minore presenza geografica su più mercati, dalla complessità finanziaria che si esprime su profitti e ricavi e infine dalle dimensioni dell'occupazione offerta dall'impresa. Si tratta di indicatori per lo più obiettivi che danno una dimensione della capacità di presidiare ed orientare le scelte, soprattutto su scala multinazionale.

La dimensione di organizzazione (*organization*) racchiude alcuni indicatori relativi alla struttura proprietaria, ai fondi disponibili e all'architettura finanziaria dell'entità. Essa ha implicazioni sulla governance dell'entità, sui meccanismi di attribuzione dei profitti e più in generale sulla capacità di resistere agli indirizzi regolatori che vengono dalla parte pubblica. Infine, la trasparenza (*transparency*) contiene aspetti relativi alla disponibilità dell'entità economica a documentare in modo immediato elementi relativi agli interessi di impresa alla eventuale presenza di conflitti di interessi e più in generale ai flussi finanziari comprese le donazioni ad enti pubblici.

### Un framework efficace per la tutela della salute pubblica?

Secondo i promotori del modello il sistema a 5 quadranti dovrebbe tradursi in un dispositivo di monitoraggio sistematico



dell'economia globale. Sulla base di una prima scelta di indicatori, per lo più tratti da basi dati di associazioni no profit, iniziative scientifiche e organizzazioni della società civile, l'articolo propone una mappa di partenza dei fattori da valutare. La preferenza delle fonti privilegia osservatori indipendenti, i cosiddetti *watchdog* del potere. Certo si può provare. L'idea di un *benchmarking* sistematico esterno all'influenza del potere economico è suggestiva ma sia lecito chiedersi se è anche utile ed efficiente. Ma forse l'aspetto più allarmante di questo approccio consiste nella pressoché totale assenza di una dimensione di confronto e negoziato tra le parti fondato su una ragionevole ipotesi di bilanciamento del sistema di interessi complessivo su cui una società evoluta si regge. Per gli autori della serie di *Lancet* il controllo sui parametri di salute pubblica deve essere messo a regime in un contesto di obbligo per l'impresa di sottostare ai criteri di conformità dettati dall'agenda politico-scientifica delle parti più radicali dell'opinione pubblica ma soprattutto delle organizzazioni non governative.

Tale modello favorisce perciò una contro-asimmetria: se l'impresa è troppo potente il suo potere va limitato e ridistribuito a favore dello spazio pubblico purché rappresentato e difeso dalle organizzazioni più attive della società civile e del contropotere. Indurre cambiamenti nei processi economici che hanno al centro l'impresa richiede come minimo il coinvolgimento dei consumatori, un esame bilanciato e negoziato delle tecnologie disponibili (e dei loro costi di implementazione), nonché una appropriata valutazione delle misure di adeguamento socio-economico richieste.

Tale obiettivo si consegue per via democratica solo negoziando a partire da una posizione di pari dignità tra i contraenti. Essa esige un dibattito che dia udienza all'impresa come una potenziale parte della soluzione al problema, non come un soggetto preliminarmente tradotto sul banco degli accusati.

Nella serie non si riscontra soprattutto un reale avanzamento scientificamente articolato di quali dovrebbero essere i tratti qualificanti delle *entities* economiche e della loro legittimazione nella dialettica tra le parti. L'intero ragionamento si limita a classificare a priori azioni potenziali degli agenti economici definendone la responsabilità senza mai misurarne il grado di interazione con altre componenti e senza mai tenere in considerazione i benefici dell'azione economica che, anzi, sono esclusi dal novero dei fattori compensativi rispetto a salute ed ambiente.

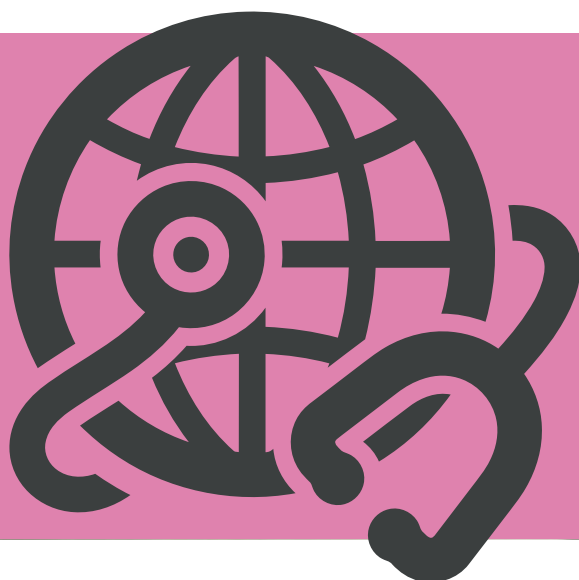
Gli autori della serie di *The Lancet* vorrebbero essere identificati come gli alfiere di una cultura progressivo-trasformativa dell'ambiente economico. Per raggiungere questo traguardo non esitano ad assumere un atteggiamento militante e a tratti fazioso. Ma per accelerare i processi di sostenibilità non è di un nuovo partito tra i tanti che il mondo ha bisogno.

Michele Contel

#### Bibliografia:

1- Lacy-Nichols, J et al (2023) "Conceptualizing commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations", in: [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com) vol 401. April 8, 2023

“  
L'aspetto più  
allarmante di  
questo  
approccio  
consiste nella  
pressoché totale  
assenza di una  
dimensione di  
confronto e  
negoziato tra  
le parti fondato  
su una  
ragionevole  
ipotesi di  
bilanciamento  
del sistema di  
interessi  
complessivo su  
cui una società  
evoluta si regge





## ALCOL: RELAZIONE AL PARLAMENTO 2023

### *I dati principali su consumi e incidentalità*

Lo scorso giugno il Ministro della Salute ha trasmesso al Parlamento l'annuale relazione sugli interventi realizzati in base alla "Legge quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati", la prima sotto il nuovo governo: i dati presentati sono quelli relativi al 2021, che riprendono la sorveglianza Istat disponibile dall'aprile di quest'anno in concomitanza con l'*Alcohol Prevention Day 2023*. Stante l'ampia diffusione già accordata ai numeri, riportiamo qui solo i dati essenziali.

La popolazione italiana a rischio per alcol nel 2021 è pari a circa 7.700.000 persone: il 20% dei consumatori e l'8,7% delle consumatrici. Un dato in forte diminuzione sia rispetto al 2020, che riportava 8.600.000 individui a rischio, che in confronto al 2019 (8.158.000). Nella popolazione italiana di età superiore agli 11 anni, la platea dei consumatori di bevande alcoliche rimane assolutamente stabile, 66,3% (era 66,4% nel 2020), mentre si rileva una riduzione di intensità in rapporto alle occasioni di consumo: scende da 20,6% a 19,4% chi beve quotidianamente, e da 31,7% a 30,7% chi

consuma fuori pasto. Aumentano, invece, i consumatori occasionali, da 45,7% a 46,9%. In marcata discesa la proporzione dei consumatori giovani di almeno un alcolico nell'ultimo anno: tra gli 11 e i 24 anni sono il 43,1% (nel 2020 erano il 46%).

Il consumo abituale eccedentario (secondo il criterio ISS quello che eccede le due unità alcoliche (UA) quotidiane per i maschi adulti, 1 UA per le femmine adulte, 1 UA per gli anziani over 65 e qualsiasi consumo per i giovani fino a 18 anni) diminuisce rispetto al 2020 di un punto percentuale (da 10,3% a 9,3%). Trend che si conferma, sebbene attenuato, anche per i giovani tra 18 e 24 anni, che vedono scendere il consumo eccedentario da 2,5% a 2,1%. Il *binge drinking*, cioè il consumo di oltre 6 UA in un'unica occasione, diminuisce in maniera marcata, sia rispetto al 2020 che al 2019: nella popolazione si attesta al 6,4% (era 7,6% nel 2020 e 7% l'anno precedente), mentre nella classe d'età 11-24 anni è all'8,4% (10,6% nel 2020 e 9,4% nel 2019). In questo caso, il contributo maggiore al calo è dato dai 18-24enni: a fare *binge drinking* è il 14,8%, contro il 18,4% del 2020.

“

*La popolazione italiana a rischio per alcol nel 2021 è pari a circa 7.700.000 persone. Un dato in forte diminuzione sia rispetto al 2020, che riportava 8.600.000 individui a rischio, che in confronto al 2019 (8.158.000)*



“

*Rispetto al 2020 gli incidenti e gli infortunati sono diminuiti nei mesi di gennaio e febbraio, ma sono poi aumentati in misura consistente, per tornare a livelli molto vicini al periodo pre-pandemia nella seconda parte dell'anno*

A corredo dei dati sul consumo, la relazione mostra come il tema degli incidenti stradali alcol-correlati rappresenti un argomento di notevole importanza per la sicurezza stradale. Tuttavia, in materia sono ancora presenti lacune informative, dovute soprattutto alla mancanza di un'unica banca dati che possa raccogliere tutte le informazioni provenienti dalle diverse fonti ufficiali attualmente esistenti. Su 52.459 incidenti automobilistici con lesioni rilevati da Carabinieri e Polizia Stradale nel 2021, sono stati 5.085 quelli in cui almeno uno dei conducenti era in stato di ebbrezza e 1.676 quelli in cui era sotto uso di stupefacenti. Il 9,7% e il 3,2% degli incidenti gravi è correlato, quindi, rispettivamente ad alcol e droga. I valori sono in aumento rispetto al 2020 nel primo caso (9,2%) e in lieve diminuzione nel secondo (3,5%). Le percentuali erano pari a 8,7 e 3,4 nel 2019.

In generale, la situazione pandemica e le misure per contenerla hanno influenzato l'andamento dell'incidentalità stradale e della mobilità anche nell'anno di riferimento. Rispetto al 2020 gli incidenti e gli infortunati sono diminuiti nei mesi di gennaio e febbraio, ma sono poi aumentati in misura consistente nel periodo marzo-giugno, per tornare a livelli molto vicini al periodo pre-pandemia nella seconda parte dell'anno. Nell'ambito dei comportamenti errati di guida, i più frequenti si confermano la distrazione, il mancato rispetto della precedenza e la velocità troppo elevata, che si riscontrano per il 39,7% delle violazioni.

Diminuiscono sia le sanzioni per mancato uso delle cinture di sicurezza e dei sistemi di ritenuta per bambini sia quelle per mancato uso del casco. Rimane invece elevato il numero di sanzioni per uso improprio di dispositivi in auto, in particolare dello smartphone.

Benedetta Bianco



# DOPO LA PANDEMIA. APPUNTI PER UNA NUOVA SANITÀ

*Un libro per ripensare il sistema salute in Italia*



L'emergenza Covid ha portato alla luce problemi del sistema sanitario esistenti da molto tempo: la carenza di risorse, la mancanza di personale qualificato, l'accessibilità limitata ai servizi sanitari di base e l'inefficienza nella gestione delle emergenze. L'accento si pone, in particolare, sull'importanza della prevenzione e della resilienza nei servizi sanitari, ma anche sulla necessità di trattare la salute come una questione globale. Questo il tema attraverso il quale si snoda il volume collettaneo *"Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità"*, del Centro Interdipartimentale per l'Etica e l'Integrità nella Ricerca del Cnr (Cid Ethics), a cura di Cinzia Caporale, Carla Collicelli e Ludovica Durst. Il libro raccoglie una serie di contributi e riflessioni in una prospettiva inter- e transdisciplinare, che in questa recensione possiamo solo sfiorare, rendendo conto in modo inevitabilmente parziale solo di alcuni contributi.

Se la salute è un bene comune globale, non assimilabile a quella di beni di consumo, come sottolinea l'economista S. Zamagni, l'applicazione di un concetto sbagliato di

efficienza ha portato alcune Regioni ad un'assistenza territoriale carente, dove la pandemia ha potuto colpire più duramente. Zamagni ricorda che nel 1980 l'Italia contava 922 posti letto di terapia intensiva ogni 100.000 abitanti: nel 2010 erano scesi a 300 e nel 2015 a 275. Se si aggiunge questo dato ai tagli alla spesa sanitaria e alla riduzione, dal 2009 al 2019, di 46.500 unità di personale, è chiara la direzione che i decisori politici hanno scelto di seguire. Un dato che si riflette pressoché in tutte le articolazioni della spesa sanitaria con un impatto devastante soprattutto sulla componente capitale umano sotto stress in tutte le specialità. Ma il Covid ha fatto emergere chiaramente quanto la salute di ciascuno di noi sia strettamente collegata alla salute dell'intera comunità: una relazione immediata per le malattie trasmissibili, ma che vale anche per molte malattie non trasmissibili. *"La pandemia ha richiamato l'attenzione sui rischi di un modello di sviluppo che sia incurante degli equilibri globali del pianeta dal punto di vista degli ecosistemi, sia naturali sia sociali ed economici"*, come ricordano le tre curatrici nell'introduzione. Si parla da tempo della prospettiva *One Health*, che mette al centro proprio la stretta interdipendenza tra salute umana, animale e vegetale, ma secondo E. Borgonovi *"non può produrre effetti benefici se non si traduce in comportamenti coerenti dei singoli"*. È innegabile infatti, che l'emergenza sanitaria abbia, portato alla luce una *"pandemia diseguale"*, come evidenzia L. Durst, che ha penalizzato in modo sbilanciato i soggetti più fragili: *"Da un lato, non può negarsi come il contesto pandemico abbia determinato una 'riscoperta della fundamentalità' del diritto alla salute... dall'altro, la diversa gradazione che si è riscontrata nell'ambito della tutela della salute e delle garanzie di erogazione delle prestazioni sanitarie dimostra una 'frammentazione' dello stesso diritto alla salute"*.

M. Garavaglia, già Ministro della Sanità, evidenzia ad esempio quanto la prevenzione sia sottovalutata e ritenuta meno importante

“

*Il Covid ha fatto emergere chiaramente quanto la salute di ciascuno di noi sia strettamente collegata alla salute dell'intera comunità: una relazione immediata per le malattie trasmissibili, ma che vale anche per molte malattie non trasmissibili*



“

*Bisogna distinguere tra preparazione e prontezza. La preparazione non basta: per far fronte ad un evento come una pandemia bisogna anche essere pronti, un aspetto che, a quanto pare, è stato più o meno ignorato*

rispetto a cura e riabilitazione. Insiste sul rilancio della prevenzione anche Zamagni, che fa un'interessante distinzione tra "preparazione" e "prontezza": mentre la preparazione nell'ambito della prevenzione sanitaria deve essere assicurata dai *policy maker*, la prontezza riguarda la risposta della comunità alle linee guida stabilite e dipende anche dalla sua capacità di comprenderle e farle proprie. Insomma, la preparazione non basta: per far fronte ad un evento come una pandemia bisogna anche essere pronti, un aspetto che, a quanto pare, è stato più o meno ignorato (con le dovute eccezioni: si veda l'accurata l'analisi dei fattori globali associati alla pandemia nel saggio di M. Grignolio "Pandemic Preparedness" a fine volume). La cultura della prevenzione deve trovare spazio anche nel campo della comunicazione, divenuta centrale, nel bene e nel male, in questi ultimi anni. Nel bilancio degli impatti del Covid, infatti, non può non essere inserita una riflessione sul rapporto fra comunicazione e salute (M. Morcellini, professore emerito presso l'Università Sapienza di Roma): "... È innegabile quanto l'assunzione di un'adeguata 'cultura della prevenzione' possa rendere meno traumatiche le reazioni individuali e sociali di fronte all'irrompere di un evento lontano dal perimetro della normalità". La buona comunicazione, secondo Morcellini, deve evitare allarmismo e stress, ma anche disinnescare il senso di insicurezza e impotenza inevitabile di fronte ad una situazione sconosciuta e fuori dall'ordinario. È essenziale che non si ripeta

lo scenario verificatosi durante i momenti più critici della pandemia, in cui la distanza percepita tra cittadini e rappresentanti delle istituzioni e del mondo scientifico ha portato a "un'interpretazione oppositiva e una lettura distortiva delle informazioni trasmesse fino al consolidamento di preesistenti minoranze 'antisistema', di cui il movimento no-vax è senza dubbio l'espressione più nota".

Secondo C. Collicelli, "la strategia sanitaria centrata sul paziente deve essere affiancata da un altrettanto decisa strategia centrata sulla comunità e sul territorio, che significa prevenzione estesa ad ambiti non sanitari, collaborazione tra settore sociale e settore sanitario, medicina di iniziativa, monitoraggio a tappeto delle condizioni di salute sul territorio e domiciliarità". F. De Lorenzo, biochimico e più volte ministro, e M. Campagna, che si occupa di diritto sanitario, tornano su un problema di lunga data: secondo i due, il Pnrr non introduce strumenti adeguati per il raggiungimento degli obiettivi specifici per la sanità e non prevede una riforma organica del settore. La proposta è quella di istituire un "Nucleo Operativo" presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri: una cabina di regia che provveda alla concretizzazione in progetti e alla rimozione di qualunque ostacolo. Si invoca anche un nuovo assetto dei rapporti tra "centro" e "periferia" in sanità: "Si avverte la necessità che il Ministero della Salute, in particolare, si riappropri del ruolo di guida della politica sanitaria nazionale", scrivono De Lorenzo e Campagna; "... Se non corretta, la



*tendenza attuale determinerà ben presto nuove e inaccettabili migrazioni sanitarie, molto rischiose per pazienti particolarmente fragili*". Lo si vede bene nelle analisi di dettaglio dedicate al tema della cronicità (E. Desideri) e su quello della salute mentale (F. Starace). Entrambi sottolineano come la pandemia abbia messo in trasparenza la bassa capacità di intercettazione dei bisogni e le diverse forme del disagio. Un tema ripreso anche nei due contributi di F. Spandonaro e M. Campedelli; per questi autori l'insperato rafforzamento di risorse indotto dalla programmazione del Pnrr potrebbe creare l'illusione di un eccesso di fiducia nella riorganizzazione dell'offerta. In realtà la dinamica della spesa dissociata da un'adeguata configurazione delle componenti del sistema (Distretto, case di comunità, digitalizzazione, formazione e reclutamento del personale) rischia di perpetuare a cascata le inefficienze ed i relativi disservizi, sia pure in un quadro più dotato di risorse.

Insiste sull'arresto del processo di frammentazione tra regioni, con standard qualitativi uguali per tutti, anche il contributo degli esperti dell'Istituto Mario Negri (A. Nobili, A. Barbatto, L. Garattini, M. Badinella Martini e G. Remuzzi). In questo contesto, risulta strategico lo sviluppo di strutture territoriali intermedie, come quelle dei Distretti: i nodi chiave che dovrebbero avere il ruolo di provvedere alla programmazione dei livelli di servizio, alla pianificazione delle innovazioni, alle decisioni logistiche, etc. Il ruolo di protagonista va dunque ridato ai medici di medicina generale, "*... Che devono tornare a costituire l'asse portante del sistema per la loro collocazione e diffusione capillare sul territorio e per il ruolo che possono avere nella costruzione di un sistema integrato e interdisciplinare*", e a figure nuove come quella degli "infermieri di comunità". L'equilibrio tra medicina ospedaliera e medicina del territorio è infatti visto come essenziale per fornire un'assistenza sanitaria completa, efficiente e sostenibile a tutti i cittadini. La sfida è, in primo

luogo, una migliore comunicazione e collaborazione tra i professionisti della salute di entrambi gli ambienti, che metta al centro l'assistenza al paziente. La seconda sfida

“

*La dinamica della spesa dissociata da un'adeguata configurazione delle componenti del sistema rischia di perpetuare a cascata le inefficienze ed i relativi disservizi, sia pure in un quadro più dotato di risorse*

dipende, invece, da investimenti adeguati e mirati: un obiettivo che, nell'opinione di molti, il Pnrr rischia di mancare. Come afferma Michele Contel, OPGA, "*... I meccanismi effettivi di raggiungimento degli individui e di valorizzazione dei percorsi appaiono magicamente affidati a processi e protocolli di partenariato Stato-Regioni e a regolamenti locali. Il timore che l'esperienza pregressa finisca per confermare i seri dubbi sulla capacità organizzativa dei corpi cui è affidata l'implementazione delle decisioni tante volte riscontrata in passato, è reale*". Una logica di programmazione che, per di più, non interpella neanche i giovani, tra i più penalizzati dalla pandemia e dalle misure di contenimento. Sui giovani, infatti, l'approccio del Pnrr predilige un'impostazione verticale e tematica, che spazia dalla scuola alla riduzione dei divari territoriali e a clausole preferenziali per l'inserimento nel mondo del lavoro: tutte opportunità che,



mette in guardia Contel, *“rischiano di essere deboli e senza seguito”*.

Nella pluralità di dubbi e speranze che da molte parti animano il dibattito sul futuro del sistema sanitario, il noto bioeticista S. Spinsanti mette in chiaro come le tante aspettative associate ai nuovi paradigmi della salute (*One Health, health in all*) rischiano di rimanere parole d'ordine suggestive senza seguito se la dimensione della cura non ritrova una sua concreta ed effettiva centralità. Il rapporto tra medico e paziente deve essere costantemente mantenuto e rinnovato. In questo senso l'etica medica tridimensionale ispirata ai principi di efficacia della cura (e medicina scientifica), rispetto assoluto per l'autonomia del paziente e coinvolgimento della comunità interpella professionisti della salute, manager, gestori e cittadini quanto e più delle pur necessarie tecnologie e dell'infrastruttura organizzativa.

Le testimonianze contenute in *“Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità”* offrono spunti significativi non solo per riguardare in prospettiva agli anni della pandemia e *“tirare le somme”*, ma anche per non disperdere almeno qualcosa di quanto appreso.

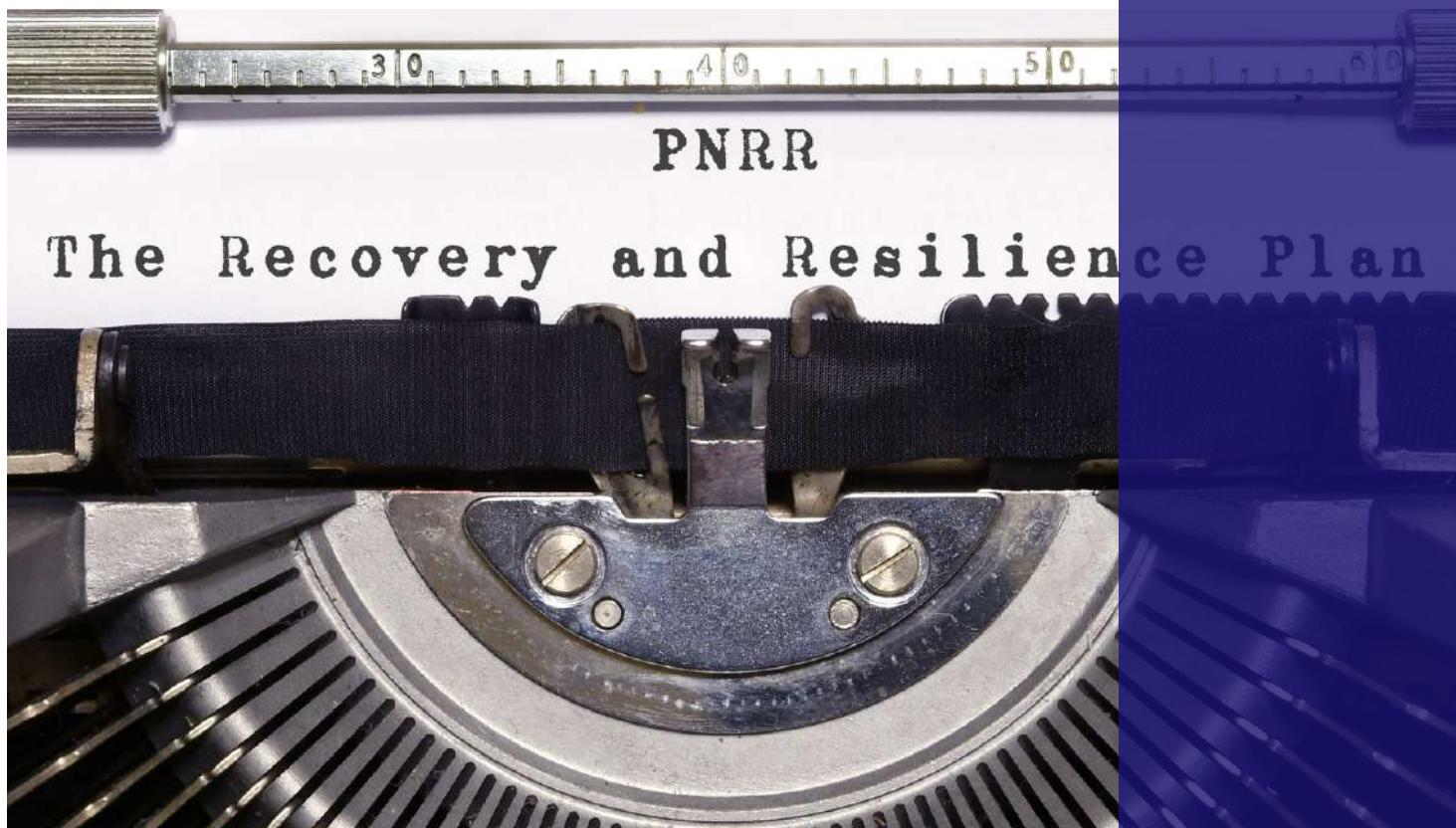
Benedetta Bianco

---

*“Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità”, a cura di Cinzia Caporale, Carla Collicelli, Ludovica Durst. Etica della ricerca, bioetica, biodiritto e biopolitica, II, 2022, Consiglio Nazionale delle Ricerche Edizioni, 10€*

---

“  
Le tante  
aspettative  
associate ai  
nuovi  
paradigmi  
della salute  
rischiano di  
rimanere  
parole d'ordine  
suggestive  
senza seguito se  
la dimensione  
della cura non  
ritrova una sua  
concreta ed  
effettiva  
centralità





## CALENDARIO EVENTI

14 settembre 2023

### DAI NUOVI BISOGNI AD UNA RINNOVATA INTEGRAZIONE PUBBLICO – PRIVATO SOCIALE NELLE DIPENDENZE

Convegno FeDerSerD e Comunità Incontro Onlus. Sala Convegni Comunità Incontro, Amelia (TR).

Per informazioni: <https://www.federserd.it/index.cfm/I-DIPARTIMENTI-DELLE-DIPENDENZE-NELLE-NUOVE-SFIDE-TRA-INNOVAZIONE-E-CAMBIAMENTO-DEI-MODELLI-SANITARI-E-SOCIALI/?fuseaction=skdEvento&id=117>

25 settembre - 4 dicembre 2023

### PERCORSO FORMATIVO DI SPECIALIZZAZIONE NELL'AREA DELLE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Master per professionisti UNDER 40 e neo assunti - 2° Edizione. Webinar FeDerSerD accreditato ECM.

Per informazioni: <https://www.federserd.it/index.cfm/PERCORSO-FORMATIVO-DI-SPECIALIZZAZIONE-NELL'AREA-DELLE-DIPENDENZE-PATOLOGICHE---Master-per-professionisti-UNDER-40-e-neo-assunti---2%C2%B0-Edizione/?fuseaction=skdEvento&id=120>

Come anticipato nella precedente Newsletter, nel corso del mese di agosto sono uscite le prime due puntate del nuovo podcast dell'Osservatorio: Alcol-Studio. La serie, dedicata all'origine e allo sviluppo della "curva a J", comprenderà 6 episodi in tutto. Il podcast è disponibile su Substack. Per non perdere l'uscita delle prossime puntate iscrivetevi alla nostra newsletter: <https://www.alcol.net/newsletter/>



## COLOPHON

### Osservatorio News

È la newsletter periodica dell'Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool

### A cura di

Michele Contel  
Benedetta Bianco

### Hanno collaborato

Michele Contel  
Benedetta Bianco

### Realizzata da

Benedetta Bianco

### Osservatorio Permanente sui Giovani e l'Alcool

Viale Pasteur, 10  
00144 Roma  
tel. +39.06.590 37 23  
[www.alcol.net](http://www.alcol.net)