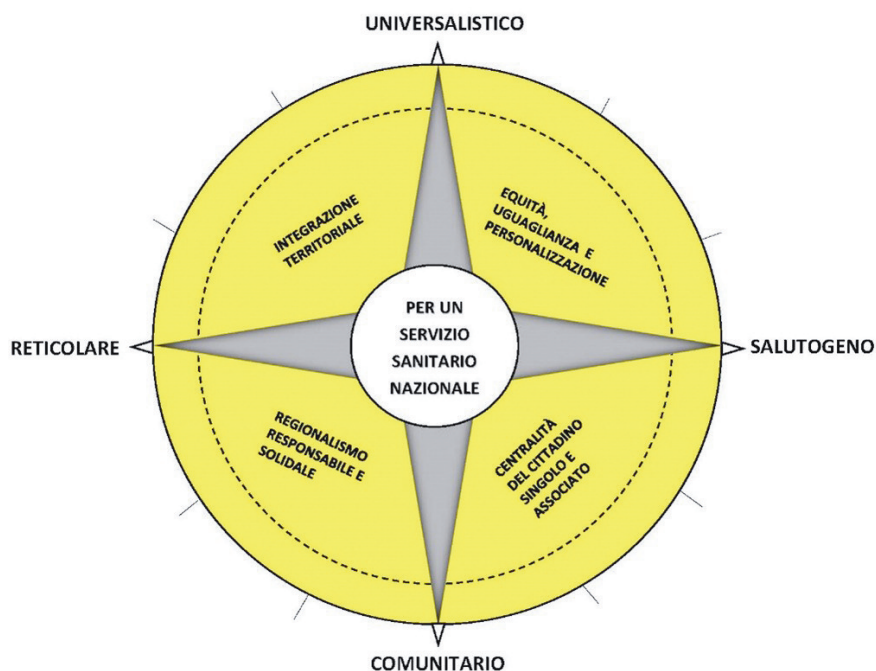


Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli



FrancoAngeli
OPEN ACCESS



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più:

http://www.francoangeli.it/come_publicare/publicare_19.asp

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Libro Bianco Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19

Problemi e proposte

a cura di
Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli

FrancoAngeli
OPEN  ACCESS

Il volume è stato pubblicato con il contributo del Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

In copertina: elaborazione grafica dei curatori

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

Pubblicato con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione. Un Libro Bianco perché , di <i>Giovanna Vicarelli e Guido Giarelli</i>	pag.	7
I. L'impatto della pandemia da Covid-19 sul SSN		
1. I sistemi sanitari europei di fronte all'emergenza Covid-19: elementi di riflessione , di <i>Guido Giarelli</i>	»	13
2. Regionalismo sanitario e Covid-19: punti di forza e di debolezza , di <i>Giovanna Vicarelli</i>	»	23
3. Diseguaglianze di salute e pandemia in Italia: sistemi sanitari regionali e personale sanitario , di <i>Valeria Quaglia, Marco Terraneo e Mara Tognetti</i>	»	31
4. La Regione Lombardia nella crisi sanitaria da Covid-19: ospedali, territorio e RSA , di <i>Marco Arlotti e Michele Marzulli</i>	»	41
5. Siamo andati troppo oltre? I processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera , di <i>Stefano Neri</i>	»	49
6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA , di <i>Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini</i>	»	58
7. Medici e professioni sanitarie nella geografia italiana della pandemia , di <i>Elena Spina</i>	»	67

8. Aperto per Covid-19. Il volontariato socio-sanitario e le politiche regionali di attivazione, di *Arianna Radin* pag. 77

II. Linee strategiche per il rilancio del SSN

9. Ambiente e promozione della salute, di *Giorgio Osti e Marco Ingrosso* » 85

10. Il territorio e la salute di comunità, di *Carmine Clemente, Anna Rosa Favretto, Angela Genova, Michele Marzulli e Davide Servetti* » 93

11. Per una nuova politica ospedaliera al servizio della salute, di *Marco Arlotti, Stefano Neri e Elena Spina* » 99

12. L'innovazione digitale per la governance del SSN, di *Monica Murero e Veronica Moretti* » 105

13. Le conoscenze per la salute: una costellazione di saperi in prospettiva interdisciplinare, di *Linda Lombi* » 110

Conclusioni. Una bussola per il rilancio del SSN, di *Guido Giarelli e Giovanna Vicarelli* » 117

Notizie sugli autori » 143

6. Assistenza primaria e Covid-19: MMG e USCA

di Angela Genova, Anna Rosa Favretto, Carmine Clemente, Davide Servetti e Simone Lombardini¹.

Il medico di Medicina generale (MMG) svolge alcune funzioni sistemiche essenziali per il funzionamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e, dunque, per l'effettiva realizzazione della tutela della salute garantita dall'art. 32 della Costituzione, quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

Nel primo paragrafo illustriamo sinteticamente le caratteristiche del profilo professionale del MMG, condivise a livello Europeo ed in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione mondiale della Sanità. Nel secondo delineiamo gli elementi salienti delle politiche nazionali italiane. Nel terzo presentiamo i dati della nostra analisi relativa all'andamento del numero dei MMG negli ultimi decenni in prospettiva comparata europea e sub-nazionale. Nell'ultimo paragrafo discutiamo le condizioni strutturali dei MMG di fronte alla pandemia ed i recenti provvedimenti di *policy* (creazione delle USCA).

1. Il ruolo centrale dei MMG nei sistemi sanitari europei

I MMG giocano un ruolo fondamentale di riferimento per i e le cittadine di fronte alla malattia, in sintonia con le politiche promosse dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e recentemente confermate nel documento europeo *World Family Doctors Caring for People* (Evans, 2011), che evidenzia le seguenti principali caratteristiche della MG: luogo di primo contatto all'interno del sistema sanitario, occupandosi di tutti i problemi di salute e sviluppando un approccio continuativo e centrato sulla persona; coordinamento

¹ Pur essendo il frutto di un lavoro congiunto, Angela Genova ha curato la stesura del paragrafo 1, Anna Rosa Favretto e Davide Servetti del paragrafo 2, Angela Genova e Simone Lombardini del paragrafo 3, Angela Genova e Carmine Clemente del paragrafo 4.

delle cure sanitarie per un loro utilizzo efficiente; promozione della responsabilizzazione del paziente nella gestione della propria salute (empowerment); capacità di gestire situazioni di emergenza ma anche di cronicità; promozione della salute della comunità considerando la dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale della salute stessa.

Tutti i paesi europei concordano su queste caratteristiche che trovano, però, specifiche declinazioni all'interno di contesti organizzativi diversi. I sistemi sanitari europei, infatti, pur condividendo uno stesso orientamento rispetto alla funzione della Medicina Generale e alla necessità di un suo potenziamento per garantire efficacia ed efficienza dei servizi sanitari (Saltman, Bankauskaite, Vrangbaek, 2005), hanno definito politiche diversificate.

2. I Medici di Medicina Generale in Italia: le politiche

Il MMG nelle politiche sanitarie italiane è figura chiave per l'accesso del singolo cittadino alle cure, interlocutore prioritario per i problemi di salute. Il nucleo di attività che qualifica principalmente la sua posizione nel sistema sanitario è riconducibile all'assistenza primaria, la cui definizione, come noto, è assai capiente².

Nel contesto regolativo italiano i MMG sono impiegati anche in altri ambiti della sanità territoriale, come la continuità assistenziale (ex “guardia medica”) – la quale, non senza contraddizioni interne all'ordinamento giuridico, prosegue ad essere tenuta distinta dall'assistenza primaria – la medicina dei servizi e l'emergenza sanitaria territoriale. Si comprende, quindi, come essi rappresentino una risorsa determinante nell'organizzazione dei servizi extra-ospedalieri e non stupisce come, da oltre vent'anni, il nostro sistema sanitario si sia proposto l'obiettivo di una piena integrazione della MG nell'organizzazione del distretto sanitario, con ripetuti tentativi di intensità crescente, finora solo parzialmente realizzati.

Tale obiettivo assume però connotati peculiari nell'ambito delle due principali problematiche di integrazione del nostro sistema sanitario (l'integrazione ospedale-territorio e l'integrazione sociosanitaria) e delle rispettive declinazioni interne (istituzionale, organizzativa, gestionale, professionale), con le quali pure il ruolo del MMG ha a che fare. La peculiarità, infatti, risiede nella circostanza che il legislatore abbia storicamente riconosciuto una

² Sul concetto di assistenza primaria fa stato la Dichiarazione di Alma Ata del 1978, i cui paragrafi VI e VII ne offrono una definizione assai ampia. Per una prospettiva storica dell'assistenza primaria in Italia v. E. Guzzanti (2009).

forte autonomia organizzativa della MG nei confronti del SSN, sotto il profilo sia individuale sia collettivo, attraverso tre scelte di politica sanitaria tra loro strettamente interconnesse:

1. aver garantito al singolo il diritto a scegliere liberamente, seppur con alcuni limiti, il proprio di MMG, facendo contestualmente leva sull'assistenza medico-generica gratuita quale primo presidio del principio di universalità del SSN;
2. aver costruito i rapporti tra MMG e SSN mediante il c.d. “modello convenzionale”, accordando alla negoziazione collettiva ampi margini non solo nella disciplina dei profili giuridico-economici del rapporto di lavoro autonomo, bensì anche nella individuazione delle attività della stessa categoria professionale, nonché delle forme di organizzazione della stessa nell'ambito del SSN;
3. aver affidato una larga parte di funzioni e attività costitutive della sanità territoriale alla MG e, più in generale, alla medicina convenzionata.

Tali scelte legislative hanno quale principale riferimento positivo l'art. 8 del d.lgs. 502/1992, che ha superato la precedente ambiguità dell'art. 25, comma 3, della legge n. 833/1978 rispetto alla possibilità che assistenza medico-generica fosse prestata anche da personale dipendente (Taroni, 2011). Come noto, l'art. 8 è stato successivamente più volte modificato, potendosi individuare i più significativi interventi di riforma in quelli apportati con il d.lgs. 229/1999 (c.d. riforma Bindi) e il d.l. 158/2012 (conv. l. 189/2012, c.d. riforma Balduzzi). Siffatte innovazioni non hanno posto in discussione le predette linee fondamentali di politica sanitaria, concentrandosi invece, precipuamente, sull'obiettivo di una sempre maggiore integrazione della MG nell'organizzazione della sanità territoriale, per garantire un'effettiva continuità dell'assistenza. Al fine di permettere l'accesso al servizio di MG per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nel 2012 il legislatore ha previsto l'esercizio in forma associata della professione all'interno di due moduli organizzativi (già presenti nell'Accordo collettivo nazionale del 2009): le AFT (Aggregazioni funzionali territoriali) e le UCCP (Unità Complesse di Cure Primarie). Il carattere strutturale e multiprofessionale di queste ultime prefigura anche la sistematica (e non più meramente sperimentale) individuazione di centri territoriali per l'assistenza primaria, quali luoghi fisici nei quali concentrare sia una pluralità di professionisti (medici convenzionati associati, personale infermieristico dell'azienda sanitaria locale, personale dei servizi sociali comunali) sia strumentazioni di base per la diagnostica ambulatoriale secondo il modello delle c.d. Case della Salute (Benigni, 2010; Barbieri et al., 2018, Landra et al., 2019), la cui figura,

secondo le proposte più recentemente intervenute, può evolvere verso le c.d. Case della Comunità³.

L'attuazione di questi fondamentali principi concernenti la Medicina Generale e l'assistenza primaria è affidata all'Accordo collettivo nazionale, nonché ai conseguenti Accordi integrativi regionali, secondo la logica propria del "modello convenzionale" sopra menzionato. Il lento procedere lungo il cammino dell'esercizio in forma associata della MG, da un lato, e la forte eterogeneità e frammentarietà dei modelli regionali di organizzazione dell'assistenza primaria (pochi dei quali hanno realmente puntato sulla concentrazione in medesimi centri territoriali dei professionisti), dall'altro, avevano già evidenziato la difficoltà di allineare nei tempi e nella concreta attuazione gli accordi collettivi e la programmazione regionale. Le criticità di tale intreccio sono storicamente note e si sono ripresentate, con particolare gravità, nella vicenda di (assai limitata) attuazione della riforma del 2012. Alcuni studi condotti a questo proposito negli ultimi anni (D. Argenio Huppertz, 2019; Jorio, Servetti, 2019) pongono di fronte a un bilancio tendenzialmente negativo, nel quale molto pesano sia lo stallo della "contrattazione" collettiva (l'Accordo nazionale vigente resta quello del 2009 e l'adozione del nuovo è stata ripetutamente rinviata, mentre in molte Regioni gli accordi integrativi sono ancora precedenti all'ACN vigente) sia la debole conformazione dei SSR ai modelli organizzativi delle AFT e delle UCCP, il cui recepimento, ove avvenuto, è stato per lo più solo formale.

3. I MMG in prospettiva comparata

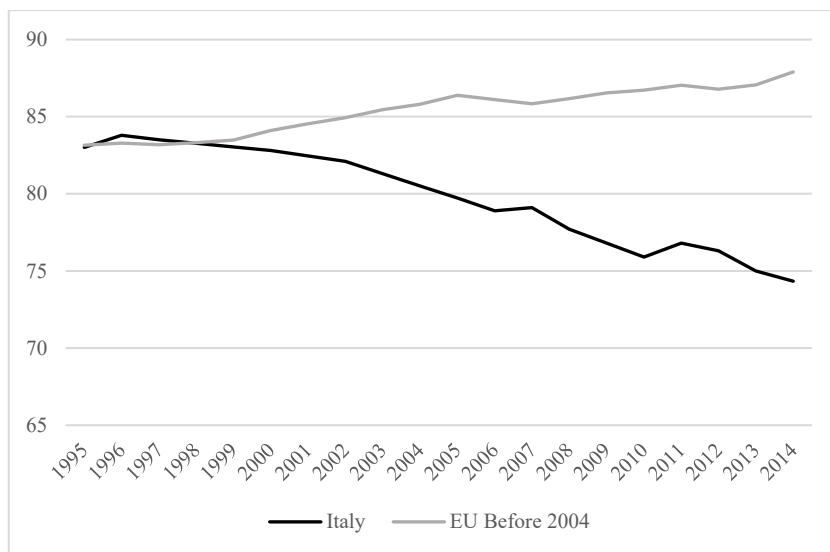
A fronte dei cambiamenti di policy qui evidenziati si possono porre i dati relativi al numero di MMG per 100.000 abitanti in Italia rispetto alla media Europea. L'analisi comparata evidenzia come nei paesi europei (che aderivano all'UE prima del 2004) la media sia aumentata nel tempo. Il dato italiano presenta, invece, una tendenza opposta di riduzione. Se negli anni '90, infatti, il dato italiano era in sintonia con quello medio europeo, dal 2000 assistiamo a una crescente differenziazione con un evidente calo.

La riduzione del numero dei MMG su 100.000 abitanti in Italia deve inoltre essere messa in relazione con le modifiche nell'andamento demografico:

³ Si vedano la proposta elaborata dal movimento "Prima la comunità" e il relativo manifesto (www.primalacomunità.it), nonché gli indirizzi di riforma della sanità territoriale presentati dai rappresentanti del Ministero della salute in audizione presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica il 20 ottobre 2020 (sui quali v. ad es. Fassari (2020)).

al relativo aumento della popolazione anziana corrisponde un aumento della domanda di assistenza e cura sanitaria. Il calo nel numero dei MMG si presenta, quindi, particolarmente critico nel contesto demografico italiano. Nel 1995, infatti, gli over 65 rappresentavano il 16,6% della popolazione e nel 2012 il 21% (WHO, 2020).

Fig. 1 – Andamento del numero di MMG su 100.000 abitanti in Italia e dato medio europeo (EU – paesi prima del 2004) Fonte: HFA, nostra elaborazione



Il dato nazionale complessivo di riduzione dei MMG su 100.000 abitanti presenta delle marcate differenze territoriali, risultato del processo di regionalizzazione del nostro sistema sanitario. Le regioni del nord ovest e del nord est hanno in proporzione ridotto maggiormente il numero di MMG sulla popolazione. In particolare, Lombardia, Piemonte, Valle d’Aosta, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, ma anche Emilia-Romagna e Toscana sono le regioni più interessate dal calo.

La percentuale di MMG con più di 1500 pazienti è complementare al dato sulla riduzione dei MMG sul numero di abitanti e conferma come nel tempo il suo aumento sia stato maggiore in alcune regioni, prima tra tutti la Lombardia.

Fig. 2 – Medici di Medicina Generale per 100.000 abitanti nelle Regioni Italiane, 2017.
Fonte: HFA, nostra elaborazione

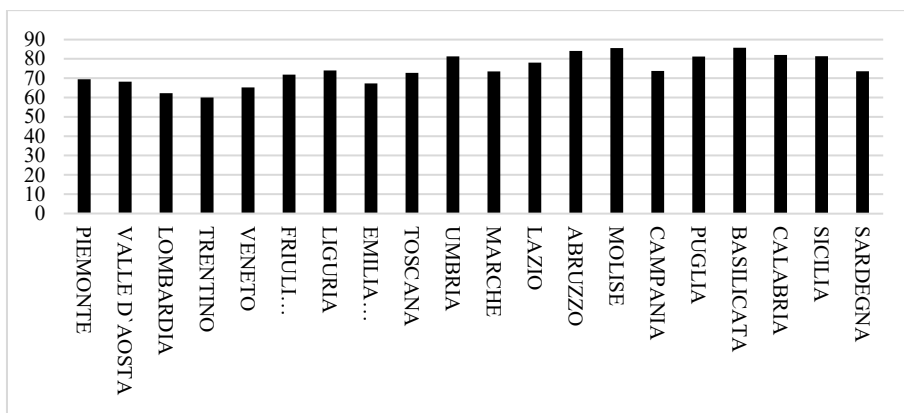
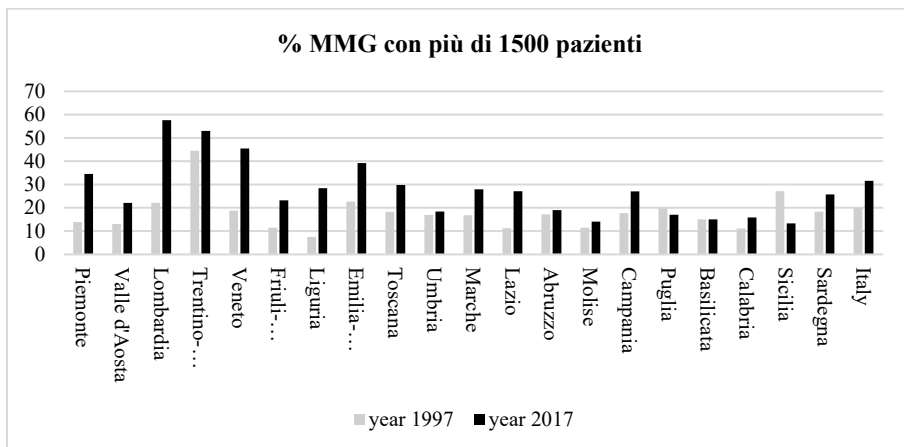


Fig. 3 – Percentuale di MMG con più di 1.500 pazienti. Fonte: HFA nostra elaborazione



4. I MMG di fronte all'emergenza Covid-19

L'emergenza Covid-19 ha evidenziato la posizione chiave della MG nel sistema sanitario italiano e l'indifettibilità del suo ruolo per una corretta gestione del paziente, insieme a rilevanti criticità sia numeriche che organizzative ricollegabili ai ritardi e alle inattuazioni sopra menzionate. La drastica riduzione nel personale in Italia è un dato strutturale che ha riguardato tutti i medici, ed elemento ancora più drammatico è che questo processo non è stato adeguatamente governato attraverso un riequilibrio con il potenziamento di

altre professionalità e competenze (Vicarelli Pavolini, 2015), inducendo a un depauperamento delle risorse professionali nel nostro sistema sanitario. La discrezionalità esercitata a livello regionale ha amplificato i processi in alcune regioni che sono, quindi, risultate particolarmente vulnerabili all'emergenza pandemica. I MMG rappresentano anche il 41% dei medici morti per Covid-19 (78, inclusi 6 pediatri – sul totale di 191) a dimostrazione del loro diretto coinvolgimento nella gestione pandemia⁴.

In tale quadro gli interventi del legislatore statale si sono rivolti, da un lato, al potenziamento degli organici della medicina convenzionata, con particolare riferimento alle attività di continuità assistenziale, dall'altro alla creazione di strutture organizzative ad hoc per potenziare l'attività territoriale per il fronteggiamento dell'emergenza pandemica.

In primo luogo, analogamente a quanto previsto per il personale e sanitario dipendente del SSN, si sono previste deroghe (temporanee) a requisiti e limiti posti al reclutamento di nuovi MMG, che hanno consentito la stipulazione di convenzioni a tempo determinato anche nei confronti di medici ancora iscritti ai corsi di formazione specifica in MG e ai corsi di specializzazione (art. 2-quinquies, d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020).

In secondo luogo, è da rimarcare l'introduzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), quale struttura organizzativa *ad hoc* per fronteggiare le straordinarie esigenze di gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, consentendo al contempo al MMG (e anche al PLS e al di continuità assistenziale) di garantire l'attività assistenziale ordinaria.

L'attivazione delle USCA è stata demandata alle Regioni nel termine di 10 giorni dall'entrata in vigore del d.l. 14/2020 (v. art. 8, poi sostituito dall'art. 4-bis del d.l. 18/2020, conv. l. 27/2020, che ne reca la disciplina tuttora vigente). Esse devono essere istituite presso una sede di continuità assistenziale già esistente, nella misura di una unità speciale ogni 50.000 abitanti. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in MG; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00. Ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto

⁴ Peraltro, è attualmente in corso un dibattito in merito al riconoscimento dall'infortunio, al momento previsto unicamente per i medici ospedalieri e non per i MMG (secondo l'art. 42 del decreto 18/2020 – convertito nella legge 27/2020).

un compenso lordo di 40 euro ad ora. Spetta al MMG (nonché al pediatra di libera scelta o al di continuità assistenziale) comunicare alle USCA il nominativo e l'indirizzo dei pazienti interessati.

La possibilità di inserire anche altre professioni è stata prevista dal legislatore statale nell'art. 1, d.l. 34/2020, conv. l. 77/2020. Il potenziamento dei servizi territoriali ivi previsto include l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità (in un rapporto non superiore a 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti). Il decreto estende inoltre ai medici specialisti ambulatoriali la possibilità di partecipare alle USCA, così come agli assistenti sociali (per svolgere attività di valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e favorire l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari del territorio) e agli psicologi.

L'istituzione delle USCA e le altre misure di fronte all'emergenza pandemica (fra queste ultime anche la possibilità di fare tamponi per la diagnosi del Covid-19 presso i MMG) confermano che alcuni temi centrali relativi alla figura professionale del MMG, come la sua formazione e la sua integrazione nella rete dei servizi sanitari, restano aperti. Rimangono, quindi, ancora non affrontate alcune questioni chiave nelle scelte di policy degli ultimi anni, responsabili del depauperamento della MG e della marcata differenziazione regionale.

Tale situazione è riconducibile a due diverse dimensioni: i processi di riorganizzazione territoriale delle politiche, noto come *rescaling*, e le relazioni tra attori coinvolti, noto come *governance delle politiche*. Per quanto riguarda il *rescaling* delle politiche sanitarie italiane, la pandemia ha rivelato la miopia di un processo di regionalizzazione marcato, frutto delle politiche di decentramento neoliberiste degli ultimi decenni (Brenner, 2004; Saltman, 2008) che ha determinato sistemi regionali con offerta dei servizi differente (poche regioni hanno investito in sistemi regionali di cure primarie) ma soprattutto non equa, sollevando il tema delle disuguaglianze territoriali e della mancata equità nell'accesso alle cure (Pavolini, Vicarelli, 2012).

Per quanto riguarda la *governance* del sistema sanitario, la pandemia ha mostrato la debolezza e ambiguità del rapporto tra MMG e il resto del sistema sanitario. Ha messo a nudo, cioè, un gap strutturale tra cure primarie e il resto delle cure (ospedale e alta specializzazione), ma anche un gap tra cure primarie e il resto del sistema di risposta ai bisogni di salute della popolazione, perché la salute è molto più che assenza di malattia (Marmot, 2005). La pandemia ha messo in luce, inoltre, la frattura tra sistema sanitario e sociale, lasciando scoperti tanti bisogni della popolazione. Il tentativo di inserire un assistente sociale nelle USCA è tardivo e rischia di essere poco efficace dove mancano le relazioni tra il sistema sanitario e il territorio, la

comunità, i servizi sociali dei comuni che curano la promozione del benessere del territorio conoscendo la comunità nei suoi bisogni e nelle sue risorse.

Bibliografia di riferimento

- Argenio Huppertz D. (2016), “L’applicazione regionale della riforma Balduzzi in materia di cure primarie”, in C. Bottari, P. De Angelis (a cura di), *La nuova sanità territoriale*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna.
- Barbieri L., Botturi D., Cacciapuoti I., Donatini A. (2018), *Le case della salute in Emilia-Romagna*, Regione Emilia-Romagna.
- Benigni B. (2010), *La casa della salute ovvero La salute è di casa. Nuova infrastruttura del welfare italiano*, Roma, Edizioni Libertà.
- Brenner N. (2004), *New state spaces: Urban governance and the rescaling of statehood*, Oxford University Press, Oxford.
- Evans P. (2011), *Wonca Europe 2011 Edition. The European definition of General Practice*.
- Fassari L. (2020), *Riforma della medicina del territorio. “Legge Balduzzi incompiuta ora puntiamo su Case e ospedali di comunità, assistenza domiciliare ‘hi-tech’ e nuove Rsa”. Il Piano del Ministero, «Quotidiano Sanità», 22 ottobre 2020.*
- Guzzanti E. (2009), *L’assistenza primaria in Italia, dalle condotte mediche al lavoro di squadra*, a cura di M.C. Mazzeo, G. Milillo, A. Cicchetti, A. Meloncelli, Edizioni Iniziative Sanitarie, Roma.
- Jorio E., Servetti D. (2019), *La difficile riforma dell’assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, «Corti Supreme e Salute», 2, pp. 259-287.
- Landra S., Prandi F., Ravazzini M. (a cura di) (2019), *La salute cerca casa*, Derive e Approdi, Roma.
- Marmot M. (2005), *Social determinants of health inequalities*, «The Lancet», 365(9464), pp. 1099-1104.
- Pavolini, E., Vicarelli, G. (2012), *Is decentralization good for your health? Transformations in the Italian NHS*, «Current Sociology», 60(4), pp. 472-488.
- Saltman R., Bankauskaite V., Vrangbaek K. (2005), *Primary care in the driver’s seat?: Organizational reform in European primary care* (Vol. 51). McGraw-Hill Education (UK).
- Saltman R.B. (2008), *Decentralization, re-centralization and future European health policy*, «European Journal of Public Health», 18(2), pp. 104-106.
- Taroni F. (2011), *Politiche sanitarie in Italia. Il futuro del SSN in una prospettiva storica*, Il pensiero scientifico, Roma.
- WHO European Data Warehouse [https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/\(15/11/2020\)](https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/(15/11/2020)).
- Vicarelli G., Pavolini E. (2015), *Health workforce governance in Italy*, «Health Policy», 119(12), pp. 1606-1612.

Notizie sugli autori

Marco Arlotti è ricercatore in Sociologia Economica presso il Dipartimento di Architettura e Studi Urbani (DAStU) del Politecnico di Milano. Si occupa di politiche di welfare, con particolare attenzione alla dimensione territoriale e multilivello delle politiche.

Carmine Clemente è professore associato di Sociologia presso il Dipartimento FOR.PSI.COM dell'Università di Bari, ove è docente di Sociologia generale e Sociologia della salute. È autore di numerose pubblicazioni su temi classici della sociologia generale e della sociologia della salute.

Anna Rosa Favretto è professore ordinario di Sociologia presso l'Università del Piemonte Orientale. Tra i suoi campi di studio figurano i diritti dei minori, la salute infantile, l'umanizzazione delle cure.

Angela Genova è ricercatrice di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Economia Società Politica dell'Università degli Studi di Urbino dove insegna Politiche Sociali e Politiche per la Salute.

Marco Ingrosso professore ordinario di Sociologia Generale presso l'Università di Ferrara fino al 31/10/2018, è stato nominato "Eminente Studioso" e continua l'insegnamento di Sociologia della Salute.

Simone Lombardini è dottorando di ricerca in Economia presso il dipartimento di Scienze Sociali dell'Università di Genova.

Linda Lombi, dottore di ricerca in sociologia, è ricercatrice presso l'Università Cattolica di Milano. Tra i suoi interessi di ricerca trovano menzione: la promozione della salute, la salute digitale, la medicina partecipativa, il patient engagement, le politiche e le strategie di intervento nel campo delle sostanze psicotrope.

Michele Marzulli è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dove insegna Politica sociale e organizzazione dei servizi e Politiche per la salute e l'integrazione socio-sanitaria. Ricopre anche il ruolo di coordinatore della redazione del sito <https://www.welfareresponsabile.it/>

Veronica Moretti è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e Diritto dell'Economia dell'Università di Bologna, dove collabora al progetto europeo "ONCORELIEF. A digital guardian angel enhancing cancer patient's wellbeing and health status improvement following treatment" (*Horizon 2020*).

Monica Murero, professore all'Università Federico II in Comunicazione e Nuove Tecnologie, è Research Fellow in Intelligenza Artificiale e salute al Distributed Artificial Intelligence Lab, Technische Universität di Berlino. Si occupa dell'impatto multidisciplinare delle nuove tecnologie sulla società e la comunicazione da circa 30 anni.

Stefano Neri è professore associato di Sociologia Economica presso il Dipartimento di Scienze Sociali e Politiche dell'Università degli Studi di Milano, dove insegna Ricerca Sociale e Sociologia delle Professioni e Sociologia dell'Organizzazione.

Giorgio Osti è professore associato di Sociologia dell'ambiente e del territorio presso il Dipartimento di Filosofia, Sociologia, Pedagogia e Psicologia Applicata dell'Università di Padova. Si occupa di crisi ambientali, transizione energetica e aree fragili.

Valeria Quaglia è assegnista di ricerca presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano Bicocca. I suoi interessi di ricerca riguardano principalmente la Sociologia della Salute e i Gender Studies.

Arianna Radin insegna sociologia della salute presso la Scuola di Medicina dell'Università di Torino e si occupa di Salute e Professioni Sanitarie. Attualmente collabora con la Consulta per le Persone in Difficoltà di Torino.

Davide Servetti è dottore di ricerca in Diritto costituzionale. Svolge attività didattica e di ricerca presso l'Università del Piemonte Orientale e l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano. Tra i suoi campi di studio figurano la cooperazione tra Stato e Regioni, il diritto alla salute e l'organizzazione sanitaria, con particolare riferimento ai servizi sociosanitari.

Elena Spina è ricercatrice di Sociologia Economica presso il Dipartimento di Scienze Economiche e Sociali dell'Università Politecnica delle Marche dove insegna Sociologia Economica e Welfare e politiche sociali comparate.

Marco Terraneo è ricercatore di Sociologia Generale presso il Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca dove insegna Sociologia della salute.

Mara Tognetti è professore ordinario di Sociologia presso l'Università di Napoli Federico II, Dipartimento di Scienze Politiche, dove insegna Sociologia della salute e Politiche Sociali.

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria
Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/latuaopinione.asp



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2021 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835113874

Questo Libro Bianco è il frutto del lavoro collettivo di una *task force* (coordinata da Giovanna Vicarelli) composta da una ventina di sociologi della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'Associazione Italiana di Sociologia (AIS). Con tale lavoro si è inteso, da un lato, indagare scientificamente sulla configurazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) di fronte alla pandemia da Covid-19 e, dall'altro, indicare alcune linee di azione per aumentarne la resilienza e la capacità di risposta ai bisogni emergenti di salute.

Nella prima parte del lavoro si considera, con una prospettiva comparata, in che modo i diversi sistemi sanitari europei hanno saputo o meno rispondere all'arrivo della pandemia, per passare, quindi, all'analisi dei punti di forza e di debolezza del regionalismo sanitario in Italia. Successivamente, si affronta il tema delle disuguaglianze sociali di salute che la pandemia ha messo a nudo quale conseguenza, anche, dei più recenti processi di ristrutturazione dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza primaria. In tal senso, una attenzione a parte viene riservata al caso lombardo, considerato per molti aspetti emblematico della crisi sanitaria in corso. Il ruolo svolto dai medici e dalle professioni sanitarie, nonché le politiche regionali relative al volontariato sociosanitario, costituiscono pure temi cruciali dell'analisi.

Nella seconda parte del volume viene delineata una proposta complessiva basata su cinque linee strategiche (e conseguenti direttive di azione) che occorrerebbe perseguire per un rilancio complessivo del SSN in termini di equità, uguaglianza e personalizzazione delle cure, integrazione territoriale, regionalismo responsabile e solidale, centralità del cittadino singolo e associato. Tali obiettivi trovano radicamento in quattro principi-guida: l'universalismo, la dimensione comunitaria, la promozione della salute e l'organizzazione dei servizi e delle prestazioni in un'ottica di rete.

Giovanna Vicarelli è professore ordinario di Sociologia economica presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche dell'Università Politecnica delle Marche. Dirige il Centro di ricerca e di servizi sulla integrazione sociosanitaria (CRISS) della stessa Università.

Guido Giarelli è professore ordinario di Sociologia generale presso la Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università "Magna Græcia" di Catanzaro; è attualmente coordinatore della Sezione di Sociologia della salute e della medicina dell'AIS e membro del Board del RN 16 – Sociology of Health and Illness dell'European Sociological Association.