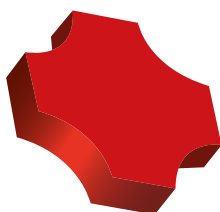


QUADERNI *di* **Direzione Sanitaria**

NUMERO 4 - ANNO II

***LE PAROLE DELLA
DIREZIONE SANITARIA
RIFLESSIONI PER UN VOCABOLARIO
DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE***



ANMDO

associazione nazionale medici direzioni ospedaliere

QUADERNI*di* **Direzione Sanitaria**

NUMERO 4 - ANNO II

a cura di:

Gianfranco Finzi

Presidente Nazionale ANMDO

Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere

Ottavio Alessandro Nicastro

Direttore Sanitario Azienda USL Umbria 1

Ida Mura

Segretario scientifico ANMDO

Giorgio Mazzi

Direttore del Presidio Ospedaliero provinciale dell'AUSL IRCCS di Reggio Emilia

Gianni Pieroni

Comitato scientifico nazionale ANMDO

Franco Ripa

Dirigente Settore Programmazione dei Servizi Sanitari e Socio-Sanitari,
Direzione Sanità - Regione Piemonte

e con il contributo di:

Elide Azzan

Presidente Sezione Piemonte-Valle d'Aosta – ANMDO

Luigi Bertinato

Comitato scientifico nazionale ANMDO

Clemente Ponzetti

Coordinatore Sanitario Gruppo Policlinico di Monza

Gianluca Serafini

Già Direttore di Direzione Medica dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ancona

SOMMARIO

Introduzione *Pag. 6*

Le parole della Sanità *Pag. 7*
di Ottavio Alessandro Nicastro

LE PAROLE DELLA DIREZIONE SANITARIA

Coerenza *Pag. 27*
di Elide Azzan

Efficienza *Pag. 29*
di Franco Ripa

Intelligenza *Pag. 31*
di Luigi Bertinato

Leadership *Pag. 36*
di Giorgio Mazzi

Progetto *Pag. 40*
di Giovanni Pieroni

Sicurezza *Pag. 44*
di Clemente Ponzetti

Sostenibilità *Pag. 48*
di Gianluca Serafini

Periodico trimestrale a cura dell'A.N.M.D.O.
Associazione Nazionale Medici Direzioni Ospedaliere

Direttore responsabile: Gianfranco Finzi

Comitato di redazione: F. Auxilia, L. Bertinato, L. Blandi, M. Chittaro, C. Del Giudice, G. Finzi, K. Kob, G. Mazzi, I.I. Mura, O. A. Nicastro, G. Pelissero, G. Pieroni, F. Ripa, L. Tattini, C. Garbelli, C. Sideli.

Tutti i diritti sono riservati per tutti i Paesi
Nessuna parte del presente documento può essere riprodotta, tradotta o adattata con alcun mezzo (compresi i microfilm, le copie fotostatiche e le memorizzazioni elettroniche) senza il consenso scritto dell'editore.

La violazione di tali diritti è perseguibile a norma di legge

Grafica e stampa: Tipografia Masi snc - via del Chiù 74 - 40133 Bologna

Stampa settembre 2025

Si ringrazia Becton Dickinson Italia S.p.A. per il contributo non condizionante all'aggiornamento e alla stampa del presente volume

INTRODUZIONE

L'Associazione dei Medici delle Direzioni Ospedaliere (ANMDO) ha da tempo dedicato particolare attenzione all'uso delle Parole in Sanità e su quali possano essere le parole adatte per un sistema sanitario che deve affrontare difficoltà del presente e importanti sfide future.

Nel contesto sociale, dove le parole si manifestano nella quotidianità, si esprime, sviluppa e modifica il linguaggio della medicina. Un linguaggio che spesso contamina e si contamina con altri linguaggi, quali quelli della politica, della filosofia, della sociologia, dell'economia, nelle sue molteplici dimensioni. Il linguaggio è anche uno strumento di svelamento dei cambiamenti; la medicina cambia e cambiano i termini usati per descriverla.

Il significato stesso delle parole può inoltre mutare nel tempo, in relazione ai contesti in cui queste trovano espressione e in base alle sollecitazioni che le circostanze pongono. Parole quindi spesso da rivisitare e reinterpretare e a cui attribuire diverso significato e da cui trarre nuova energia.

Le parole hanno anche una loro forza intrinseca e il loro utilizzo è profondamente legato a valori di riferimento delle organizzazioni sanitarie; il tipo di linguaggio che in tali contesti si adotta è inoltre correlato agli obiettivi prescelti ed è strumento potente per perseguirli.

Le parole possono quindi rappresentare, specie in momenti di grande incertezza, punti di riferimento e le fondamenta su cui costruire un futuro che talvolta è difficile intravedere.

L'ANMDO ha promosso, anche nell'ambito dei suoi congressi, dei momenti di discussione e confronto su quali possano essere le parole adatte per un Sistema Sanitario che deve affrontare impegnative problematiche attuali e che possano indirizzarne lo sviluppo nei prossimi anni.

In questo Quaderno si propongono inoltre riflessioni su alcune parole che possono essere espressione della cultura e della funzione della Direzione sanitaria e della Direzione medica ospedaliera, per contribuire ad un percorso di elaborazione di un "vocabolario", non esaustivo e in costante evoluzione e integrazione, che possa essere anche di riferimento e aiutare a mantenere la "giusta direzione" nella funzione di governo delle organizzazioni sanitarie.

LE PAROLE DELLA SANITÀ

di Ottavio Alessandro Nicastro

Se ci fermassimo alla definizione letterale del termine **"parola"**, la considereremmo come "un suono o un insieme di suoni attraverso i quali l'uomo esprime un concetto" e quindi un "segmento organico indivisibile di suoni, che abbia significato anche da solo, con cui l'uomo comunica".



La parola, astrazione simbolica, nasce quindi accanto all'oggetto o all'azione che rappresenta: è un significante che porta un significato; un'unità universale, presente in ogni lingua umana formalizzata, vero e proprio atomo comunicativo. Ma non è solo questo. Sappiamo bene che le parole hanno rappresentato, e rappresentano tuttora, un elemento fondamentale per la storia dell'Umanità. Le parole danno forma al pensiero, costruiscono il "lessico mentale" dell'individuo, sono fondamentali nello sviluppo delle funzioni cognitive, permettono di strutturare l'esperienza, sono strumento per l'acquisizione della conoscenza. La parola non è solo descrizione, rappresenta un'entità creativa e generativa.

L'affermazione con cui si apre il Vangelo di Giovanni è una delle esposizioni più chiare della cosiddetta **"Teoria del Logos"**, che descrive la creazione del mondo come il risultato di un processo che parte dalla parola incarnata nel Dio creatore e mediante la quale ogni cosa entra in esistenza.

"Creatio per Verbum", ovverosia "Creazione mediante la parola". Una **"Parola Performativa"**, laddove con performatività si intende la capacità che la parola possiede di agire nel reale e di farsi essa stessa realtà autonoma: nel momento in cui tale parola viene pronunciata, essa è in grado di cambiare il tessuto del reale e diventa "Parola Creatrice".



A partire da questa visione, è stato legittimo per gli studiosi del linguaggio porsi delle domande: *E' la realtà a determinare le parole con cui la descriviamo? O è la forza dei discorsi a definire il modo in cui percepiamo la realtà e, quindi, la realtà stessa?*

A partire dall'opera di Berger e Luckmann *"La realtà come costruzione sociale"*, le scienze sociali si sono interrogate sul potere di discorsi, narrazioni e miti di istituzionalizzarsi e di diventare strumenti di conoscenza e comprensione della realtà.

Anche Paul Watzlawick affermava *«un linguaggio non rispecchia la realtà, ma piuttosto crea una realtà»*.



Si conferma il potere performativo delle parole, che non si limitano a descrivere una realtà oggettiva, ma creano una realtà di riferimento: la realtà è costruita socialmente.

Se è così, vi è la stringente necessità di dare alle parole il giusto peso e alta attenzione, soprattutto quando queste interessano un ambito sensibile per le persone quale la salute e la sanità.

E' quindi nel contesto sociale, dove le parole si manifestano nella quotidianità e si reclamano i bisogni di salute, che si esprime, sviluppa e modifica **il linguaggio della salute**. Un linguaggio che spesso è in comune, influenza, contamina e si contamina con altri linguaggi quali quelli della politica, della filosofia, della sociologia, dell'economia, nelle sue molteplici dimensioni in cui, ad esempio, termini biologici, medici ed economici si embricano.



Il mondo delle parole della sanità diventa quindi **immagine poliedrica dell'universo sociale contemporaneo**. E' quindi una impresa ardua anche solo citare in modo esaustivo tutte le parole che si legano oggi all'ambito della sanità; è davvero un mondo che ha creato un suo vocabolario in continua e repentina evoluzione. L'uso e la scelta delle parole muta nel tempo perché cambia la loro percezione, la connotazione positiva o negativa; e occorre essere molto attenti a questi cambiamenti. Si pensi alla tendenza, che si è manifestata soprattutto in alcuni periodi storici, sostitutiva della parola paziente con utente o, peggio ancora, cliente, e cosa questo può implicare; e fortunatamente invece la propensione a indirizzare il linguaggio verso l'uso di parole come persona, nella sua interezza, una persona che il nostro servizio sanitario, le nostre organizzazioni "prendono in carico" per farne una "persona assistita".



E fortunatamente invece la propensione a indirizzare il linguaggio verso l'uso di parole come persona, nella sua interezza, una persona che il nostro servizio sanitario, le nostre organizzazioni "prendono in carico" per farne una "persona assistita".

Il linguaggio è anche uno **strumento di svelamento dei cambiamenti**; sancisce e legittima le modifiche della realtà attraverso i suoi meccanismi di risemantizzazione o di neologismo.

E in genere le nuove forme vengono accettate e usate, spesso se sono esterofile e rimandano a lingue diverse.



La medicina cambia e cambiano i termini usati per descriverla, che attingono sempre più dal vocabolario della tecnologia e dell'informatica, come Big data, Real world data, Real world evidence, Evidence based medicine, Intelligenza artificiale, Medicina personalizzata, Medicina di precisione.

Le parole della sanità possono addirittura modificare la **dimensione e percezione del tempo**, se legate ad eventi straordinari come la recente pandemia, con la creazione, nell'immaginario collettivo, di "epoche storiche" pre-coronavirus e post coronavirus.



Se ci pensiamo tutto questo rappresenta un grande potere ed è sulla base di questa consapevolezza che si può osservare e analizzare il delicato **rapporto tra parola e potere**.

In generale, con le parole l'uomo può esercitare un potere dominante; con esse può soggiogare, dominare chi non le possiede e confondere coloro i quali non hanno strumenti per interpretarle, creando una profonda divisione tra le persone, le generazioni, i ceti sociali, le nazioni.

Scrive il poeta polacco Czeslaw Milosz: *"Il potere agisce anche tramite la capacità di controllare il linguaggio e non solo con la censura proibitiva, ma anche tramite il cambiamento del significato delle parole"*;

E citando il filologo Viktor Klemperer, Gustavo Zagrebelsky, nel suo "Sulla lingua del tempo presente", parla della forza della lingua come strumento di omologazione del sentire comune, di orientamento delle coscienze, di trasmissione di convinzioni



e atteggiamenti mentali con lo scopo di farli assumere da altri, inconsapevolmente. Questo esempio ci fa riflettere su quanto straordinario sia il potere delle parole e quanto il potere abbia un grande interesse a servirsene.

E nel mondo della sanità, che ruota attorno ad un bene primario come la salute, sono stratificati, convivono e interagiscono una molteplicità di poteri, da quelli strettamente professionali a quelli politici e sociali.

Per questo motivo l'uso delle parole in sanità deve presupporre un profondo senso di responsabilità da parte di chi le pronuncia; e si deve affiancare ad una vigilanza collettiva finalizzata a salvaguardarne il senso e il significato più autentico.

Una **responsabilità** da esercitare a tutti i livelli, a partire da chi a livello governativo mette molta enfasi rispetto a forti scelte di cambiamento e di riforma.

Responsabilità dentro le organizzazioni sanitarie e naturalmente una grande responsabilità è quella della Direzione, ma anche di chi esercita un alto ruolo di Dirigenza fino a singoli professionisti, ad esempio, per l'uso appropriato delle risorse. Una responsabilità che riguarda anche chi è fuori delle organizzazioni sanitarie e usa le parole come strumento professionale. Si pensi in tal senso alla stampa, ai media, che dovrebbero aver presente le conseguenze del presentare spesso la sanità pubblica solo come "malasanità" e quanto questo può incidere nella perdita di fiducia da parte dei cittadini e può indirizzare non solo alla rivalsa nei confronti degli operatori sanitari, in termini di responsabilità professionale, ma talvolta anche verso atteggiamenti ed azioni chiaramente violente.

Con altro termine, "**accountability**", si tratta di fare riferimento ad una relazione in cui qualcuno è richiamato al dovere di spiegare, giustificare, motivare la propria condotta nei confronti di qualcun altro, con l'inevitabile implicazione dell'attribu-



zione, da parte di qualcuno nei confronti di qualcun altro, di una responsabilità. Le parole della sanità devono essere quindi usate con cura. "*Le parole sono pietre*" è il titolo che Carlo Levi scelse per il suo racconto di viaggi in Sicilia nei primi anni Cinquanta; dentro questa espressione si può cogliere un profondo significato se si intende che le parole hanno un loro peso, una loro forza intrinseca.

Le parole non sono soltanto un segno, ma hanno il potere di lasciarlo e sono "segni indelebili" (dal latino signum: immagine scolpita, intagliata, incisa). Altre parole





rappresentano una “pietra angolare”, la prima pietra utilizzata nella costruzione di un edificio; quella più importante perché, idealmente, sorregge tutta la costruzione. Se si pensa ad esempio alla nostra Costituzione, per nessuno degli altri diritti viene usato l’aggettivo “fondamentale”, tranne che per definire, all’articolo 32, **il diritto alla salute**. Ed è inoltre decisivo che lo stesso diritto alla salute non venga legato alla cittadinanza ma si consideri come diritto dell’individuo, e quindi della persona umana, come pure interesse di tutta la collettività.

Sanità e salute sono quindi tra loro legate a doppio filo ed è evidente che meglio funziona la sanità, più alta sarà la qualità della salute di una popolazione. E’ quindi “salute”, non dimentichiamocelo, la parola da associare sempre a “sanità” e soprattutto alla “sanità pubblica”, intesa come l’insieme delle risorse umane, strutturali e tecnologiche dedicate alla promozione e tutela della salute.

E non dimentichiamo che dietro ad una idea di sanità, alla scelta di un modello sanitario, vi è una base valoriale. Occorre ricordare che il modo con cui un Paese sceglie e definisce un sistema sanitario è elemento essenziale per giudicare il suo livello di civiltà, e forse anche di Democrazia.

In una società a forte connotazione individualistica e utilitaristica, magari con poche risorse a disposizione, inevitabilmente la sanità pubblica finisce per restringere molto il suo ambito d’azione. Nei liberisti Stati Uniti d’America, ove il “sogno americano” è legato alla realizzazione dell’individuo e non della comunità sociale in cui egli vive, è evidente che l’eccellenza delle cure non è a disposizione di tutti. Sul filo di una memoria da preservare, occorre ricordare che anche l’Italia ha fatto una scelta precisa quando ha adottato il suo modello sanitario a impronta solida-



ristica. Una scelta basata su valori frutto di una storia, tuttora radicati e nei quali si riconosce la comunità nazionale.

Valori che risentono delle trasformazioni culturali e sociali ma che mantengono una forte connotazione di continuità nel cambiamento, tutt’ora coerenti con i **principi fondamentali di universalità, uguaglianza ed equità** su cui si basa il Servizio Sanitario Nazionale sin dalla sua istituzione.

Questa parola ci richiama anche allo “**Spirito di servizio**”. Riscoprire il valore del servizio, dello spirito di servizio, significa non solo riconoscere una realtà storica incontrovertibile, che cioè la nostra impostazione è prevalentemente basata sui servizi; significa anche e soprattutto mettere il singolo uomo e la collettività tutta al centro dell’attenzione. Lo spirito di servizio richiama anche a dare un significato speciale alla professionalità, legandola anche alla coscienza della propria responsabilità sociale.

Si comprende quindi quanto parole come queste siano importanti da salvaguardare. L’uso e il significato autentico delle parole vanno quindi alimentati, quasi come in una attività di manutenzione. Se cambia la società, la politica sociale e la politica sanitaria (sostanziale prima ancora che formale), anche il linguaggio della sanità tende a cambiare, alcune parole sono (volutamente) accantonate e dimenticate. In un’epoca in cui alcune parole sembrano essere “smarrite”, svuotate del loro significato, ci sono quindi anche delle parole da recuperare e rinnovare.

Nell’opera Gargantua e Pantagruelle di François Rabelais, Pantagruelle e il suo equipaggio, trovandosi in alto mare, credono di udire voci di persone, ma pur guardandosi intorno, non vedono nessuno. Alcune parole proferite in passato durante una battaglia si erano congelate per il gelo; tornando il sereno e il tepore del



tempo buono, si scioglievano e venivano all'orecchio. E quando gli uomini afferravano un pezzo di ghiaccio, subito per il calore le parole si liberavano. Ma gli uomini, quelle parole antiche, non le intendevano, perché erano in "lingua barbarica". Se ci pensiamo, in questi anni, nei documenti ufficiali, nei convegni, nelle riunioni aziendali, non ricorrono più come un tempo termini appunto quali: **servizio pubblico, bene pubblico, interesse collettivo**. Parole da ritrovare e ri-accogliere, da cui trarre e a cui dare nuova energia in un contesto mutato o da rivisitare e reinterpretare e a cui attribuire il giusto significato.



Come afferma Ludwig Wittgenstein «*Le parole sono azioni*»: la parola se ha un suo intrinseco valore, acquista tutto il suo peso, tutta la sua efficacia se vive nell'operatività. La questione che si pone è corretta; le parole, per non risuonare vuote, non solo dovrebbero essere correlate ad un pensiero, ad un'idea, ma anche avere una corrispondenza con la realtà, cioè con comportamenti coerenti e obiettivi concreti da realizzare.

E' ormai assodato ad esempio come l'introduzione del termine **azienda**, ed il relativo processo di aziendalizzazione, abbia inciso non solo sulle strutture organizzative, ma anche sul pensiero e sull'agito dei professionisti della sanità. Spesso il termine suscita nel mondo clinico un atteggiamento di rifiuto, correlato alla preminenza che viene attribuita alla valenza economicistica, indubbiamente rilevante. L'etimologia della parola azienda deriva dallo spagnolo *hacienda*, tratto dal latino *facienda*, con il significato di cose da farsi; solo in seguito il termine ha assunto il significato odierno di organizzazione che svolge una qualsiasi attività economica di produzione. Una parola quindi da correlare sempre alla specificità sanitaria e alle "cose da farsi" relative ai bisogni da soddisfare.



Sono vecchi e nuovi bisogni, legati sicuramente all'evoluzione scientifica e tecnologica, che discende dai grandi successi della ricerca biomedica sulle terapie farmacologiche e nella produzione di apparecchiature biomediche con le correlate problematiche sia nella gestione dei nuovi prodotti e della loro utilizzazione, ma anche alla sostenibilità finanziaria, parola questa molto utilizzata e talvolta abusata o utilizzata strumentalmente.

Il documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di uni-

versalità, solidarietà ed equità, approvato dalla Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica nel gennaio 2018, afferma che “non vi è alcun standard su quanto un paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i



valori e le priorità di ciascuno” e che quindi “il sistema è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia”. Le conclusioni a cui arriva la Commissione sanciscono che “non si tratta di un problema economico (quante risorse sono necessarie); la sostenibilità del diritto alla salute è prima di tutto un problema culturale e politico: fino a che punto siamo disposti a salvaguardare i principi fondanti del nostro sistema sanitario nell’interesse della collettività, garantendo a tutti coloro che ne hanno bisogno un’elevata qualità di accesso alle cure...”.

Ma i bisogni non sono solo strettamente assistenziali ma ci sono anche quelli importanti che riguardano gli aspetti relazionali, modalità e tempi di cura; in realtà molto più spesso vi è un bisogno di **umanità e umanizzazione**.

In questo ambito, sappiamo tutti quale è il peso sul mondo sanitario dei cambiamenti sociali e socio-culturali. Un cambiamento della relazione di cura, con la riduzione del contatto fisico e del tempo di dialogo con il malato e il passaggio in molti casi (pensiamo alle prospettive aperte dalla telemedicina) dalla mano fisica del sanitario alla mano tecnologico-informatica, in una società informatizzata che paradossalmente richiede molte più relazioni e contatto umano che nel passato.

Abbiamo assistito, da un lato, alla crisi dei modelli parthenalistici, ma nello stesso tempo ad un eccesso di specializzazione, che fa percepire ai malati l’assenza di



una visione unitaria e la sensazione di essere trattati come oggetti, che possono essere smontati in parti gestibili indipendentemente l’una dall’altra.

Anche qui una parte della risposta sta nelle parole e nella **comunicazione**: quando la parola si fa cura e costituisce tempo di cura.

Nel nostro Paese poi la legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento - afferma proprio che



“il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura” e, attraverso il consenso informato viene “...promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico...”.

La comunicazione attraverso le parole che curano si pone alla base della **relazione**; la comunicazione rappresenta il principale strumento relazionale.

E non si tratta solo della relazione tra medico e paziente; la relazione, ad esempio, è la cifra che connota e condiziona il sistema sociale di una organizzazione sanitaria. Anche in una organizzazione, le parole possono creare ponti o erigere muri. Le parole che si scelgono condizionano le relazioni tra gli elementi che compongono una organizzazione, sia le relazioni tra l'organizzazione e il proprio ambiente.



Il fulcro della problematica è rappresentato proprio dalla molteplicità delle relazioni che si stabiliscono, o spesso non si stabiliscono, tra gli elementi della triade “professionista-organizzazione-paziente”. Lo stesso vale per le specifiche relazioni, spesso conflittuali tra professionista e organizzazione/Direzione e tra gli stessi professionisti. Da considerare poi la relazione dell'organizzazione con l'ambiente esterno: con i cittadini, le istituzioni locali, le organizzazioni sindacali, le associazioni di pazienti, i vari stakeholders.

Tutte queste parole, descrivono e confermano il fatto che oggi viviamo ed operiamo nella dimensione della **complessità**, dentro sistemi ad alta complessità ed in evoluzione continua. Il riferimento ai sistemi complessi sottende proprio l'idea di relazione, intesa come interdipendenza tra le parti; un complesso di elementi (materiali e immateriali) in interazione dinamica che creano un “soggetto organizzato”, il cui agire dovrebbe essere comunque finalizzato in modo coerente al

raggiungimento di obiettivi definiti. L'intreccio di relazioni che caratterizza quel “sistema” che è l'azienda sanitaria, fornisce davvero il quadro di una “complessità organizzata” che porta necessariamente con sé una serie di problematiche che dalla stessa complessità derivano.

L'ospedale è un sistema complesso, certamente funzione sì, delle sue dimensioni, delle sue tecnologie, della numerosità e tipologia delle strutture che lo compongono, ma soprattutto è funzione del tipo di relazioni organizzative e funzionali che si realizzano.

In conclusione, le parole della sanità riguardano molto da vicino i medici di Dire-



zione medica e sanitaria, che sono chiamati spesso a tentare di **governare** questa complessità, a integrare le informazioni per garantire la migliore integrazione e interazione possibile tra le parti, ad adattare la propria comunicazione a questa complessità organizzativa, alle caratteristiche dell'azienda e della sua comunità professionale, del territorio e della sua collettività; a “reggere il timone” in un mare agitato da problematiche di enorme rilevanza, a partire da quelle correlate ad un quadro economico caratterizzato da risorse limitate a fronte di bisogni di salute in continua crescita, dai conflitti che possono insorgere tra interessi individuali ed interessi collettivi.

Chiamati anche a indicare la **direzione** di un percorso da effettuare, in base alle competenze manageriali (il sostantivo inglese *manager* deriva dal verbo francese *manager* (manadзeя), derivato a sua volta all'espressione latina “manu agere, ‘condurre con la mano’) condurre, guidare lungo percorsi spesso difficili e impegnativi.



Si tratta in fondo di esercitare una **leadership** la cui matrice etimologica (il verbo to lead) fa riferimento anche qui al 'guidare', al 'condurre'. Ma l'idea moderna della leadership non quella dell'esercizio del comando. La parola esprime il senso di una guida che dev'essere rassicurante e guadagnare fiducia attraverso tutta una serie di doti che sono ritenute fondamentali per la figura del leader, dalle abilità comunicative alle capacità decisionali, dal prestigio al carisma.

E recentemente alla leadership si è associato un aggettivo, gentile, che connota



un approccio alla guida delle organizzazioni che si associa ad altre parole come: **empatia, rispetto** (delle differenze e dei valori delle persone), **trasparenza, collaborazione, inclusività, flessibilità e adattabilità**. Ed è proprio con **gentilezza** che si conclude questo cammino alla ricerca delle parole della sanità.



L'articolo rappresenta la trasposizione della Lectio Magistralis sul tema delle Parole della Sanità svolta in apertura del 49esimo Congresso Nazionale ANMDO.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Treccani - Thesaurus (2018) https://www.treccani.it/vocabolario/parola_res-b3fbf30f-e3ae-11eb-94e0-00271042e8d9/
2. Una parola al giorno <https://unaparolaalgiorno.it/significato/parola>
3. Ferdinand de Saussure, Scritti inediti di linguistica generale, a cura di Tullio De Mauro, Roma-Bari, Laterza, 2005,
4. Silvia Gabrieli, Il potere performativo della Parola Divina nei miti di Creazione del Vicino Oriente Antico - Corso di dottorato in studi storici, geografici, antropologici - Università degli studi di Padova
5. La Sacra Bibbia – Vangelo di Giovanni
6. Peter L. Berger e Thomas Luckmann, La realtà come costruzione sociale (The Social Construction of Reality - 1966) La realtà come costruzione sociale - Presentazione di Loredana Sciolla - collana "Biblioteca Mulino" – 1997
7. P. Watzlawick, Il linguaggio del cambiamento. Elementi di comunicazione terapeutica, trad. italiana Feltrinelli, 1980, p. 24 [ed. Originale 1977]
8. Marco Geddes da Filicaia Ricerca & Pratica Cliente, paziente, persona Gennaio-Febbraio 2012, Vol. 28, N. 1 <https://www.ricercaepratica.it/archivio/1024/articoli/11181/>
9. Marco Geddes da Filicaia, Cliente, paziente, persona, Il senso delle parole in sanità – Il Pensiero Scientifico Editore – 2013
10. Ottavio Alessandro Nicastro, Riflessioni per un vocabolario del Sistema Sanitario – L' Ospedale, n.2/2015
11. Il lessico della nuova medicina - Un glossario per orientarsi tra i termini sempre più usati in medicina. Da Real world data a intelligenza artificiale 23 aprile 2021 https://www.repubblica.it/salute/dossier/labrevolution/2021/04/23/news/il_lessico_della_nuova_medicina-297698602/
12. Daniela Pietrini, Il mutamento (linguistico) del coronavirus https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/articoli/parole/parole_nel_turbine_1.html

13. Elisabetta Patruno – Blog IN...FORMIAMOCI La forza delle parole <https://elisabettapatruno.altervista.org/educazione-e-formazione/il-potere-delle-parole/>
14. Heath I. Words are all we have. BMJ 2011; 343: d7166.
15. Victor Klemperer, LTI - La lingua del Terzo Reich - Taccuino di un filologo, traduzione di Paola Buscaglione Candela, Giuntina, 1998.
16. Gustavo Zagrebelsky, Sulla lingua del tempo presente, collana Vele, Torino, Einaudi, 2010
17. Patricia Day and Rudolph Klein, Accountabilities: Five Public Services, Tavistock Publications, London, 1987.
18. Roberto Grilli, Accountability - Il Pensiero Scientifico Editore CARE n 4/2009
19. Carlo Levi, Le parole sono pietre. Tre giornate in Sicilia, Torino, Einaudi, 1955.
20. Costituzione della Repubblica Italiana, in Gazzetta Ufficiale, n. 298, Roma, Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, dicembre 1947
21. Stefania Cavagnoli, Il potere delle parole: la lingua come atto democratico https://www.treccani.it/magazine/atlanter/cultura/Il_potere_delle_parole.html
22. Tamara Baris, Il potere delle parole (e di chi le sa usare). A proposito del saggio di Vera Gheno il potere alle parole https://www.treccani.it/magazine/lingua_italiana/articoli/scritto_e_parlato/parole.html
23. François Rabelais, Gargantua e Pantagruelle - Collana Classici della Letteratura Europea, Milano, Bompiani, 2012
24. Gianluca Serafini, Le parole depauperate della sanità - L' Ospedale, n.2/2015
25. Gianluca Serafini, Evoluzione della professione del medico di Direzione Sanitaria negli ultimi decenni, L'Ospedale
26. Ludwig Josef Johann Wittgenstein, Ricerche filosofiche, Einaudi, Torino, 1967; Nuova ed., Einaudi, 1999.
27. Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità, Commissione Igiene e Sanità del Senato della Repubblica - gennaio 2018

28. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 - Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento
29. Stephen Littleword, Piccole Cose - Aforismi d'Autore – Il giardino dei libri – 2013
30. Fra Emiliano Antenucci, Le parole creano e distruggono <https://www.interris.it/in-caelis/le-parole-creano-e-distruggono/>
31. Ottavio Alessandro Nicastro Il governo delle relazioni nelle organizzazioni sanitarie, L'Ospedale, n.2/2009
32. Domenico Bodega, Le forme della leadership – Rizzoli, 2002
33. Bianca Straniero Sergio, Guido Stratta, RI-eVOLUZIONE Il potere della leadership gentile - Franco Angeli, 2021
34. Guido Stratta, Elogio della gentilezza - Origini e futuro - Franco Angeli 2024
35. Guido Stratta, Luca Brambilla, Leadership gentile. Dialoghi strategici - ACS 2024

LE PAROLE DELLA DIREZIONE SANITARIA

COERENZA

di Elide Azzan

Riferimenti etimologici/storici

La parola “coerenza” ha origine nel latino *cohaerentia*, derivato da *cohaerere* che a sua volta è composto da *co-* (insieme) e *haerere* (essere attaccato, aderire). In sostanza, la coerenza implica una connessione, un attaccamento, una compattezza, che può essere intesa sia in senso fisico sia in senso figurato, come ad esempio in un comportamento o in un ragionamento.

Significato e valenza attuale

La coerenza nella gestione organizzativa è fondamentale per garantire che ogni decisione e attività all'interno di un'Azienda Sanitaria sia in linea con la visione strategica stessa. Di seguito alcuni elementi utili ad interpretare il concetto.

- *Allineamento strategico e definizione degli obiettivi.* La coerenza presuppone una chiara definizione della missione, della visione e degli obiettivi dell'Azienda Sanitaria. Questi elementi devono essere comunicati in modo trasparente a tutti i livelli dell'organizzazione affinché ogni dipendente capisca come contribuire al quadro complessivo. Un sistema organizzativo che valorizza l'allineamento strategico riduce le ambiguità e stimola la collaborazione orientata a un obiettivo comune.

- *Leadership consistente e comunicazione trasparente.* Il Direttore Sanitario deve essere il primo modello di comportamento: mostrando chiarezza e costanza nelle decisioni e nella comunicazione incentiva un ambiente in cui i valori e le priorità aziendali si riflettono in ogni livello operativo. La comunicazione trasparente non solo rafforza la fiducia tra i team, ma permette anche di affrontare le criticità e i cambiamenti con un approccio univoco e condiviso.

- *Standard operativi e procedure integrate.* La definizione di processi e procedure standardizzate rappresenta il collante che tiene insieme le attività quotidiane. Tali standard aiutano a garantire che le azioni intraprese in diversi settori dell'organizzazione o in un ambito progettuale (es. edilizia ospedaliera, acquisizione di attrezzature, approvvigionamento dei farmaci, assegnazione di risorse umane, etc.) siano coerenti tra loro, riducendo conflitti interni e ottimizzando l'efficienza operativa. L'adozione di strumenti condivisi per il monitoraggio e la valutazione delle performance assicura che le pratiche operative siano costantemente allineate agli obiettivi aziendali.

- *Feedback, monitoraggio e adattamento.* Nessun sistema organizzativo può prescindere da meccanismi di revisione e *feedback* continuo. La coerenza si rafforza assumendo un approccio dinamico in cui il monitoraggio delle *performance* e delle decisioni permette di individuare eventuali scostamenti dalla strategia definita. Questo approccio proattivo consente di adattare le politiche e i metodi operativi mantenendo l'organizzazione sempre in linea con il suo percorso strategico.

- *Cultura aziendale e valori condivisi.* La coerenza non si limita ai processi e alle strategie formali, ma si radica anche nella cultura aziendale (e, quindi, delle persone). Promuovere valori condivisi e un ambiente in cui ogni membro si senta parte integrante del progetto aziendale rafforza l'impegno personale e collettivo. Una cultura organizzativa solida porta a comportamenti coerenti, in cui ogni decisione, anche al livello operativo, rispecchia i principi fondamentali della struttura stessa. Questi elementi, integrati in una gestione organizzativa coerente, non solo migliorano l'efficienza e l'efficacia dell'Azienda Sanitaria, ma creano anche un clima di fiducia e trasparenza che può fare la differenza nella resilienza e nel successo a lungo termine dell'organizzazione.

Prospettive di evoluzione semantica e "applicativa"

Essere coerenti in un ruolo direttivo significa saper dire ciò che si sa e fare ciò che si dice. La competenza organizzativa e gestionale, infatti, perde valore se non è supportata dalla continuità con cui si sostengono le soluzioni dei problemi passando attraverso la condivisione e, qualora necessaria, la mediazione. Atteggiamenti non uniformi e incostanti possono invalidare gli sforzi fatti in termini di realizzabilità, ma anche di coinvolgimento, prospettiva e sviluppo.

Le regole, se formalizzate e condivise, devono essere rispettate da tutti in egual misura - indipendentemente dal ruolo ricoperto - e in particolare da chi le ha promosse e diffuse.

Il cosiddetto "buon esempio" deve essere realmente praticato, pena la riduzione/perdita della credibilità del ruolo stesso. Nell'esercizio delle attività di Direzione Sanitaria, inoltre, la coerenza è spesso sinonimo di **coraggio** (gestionale e personale) e non può corrispondere alla "connivenza". Spesso le scelte organizzative non sono gradite e creano malumori e incomprensioni, ma è necessario mantenere la linearità delle decisioni e delle azioni conseguenti.

Riferimenti bibliografici

- G. Devoto, G.C. Oli, L. Serianini, M. Trifone - Nuovo Devoto-Oli. Il vocabolario dell'italiano contemporaneo - Edizione 2025 - Le Monnier Editore
- Dizionario dell'italiano Treccani - Edizione 2022 - Istituto della Enciclopedia Italiana - Treccani Editore

EFFICIENZA

di Franco Ripa

Riferimenti etimologici/storici

Il concetto di efficienza può essere trattato con una serie di approcci concettuali, anche appartenenti a discipline diverse.

Secondo il modello "giuridico", l'efficienza va considerata in riferimento agli input richiesti per il raggiungimento di un determinato scopo secondo una logica di allocazione razionale delle risorse disponibili. In questa prospettiva, si evidenzia un concetto di efficienza cd. tecnica ampiamente condiviso in letteratura: l'efficienza dell'amministrazione si misura dal rapporto tra gli effetti effettivamente ottenuti con le risorse disponibili e gli effetti massimi possibili con le risorse disponibili.[1] Secondo invece un approccio di tipo "economico", l'efficienza è il rapporto tra benefici e costi o, più in generale, tra il grado nel quale vengono raggiunti gli obiettivi e i mezzi utilizzati. In ambito economico l'obiettivo ultimo è il benessere sociale: si ha efficienza quando non si può accrescere il benessere sociale, utilizzando o allocando diversamente le risorse [2].

Significato e valenza attuale

In ambito "sanitario" l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha fornito la definizione della qualità dell'assistenza [3] come la disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre con la maggior probabilità l'esito di un'assistenza sanitaria ottimale, compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con i fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia di cui è affetto, le diagnosi secondarie concomitanti, le risposte al regime terapeutico, ed altri fattori connessi con:

- a) il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato;
 - b) il minor rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza di tale terapia;
 - c) la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza, alla sua personale interazione con il sistema sanitario ed i risultati ottenuti.
- Altresì secondo Donabedian [4], l'efficienza in ambito sanitario viene espressa dal rapporto tra i miglioramenti dello stato di salute e i costi responsabili di questi miglioramenti. Quindi l'efficienza potrebbe essere migliorata o incrementando gli effetti dell'assistenza o abbassando i costi o meglio facendo entrambe le cose.

Prospettive di evoluzione semantica e "applicativa"

In accordo con le teorie economiche, anche gli Ospedali possono essere considerati come aziende che utilizzano fattori produttivi (personale, tecnologie, apparecchiature, materiale sanitario, materiale non sanitario, ecc.) per la produzione di servizi ospedalieri in funzione del miglioramento delle condizioni di salute.

Ecco dunque che anche, per la Direzione Sanitaria, l'attenzione all'efficacia clinica

che da anni viene promossa dal movimento di Evidence Based Medicine deve essere coniugata con quella relativa all'efficienza economico-organizzativa, completando il delicato meccanismo volto a garantire la tutela della salute in relazione alle risorse disponibili.

Un Ospedale, come qualsiasi organizzazione produttiva, consuma risorse (input) per realizzare prodotti/servizi (output) attraverso il quale raggiungere esiti in termini di salute (outcome). L'efficienza si misura quindi in riferimento al rapporto tra input impiegati ed outcome ottenuti. Come tale l'efficienza è uno degli elementi maggiormente caratterizzanti le performance delle Strutture sanitarie.

In tale ambito un filone specifico per il miglioramento della performance è relativo al concetto di "spreco". Lo spreco in una organizzazione sanitaria è ogni attività, comportamento, bene e servizio che, utilizzando risorse, non produce risultati in termini di salute, benessere o qualità della vita e in generale "valore". Secondo l'OCSE [5], nelle diverse realtà, una parte della spesa sanitaria apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone.

Pertanto lo spreco può avere cause diverse: inappropriata, utilizzo di interventi sanitari inefficaci, sovra- e sottoutilizzo di interventi sanitari, standard qualitativi bassi, errori medici, mancata innovazione, allocazione delle risorse errata e non motivata, complessità amministrative, scorretta gestione di dotazioni, beni e servizi, spreco di tempo, non rispetto di standard di qualità, acquisto a costi eccessivi di tecnologie e beni, progettazione incompleta o mancato completamento di opere, ecc.

Su tutti questi fattori è necessario agire per il miglioramento della efficienza nei servizi sanitari.

Riferimenti bibliografici

- [1] Waldo D. The Administrative State. New York, 1948, 191
- [2] Treccani. Dizionario di economia e finanza. 2012
- [3] WHO. The principles of quality assurance. Regional Office for Europe, Euro Report N. 94, 19859
- [4] Donabedian A. La qualità dell'assistenza sanitaria. NIS 1990
- [5] OECD. Tackling Wasteful Spending on Health. 2017

INTELLIGENZA

di Luigi Bertinato

Riferimenti etimologici/storici

La parola Intelligenza è una parola dal significato amplissimo, dalle infinite collocazioni, costellazioni, sfumature, in cui nuotare dentro.

Per un riflesso condizionato siamo oramai portati subito a tradurla in Intelligenza Artificiale.

Piace pensarla come gli antichi (e anche come la pensava Franco Battiato), come "Anima del Mondo", come quel respiro universale che anima ogni fibra dell'universo. Intelligenza è un dato di fatto: tutti i viventi, piante comprese, ne sono dotati. L'espressione "intelligenza come anima del mondo" si riferisce a un'idea filosofica secondo cui il mondo, o l'universo, è dotato di una forma di intelligenza, o coscienza, che permea ogni cosa e la collega in un unico sistema. Questa intelligenza, spesso paragonata a un'anima, sarebbe responsabile della vita, della natura e dell'ordine del cosmo. L'intelligenza non sta dentro le nostre teste. Secondo un ostinato pregiudizio dualistico la mente è una prerogativa solo umana; tutto il resto del mondo, dagli animali passando per le piante fino alle cose, ne è sostanzialmente privo. Un pregiudizio che non smette di essere operativo anche se estendiamo di un po' i confini del mentale, ad esempio come fanno gli studiosi del comportamento animale, oppure da ultimo i botanici cognitivisti. Il punto è che la mente rimane qualcosa che sta dentro, di cui le cose, invece, sono prive (cosa vuol dire, per la metafisica, un'entità priva di mente). Eppure secondo il Platone del Timeo, «si deve dire che questo mondo è un essere vivente, dotato di anima e di intelligenza». La mente non sta dentro, la mente, il pensiero, il ragionamento è fuori, nel mondo, direttamente nelle cose. Il mondo non è fatto di entità mentali da un lato e di cose dall'altro: il mondo, cioè il cosmo animato di Platone, è fatto di relazioni intelligenti, a qualunque livello.

Esiste una intelligenza della Natura, come insegnano un grande scrittore e un grande romanzo come *il sussurro del mondo* di Richard Powers. Ma l'intelligenza è anche un dovere, una virtù da coltivare ed esercitare: lo è dal punto di vista organico, di sollecitazione continua e corretta dei nostri neuroni; e lo è dal punto di vista morale, di attenzione alle cose che accadono e agli altri.

Questa intelligenza diffusa e non umana è *il tema delle Menti parallele* di Laura Tripaldi, una chimica filosofa (in effetti se c'è una scienza intrinsecamente filosofica questa è senza dubbio la chimica), *un libro* che racconta la "nuova" scienza del pensiero "all'interfaccia". In effetti lo scacco del dualismo mente/corpo, ossia il dualismo interno/esterno, non consiste tanto nel trascinare fuori la mente dal chiuso del cranio, quanto dal proporre un'idea diversa di intelligenza, che nasce dall'incontro fra le cose. La mente è superficiale, fra interno ed esterno appunto:

«L'interfaccia, in chimica, è definita proprio come la regione in cui due sostanze, dotate di proprietà chimico-fisiche diverse, si incontrano» (Tripaldi 2020,). In questo modo il dualismo che contrappone il dentro al fuori (lo spirito alla materia) viene disattivato, e l'intelligenza diventa una proprietà puramente relazionale.

Per molto tempo ha predominato la convinzione che l'essere umano detenesse una sorta di monopolio sull'intelligenza, questo nuovo sguardo scientifico ci ha permesso di scoprire che non soltanto gli animali più vicini a noi, come i mammiferi, ma anche gli organismi invertebrati, le piante e i funghi sono, in realtà, soggetti al centro di un ricchissimo universo percettivo e relazionale, che mette radicalmente in discussione la nostra idea di che cos'è una mente.

Molti di questi soggetti possiedono menti orizzontali e delocalizzate: sono capaci di pensare non con un organo specifico, ma con tutto il proprio corpo, se non, addirittura, al di fuori dei confini del loro stesso organismo.

Scoprire anche l'intelligenza dei materiali non è soltanto un esercizio concettuale, volto a estendere la nozione di intelligenza, ma anche al dominio della materia non (strettamente) vivente. Al contrario: investigare queste menti materiali significa soprattutto cercare di trovare la radice comune di tutte le intelligenze nella vitalità intrinseca della materia che le compone.

L'esito finale di questa svolta ontologica o animista consiste, ovviamente, nella messa in questione di un'altra distinzione consolidata, quella fra fenomeni viventi e fenomeni puramente materiali. Non si tratta solo di sottolineare come la chimica di base della vita non sia diversa da quella degli aggregati non viventi, quanto piuttosto ridefinire la natura stessa della materia. Il presupposto dualistico, quello che privilegia il soggetto umano rispetto al resto della natura (l'antropocene comincia quando un mammifero dotato di parola si dice "io"), si basa su un'idea della materia come, appunto, semplice materiale inerte in attesa di ricevere una forma.

Si tratta invece di cominciare a vedere che questa materia "bruta" non esiste, o meglio esiste solo nei sogni dualistici dell'antropocentrismo.

In realtà «la materia chimica, organica o inorganica che sia, è attiva e dinamica, capace di formare organizzazioni complesse su diverse scale, di evolversi e di modificare spontaneamente la propria struttura in risposta all'ambiente».

Ma senza la "materia" non ha più senso tracciare una distinzione assoluta fra vita e non vita, e quindi fra vita e morte.

Questo nuovo animismo pieno di chimica e di biologia, ha permesso all'umanità, o in parte di essa, di avere una visione del mondo di cui l'umano occupa una posizione importante ma nient'affatto centrale.

La vita diventa così intelligente, la materia altrettanto intelligente. E d'altronde che cosa è il virus se non un'incomprensibile – per noi limitate creature dualistiche – intelligenza non umana?

Così lo è stato per il sars-cov 2 e tutti noi ce lo ricordiamo benissimo.

Significato e valenza attuale

La lezione più importante che possiamo imparare da questi sistemi è che l'intelligenza emerge dalle relazioni e cioè da un insieme di interazioni semplici in una collettività di elementi può far emergere proprietà che le singole componenti del sistema, da sole, non possedevano.

L'intelligenza può essere considerata, allora, una proprietà emergente di quei sistemi che abbiamo imparato a chiamare sistemi complessi, in cui una molteplicità di relazioni parallele producono dal basso diverse forme di auto-organizzazione. Quello che è interessante di questa visione dell'intelligenza è che non dipende dalla natura specifica delle componenti che la costituiscono, e per questo è stata osservata trasversalmente in numerosi ambiti diversi: dalla fisica quantistica alla biologia, dalla psicologia all'informatica.

Scriveva Simone Weil in una lettera a Joë Bousquet nel 1942, un anno prima di morire: «L'attenzione è la forma più rara e più pura della generosità. A pochissimi spiriti è dato scoprire che le cose e gli esseri esistono». E mai come in questo fosco periodo storico, le menti, intelligenti o meno, annebiate da una coltre di guerra, avrebbero bisogno di "attenzione". Pensiero mai così attuale come in questo periodo storico.

L'intelligenza riguarda gli individui, ma anche i sistemi complessi, i sistemi organici, la lingua, i sistemi economici, informatici e militari che hanno una loro autonomia e anche una loro "inevitabile" intelligenza che sovrasta e spesso si rende indipendente (se non nemica) da quella dei singoli individui.

Il sistema sanitario, come quello italiano, è un tipico sistema complesso caratterizzato da numerosi elementi interconnessi che influenzano l'uno l'altro. La sua complessità deriva dalla molteplicità di attori coinvolti nel fornire assistenza sanitaria alla popolazione, dalla varietà delle prestazioni sanitarie offerte, dalla necessità di gestire risorse limitate e dalla presenza di diverse normative e regolamenti spesso in contrasto tra loro.

Guardando al suo futuro si parla di "Smart Health" che è, letteralmente, la sanità intelligente e cioè la sanità che utilizza i dispositivi IoT per scambiare ed elaborare in tempo reale dati utili al miglioramento della qualità della vita individuale e collettiva. La "Smart Health" si riferisce all'uso di tecnologie digitali e di intelligenza artificiale per migliorare l'assistenza sanitaria e la gestione della salute. Questo può includere una serie di tecnologie e applicazioni, come l'uso di dispositivi di monitoraggio della salute in remoto. Anche ogni singola Direzione Sanitaria è un esempio di sistema complesso perché coinvolge molteplici fattori, tra cui personale, risorse, pazienti e procedure, che interagiscono tra loro in modo dinamico. Stupisce, peraltro, la difficoltà di trovare un contrario esatto, perfetto, di intelligenza. L'assenza completa di intelligenza non si riesce a declinare. Potrebbe essere la stupidità, ma anche la stupidità ha una sua propria intelligenza. Insomma, "Intelligenza" è un tema filosofico per eccellenza, che si rispecchia in una variopinta quantità di realtà.

Prospettive di evoluzione semantica e “applicativa”

Tra le parole della direzione sanitaria, oggi come oggi, si deve certamente parlare di intelligenza artificiale. Ciò vale per tutte le altre professioni sanitarie.

L'intelligenza artificiale (IA) in sanità si riferisce all'applicazione dell'IA per migliorare la diagnosi, il trattamento e la gestione delle malattie, oltre a supportare la ricerca medica e ottimizzare i flussi di lavoro negli ospedali. L'IA utilizza algoritmi di machine learning per analizzare grandi quantità di dati sanitari, identificando modelli e tendenze che potrebbero sfuggire all'occhio umano. Le applicazioni dell'IA in Direzione Sanitaria sono oggi molteplici e in continua crescita. Molte di queste sono a supporto della clinica e della diagnostica: tra le aree più promettenti troviamo: diagnosi assistita, supporto decisionale clinico, robotica chirurgica, gestione dei flussi e delle risorse, analisi predittiva e medicina personalizzata con ulteriori prospettive legate a sanità digitale, interoperabilità dei dati, e integrazione territoriale.

La pluralità delle “intelligenze” si può esprimere a livello di Intelligenza clinica, di Intelligenza organizzativa e gestionale, di Intelligenza relazionale ed empatica, di Intelligenza etica e di Intelligenza economico-sistemica.

Il rapporto tra intelligenza umana e intelligenza artificiale nel governo clinico si manifesta nel cambio sorprendente della presa in carico ospedaliera e territoriale, del cambio dalla semeiotica alla robotica fino all'uso dell'IA per la medicina di precisione e per la gestione delle cronicità.

L'IA nel governo delle strutture sanitarie produce già applicazioni per la gestione ospedaliera, i flussi, l'allocazione delle risorse, modelli predittivi, logistica sanitaria, gestione delle emergenze. Nel supporto al management, si pone tra l'efficienza operativa e la qualità delle cure, con attenzione particolare alla dimensione economica della sanità, alla sostenibilità del SSN e di conseguenza a quale valore crea per il paziente e per il sistema.

Per quanto riguarda le intelligenze etiche la governance dell'IA in sanità avrà bisogno di una sua etica sanitaria, di una sua etica allocativa, e ancor di più di un'etica dell'intelligenza artificiale che passi dal diritto alla salute, dall'equità e dall'uso responsabile dell'IA sulla gestione dei dati e di etica dell'algoritmo per chi decide e per come si decide.

Infine per l'utilizzo della AI a supporto della Direzione Sanitaria la si può già utilizzare per la “Diagnostica assistita dall'IA” ed in particolare per:

- I sistemi di intelligenza artificiale che affiancano le nuove professioni sanitarie ed in particolare quelle già espresse dalla radiologia
- nell'analisi di immagini (come radiografie, TAC e risonanze magnetiche), fornendo un supporto prezioso per l'identificazione di anomalie e patologie con un alto grado di precisione e dove le nuove diagnosi vengono subito elaborate e trasmesse in Direzione per la corretta gestione del paziente nei percorsi diagnostico-terapeutici dedicati
- In Robotica chirurgica: robot chirurgici assistiti da IA consentono di eseguire

interventi con una precisione e una mini-invasività mai viste prima, migliorando sensibilmente i risultati per i pazienti. La valutazione HTA destinata a questi robot viene messa a disposizione della Direzione in tempo reale così come l'efficienza in esercizio e l'eventuale senescenza tecnologica.

- Nella gestione dei dati sanitari e analisi predittiva: l'IA permette di analizzare enormi volumi di dati sanitari, scoprendo modelli e correlazioni che possono essere utilizzati per predire il rischio di malattie e per personalizzare le cure, ma anche “bed management” e “personalized cancer and gene therapies” per quanto di responsabilità della direzione medica di presidio a loro supporto organizzativo,
- Nell'ospedale intelligente che opera attraverso l'utilizzo di wearable technology, - medical imaging, genetic sequencing, mHealth apps, telemedicina.

Riferimenti bibliografici

- Anima mundi. L'intelligenza delle cose di Felice Cimatti - 22 Marzo 2021-Morgana web
- Laura Tripaldi, Menti parallele. Scoprire l'intelligenza dei materiali, Effequ, Firenze 2020.
- Platone, Timeo, a cura di Francesco Fronterotta, Biblioteca Universale Rizzoli, Milano 2003.
- Il sussurro del mondo di Richard Powers La nave di Teseo, 2019
- Corrispondenza-Progetto di una formazione di infermiere di prima linea: di Simone Weil, Joë Bousquet, SE, 2005

LEADERSHIP

di Giorgio Mazzi

*O Grande Spirito,
concedimi la serenità di accettare le cose che non posso cambiare,
il coraggio di cambiare le cose che posso cambiare,
e la saggezza di capirne la differenza”
(preghiera Cherokee)*

La leadership è la capacità di una persona di guidare individui, gruppi o organizzazioni verso il raggiungimento di obiettivi comuni.

Un leader efficace non si limita a dirigere, ma ispira, influenza e motiva gli altri, guadagnandosi fiducia e rispetto grazie alla propria integrità personale e alla coerenza tra parole e azioni.

La leadership è una qualità fondamentale nel mondo del lavoro. Chi dirige un'organizzazione, un'azienda o un progetto ha la responsabilità di prendere decisioni e creare sintesi tra diverse esigenze con l'autorevolezza necessaria per convincere gli altri della validità delle proprie decisioni.

La leadership si manifesta attraverso azioni concrete più che tramite un titolo formale. Un vero leader si distingue per la capacità di essere fonte di ispirazione e di costruire relazioni basate su fiducia e rispetto reciproco, piuttosto che sul potere gerarchico o sull'autorità imposta.

Saper bilanciare obiettivi organizzativi con il benessere delle persone è una prerogativa del leader, che, come afferma R. Dilts “sa creare un mondo al quale le persone desiderino appartenere”.

Un leader efficace sa guardare oltre la contingenza, anticipando scenari futuri e preparando l'organizzazione ad affrontarli, rendendo tutti consapevoli della direzione da seguire, ponendo attenzione all'effetto delle proprie scelte sulla qualità della vita delle persone, della comunità professionale alla quale si rivolge.

Talvolta i concetti di **leadership** e **management** vengono utilizzati come sinonimi. In realtà sono strettamente correlati ed interdipendenti tra loro, ma profondamente distinti nell'agire quotidiano.

Il **manager** si focalizza sull'organizzazione dell'operatività quotidiana allo scopo di raggiungere obiettivi ben definiti, mentre il **leader** motiva le persone ad abbracciare questa prospettiva, responsabilizzando il contributo di ciascuno.

Caratteristiche del Leader

Una leadership affidabile e strutturata richiede innanzitutto un'elevata integrità personale, percepibile da chiunque si relazioni con lui/lei. E questa integrità si manifesta nella coerenza del suo pensiero e delle sue azioni, nella trasparenza delle sue decisioni e nel rispetto dei valori dichiarati.

L'empatia e l'intelligenza emotiva completano il profilo del leader efficace: com-

prendere le dinamiche che regolano i rapporti fra le persone, la capacità di ascolto e la sensibilità verso le esigenze degli interlocutori e dei collaboratori sono il presupposto per instaurare relazioni proficue ed autentiche, che motivano le persone a camminare sul percorso tracciato dal leader.

Potere, autorità ed autorevolezza: leadership vera e falsa

A differenza del potere, che si riferisce alla mera capacità di raggiungere scopi e imporre la propria volontà, l'autorità implica una giustificazione e un diritto riconosciuti all'esercizio di quel potere.

In altre parole, l'autorità è un potere **legittimato** che viene agito in ragione di una nomina formale o di una posizione gerarchica formalmente assegnata per l'esercizio di una funzione.

Nelle Aziende, spesso i comportamenti autoritari vengono tratteggiati o interpretati come forme di leadership.

In realtà **ne sono l'esatto opposto**, perché il leader non necessariamente ha attribuzioni di incarichi che ne legittimano il ruolo.

Il falso leader tenta di imporre la propria volontà senza ottenere vero consenso, spesso basandosi sull'incarico che ricopre e sulla manipolazione piuttosto che sull'influenza reale; utilizza tecniche persuasive non trasparenti per influenzare gli altri, evitando il confronto diretto e il dialogo aperto.

Il vero leader, invece è autorevole per competenza, rispetto, influenza personale senza che ciò necessariamente derivi dalla formalizzazione di una nomina.

La vera leadership è quella che genera fiducia, coinvolgimento e risultati duraturi, perché si fonda sull'onestà, sulla coerenza e sulla trasparenza.

Leader si nasce o si diventa?

Per la **Trait Theory**, (Ausburn et al. (2014) e Baltodano et al. (2012), gli individui hanno caratteristiche specifiche (intelligenza, fiducia in se stessi, che li predispongono ai ruoli di leadership. Secondo questa prospettiva, qualità come intelligenza, carisma, fiducia in sé e risolutezza sono caratteristiche innate per ruoli di leadership.

Contrariamente, la **Behavioral Theory** (cd, Comportamentismo), sviluppata fra l'inizio e la metà del secolo scorso, afferma che l'essere umano apprende, viene influenzato e rafforzato dall'ambiente che lo circonda e, pertanto la leadership deriva da comportamenti osservati ed appresi, anziché da caratteristiche innate. Anche **McKinsey**, ritiene che una buona leadership si esprima spesso attraverso l'apprendimento ed il comportamento piuttosto che attraverso la personalità.

Competenze di un leader

- Visione
- Strategia per il raggiungimento de risultati

- Comunicazione efficace.
- Promozione dell'autonomia e dell'efficacia delle scelte.
- Costruzione del team e creazione di un ambiente di lavoro coeso e favorevole.
- Capacità di guidare il cambiamento

Stili di leadership

Secondo Daniel Lewin sono 6 gli stili di leadership

- **Autorevole**, che ispira e muove le persone verso un obiettivo comune, lasciando che siano i membri stessi a trovare la strada più adatta.
- **Coaching**, che collega gli obiettivi personali del singolo con quelli dell'organizzazione incoraggiando e concentrando sullo sviluppo degli altri per il successo futuro
- **Collaborativa**, che promuove l'armonia all'interno del team, mettendo in contatto le persone, incoraggiando l'inclusione e risolvendo i conflitti
- **Democratica**, che si basa sulla collaborazione e la creazione del consenso
- **Programmatica**, basata su aspettative di eccellenza. si concentra sulle prestazioni e sul raggiungimento degli obiettivi.
- **Coercitiva o Direttiva**, che impone la propria vision, esige rispetto, non ammette repliche e non accetta i fallimenti.

Leadership del Direttore Sanitario

La **leadership del Direttore Sanitario** oltre alle competenze tecniche e gestionali, richiede una forte capacità di **guidare, ispirare e coordinare** i collaboratori, il personale i processi per raggiungere gli obiettivi di tutela della salute dei pazienti, di pianificazione ottimale delle attività cliniche ed assistenziali, di gestione efficiente delle risorse umane e materiali affidategli.

Ciò comporta necessariamente l'adozione di diversi stili di leadership in relazione alla tipologia degli obiettivi e delle risorse necessarie per conseguirli.

• *Stile Coercitivo o Direttivo*

Sebbene non debba essere lo stile predominante, in situazioni di emergenza, di crisi o quando è necessaria una decisione rapida e univoca (es. gestione di un'epidemia, riorganizzazione urgente di un reparto, situazioni potenzialmente critiche in grado di compromettere la salute dei pazienti o, la reputazione della Struttura), il DMPO deve essere in grado di adottare uno stile più direttivo, impartendo istruzioni chiare e precise.

• *Stile di Coaching*

Per lo sviluppo dei professionisti e per la crescita della qualità clinica ed assistenziale, il DMPO dovrebbe agire come coach, perché gli viene richiesto di

- fornire feedback costruttivi ed orientati al miglioramento;
- identificare le best practice e i professionisti più capaci per applicarle

- guidare i professionisti meno esperti

• *Stile Collaborativo*

Il DMPO opera in un ecosistema complesso che include altre figure di Direzione (Direttore Generale, Direttore Sanitario Aziendale, Direttore Amministrativo, Direttore delle Professioni Sanitarie), medici, infermieri, personale tecnico, sindacati e stakeholder esterni.

Questa varietà di interlocutori esige la capacità di:

- costruire relazioni solide, interpersonali e professionali,
- promuovere il lavoro di squadra,
- mediare i conflitti
- essere esempio di integrità, di coerenza fra parole ed azioni, rispetto di normative e procedure, dedizione al paziente, cura della qualità dell'assistenza

Conclusioni

In un mondo caratterizzato da continui mutamenti ed incertezze, dove le organizzazioni sono sempre più impegnate a ripensare e a ridisegnare la propria cultura e le proprie azioni, la figura del leader è chiamata a percorrere strade insolite o compromesse, come catalizzatore di nuovi modi di vivere nell'organizzazione e come attivatore e facilitatore del cambiamento.

È indispensabile uno stile di leadership evoluto e innovativo, capace di proiettare una visione chiara della direzione da seguire, di tenere un atteggiamento aperto e costruttivo, di trasformare qualsiasi tipo di problema in un'opportunità di crescita, di mobilitare in ogni individuo tutta l'energia che può esprimere, di costituire un fondamentale punto di riferimento per tutti.

È uno stile in cui convivono da un lato la capacità di entrare in sintonia con i collaboratori, soprattutto sul piano emotivo, e dall'altro la capacità di agire su tutte le componenti interne ed esterne del "sistema azienda".

In un tempo dove l'unica costante è il cambiamento, la vita dell'organizzazione non è più determinata solo dall'ambiente in cui agisce o dalle consuetudini che muovono il suo sistema interno: ciò che fa la differenza è la spinta evolutiva che riesce a realizzare.

In questa prospettiva Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero non può adottare un unico stile di leadership.

Deve essere un leader situazionale, capace di modulare il proprio approccio in base al contesto, alle persone e agli obiettivi. La sua leadership deve essere **direttiva** nella visione, **collaborativa** nel supporto, **democratica** nel coinvolgimento, ma anche **autorevole** quando la situazione lo richiede, rimanendo sempre fedele ad un forte orientamento etico e di servizio.

PROGETTO

di Giovanni Pieroni

Riferimenti etimologici/storici

La parola "*progetto*" deriva dal latino *proiectum*, participio passato del verbo *proicere*, composto da *pro* (avanti) e *jacere* (gettare), letteralmente traducibile con gettare avanti.

La prima comparsa del termine "*progetto*" è difficile da attribuire con precisione poiché la storia del termine è lunga e complessa. La sua evoluzione è stata influenzata da molti fattori culturali e linguistici e nel corso dei secoli ha assunto diversi significati e connotazioni rispetto ai vari ambiti in cui è stato comunemente utilizzato. Nell'uso comune il termine è stato sempre collegato alla ideazione e realizzazione di un prodotto (tramite disegni, modelli, calcoli, relazioni) e solo più recentemente all'ambito organizzativo e dei servizi, sebbene la parola sia spesso connotata con accezioni meno definite e più vaghe, progetto come idea, proposito, cioè qualcosa che si ha intenzione di intraprendere.

Significato e valenza attuale

Il termine "*progetto*" è oggi utilizzato in contesti e discipline diversi, come l'architettura, l'ingegneria, la programmazione, la gestione aziendale e molti altri, compreso l'ambito sanitario.

In genere indica un piano dettagliato e strutturato di azioni per raggiungere un obiettivo specifico e che secondo l'ontologia heideggeriana dovrebbe precedere ogni azione, sia individuale che collettiva. Esistono molte definizioni tecnico-scientifiche di cosa sia un progetto. Per sintesi si riporta quella riferita alla norma UNI ISO 21500:2013 - Guida alla Gestione dei Progetti, che recita "*un progetto è costituito da un insieme di processi che comprendono attività coordinate e controllate, con date di inizio e di fine, realizzate allo scopo di conseguire gli obiettivi del progetto stesso, nel rispetto di vincoli interdipendenti di costi, tempi e qualità*".

Questa definizione introduce implicitamente il riferimento al "ciclo di vita" di un progetto, suddiviso classicamente in cinque fasi (avvio, pianificazione, esecuzione, monitoraggio e chiusura) e alla disciplina del Project Management, intesa come l'applicazione, a opera di un project manager, di conoscenze, strumenti e tecniche, all'insieme di tutte quelle attività finalizzate alla gestione di un progetto, al raggiungimento degli obiettivi da esso preposti e alla pianificazione e controllo di tutte le fasi che lo compongono.

Nelle organizzazioni sanitarie il termine progetto e la sua estensione operativa, la "*progettazione*", sono ampiamente utilizzati e spesso intesi come parte di un processo di pianificazione più ampio e sovraordinato, istituzionale o strategico, che ne definisce gli scopi ed i confini.

Il termine nell'accezione più comune rimanda immediatamente alla realizzazione

di nuovi ospedali o alla ristrutturazione e rifunzionalizzazione di edifici esistenti e tuttavia i progetti di gran lunga più frequenti, più importanti e più comuni sono quelli di natura organizzativa e clinico assistenziali, rivolti all'assetto dei servizi e alla tutela e alla promozione della salute.

Nel caso dei progetti di edilizia sanitaria l'obiettivo è quello di realizzare strutture capaci di favorire le sinergie e l'integrazione tra i diversi settori operativi, garantire la sicurezza di pazienti ed operatori, assicurare l'upgrade tecnologico, aumentare il comfort alberghiero, migliorare i costi di gestione e l'efficienza energetica della struttura in funzione della sostenibilità complessiva.

Dall'altra parte i progetti sui servizi e sugli assetti organizzativi finalizzati a massimizzare outcome ed output, i progetti di ricerca per studiare nuove terapie e tecnologie, i progetti di prevenzione per ridurre il rischio di malattie, i progetti per migliorare la qualità della vita dei pazienti, sono solo alcuni esempi di come e quanto "il progettare" sia un elemento fondamentale per ottimizzare lo svolgimento delle complesse attività clinico assistenziali e promuovere lo sviluppo e l'innovazione dei servizi sanitari e dei relativi "processi produttivi", siano essi ospedalieri o territoriali.

È del tutto evidente che in sanità, un ambiente particolarmente complesso, ad alta intensità di conoscenza e con deboli meccanismi di coordinamento, l'ideazione, la definizione e la realizzazione di progetti di qualsiasi natura debba necessariamente coinvolgere una pluralità di attori e portatori di interesse. In questo quadro un ruolo fondamentale di promozione e coordinamento è riservato a chi occupa posizioni direttive ed è investito di responsabilità organizzative, come nel caso del Direttore Sanitario e dei Direttori Medici di Ospedale (DMO) che per funzione, formazione e visione di sistema, sono chiamati a sostenere il miglioramento delle performance e della qualità delle cure.

In generale le fasi e la metodologia per definire e realizzare un progetto nelle organizzazioni sanitarie non differiscono da quelle applicate in altri settori anche se spesso, in un ambito tanto articolato e a seconda della natura del progetto, occorre tenere conto di una certa eterogeneità delle fonti di regolazione che spaziano dalle linee guida di stampo tipicamente professionale, a norme di buona tecnica, a specifici e definiti ambiti regolatori, come ad esempio le GCP degli studi clinici. Indipendentemente dalla natura dell'intervento le tecniche di Project Management forniscono un valido supporto per analizzare e monitorare le numerose variabili in gioco nello sviluppo e nella realizzazione di un progetto e quindi anche in sanità è sempre più frequente avvalersi di esperti del settore esterni all'organizzazione, ovvero di personale direttamente coinvolto nel team di progettazione ma adeguatamente formato a tale tecnica.

In ultimo, se è vero che ogni buon progetto è in genere caratterizzato da un alto livello di definizione, standardizzazione e riproducibilità, è altrettanto vero che in sanità è quanto mai opportuno evitare rigidi schematismi e prevedere quale valore aggiunto del progetto stesso anche un certo grado di adattabilità ad un contesto in continuo divenire. Il requisito della “flessibilità”, imprescindibile nei progetti di edilizia sanitaria destinati a realizzare strutture che dovranno funzionare per decenni, si applica il più delle volte anche ai progetti di tipo organizzativo. Tale esigenza è imposta dalla costante evoluzione delle conoscenze in ambito clinico, dall’incessante progresso tecnologico, dalla frequente asincronia a livello locale nell’adozione di progetti già validati a livello di sistema e, non ultimo, dalla pluralità di professionisti che in sinergia ma con precisi ambiti di responsabilità ed autonomia concorrono alla definizione e all’innovazione dei percorsi clinici e dei processi “produttivi”.

In sintesi, un progetto per quanto valido in un determinato contesto e in una determinata fase, risulterà di maggior valore se caratterizzato da qualche grado di flessibilità che assicuri la possibilità di essere almeno parzialmente adattato al mutare di questi elementi.

Prospettive di evoluzione semantica e “applicativa”

L’evoluzione incessante delle tecnologie sanitarie, delle scienze informatiche, delle conoscenze relative ai determinanti delle patologie, da quelli biologici a quelli sociali ed ambientali, insieme alle opportunità offerte dalla disponibilità di enormi quantità di informazioni e dall’analisi dei big data, aprono grandi prospettive verso l’innovazione dei sistemi di cura e pongono sfide impegnative ad ogni sistema sanitario per garantire un equo accesso ai servizi.

Date queste premesse la progettazione in ambito sanitario, seppure già molto ricca di indirizzi e contenuti, potrebbe ulteriormente evolvere ed assumere un ruolo ancora più decisivo per individuare soluzioni capaci di massimizzare l’efficacia, l’efficienza e la sostenibilità dei diversi sistemi sanitari, migliorando il difficile e precario equilibrio tra le risorse disponibili, i bisogni da soddisfare e i servizi da garantire alla popolazione.

Tutto ciò a patto che nel fare “progetti” si tenga conto della necessità di prevedere sempre più apporti da una molteplicità di discipline e di attori in quanto il vasto campo delle conoscenze oggi disponibili rende imprescindibili collaborazioni eterogenee e un effettivo connubio tra regole del gioco “istituzionali” e sovraordinate, regole “razionali” tipiche del management aziendale e regole “professionali” tipiche degli attori sanitari, spesso in apparente contrapposizione. Quindi nel prossimo futuro i progetti in sanità, tra le possibili opzioni, potrebbero:

- avvalersi sempre più delle tecnologie informatiche e dell’intelligenza artificiale per migliorare e personalizzare la diagnosi e la cura oltre che assicurare un’effettiva presa in carico dei pazienti con patologie croniche.
- focalizzarsi maggiormente sulla prevenzione e sulla promozione della salute

- considerare l’impatto ambientale e sociale sulla salute
- coinvolgere maggiormente i pazienti e le comunità nella pianificazione dei progetti

In questo scenario la scelta di “guardare avanti”, l’agire in prospettiva, l’attenzione all’innovazione, l’ideazione di soluzioni e lo studio delle migliori modalità per realizzarle, in pratica la capacità di definire e realizzare progetti in collaborazione con esperti di diversi ed eterogenei ambiti disciplinari, dovrebbe rappresentare sempre più, accanto alle tipiche competenze tecnico professionali, una delle sfide principali e il tratto distintivo di ogni équipe di Direzione Sanitaria.

Questo obiettivo e questo atteggiamento sono spesso frenati dalla considerazione che la scarsità di risorse, umane e finanziarie, limita sul nascere la propensione all’elaborazione di nuovi progetti.

A tale riguardo un illustre Direttore Sanitario, un Maestro, incitava i colleghi ad avere sempre ed almeno *“un progetto nel cassetto”* nella certezza che *“un buon progetto è spesso in grado di suscitare interesse e quindi attrarre le relative risorse per essere realizzato, mentre la disponibilità a priori di risorse e finanziamenti non è detto che generi sempre un progetto utile e di buona qualità”*.

Riferimenti bibliografici

- N. Zingarelli et al. Lo Zingarelli 2024. Vocabolario della lingua italiana – Zanichelli Editore
- Enciclopedia Italiana Treccani - VI Appendice (2000) – Treccani Editore
- M. Heidegger. Essere e tempo. Longanesi, ed. 2005
- Russell D. Archibald. Project management La gestione di progetti e programmi complessi. FrancoAngeli, 10^a edizione, 2004
- PM World Journal - (<https://pmworldjournal.com/>)
- A. Cicchetti. La progettazione organizzativa: principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie. FrancoAngeli, 2004

SICUREZZA

di Clemente Ponzetti

Riferimenti etimologici/storici

La parola italiana sicurezza deriva dal latino *securitas*, termine formato dalla particella *sine* (“senza”) e *cura* (“premura, attenzione”). Originariamente, quindi, indicava l’assenza di preoccupazioni o timori, ma nel tempo ha acquisito connotazioni positive legate alla protezione del singolo e/o al benessere collettivo.

L’evoluzione semantica ha fatto sì che nel passaggio dal latino al volgare, *securitas* si sia trasformata in *securitas*, poi in *sicurezza*; parallelamente questa trasformazione riflette il passaggio da un mero stato d’animo (assenza di ansia) a una condizione effettiva di protezione e prevenzione dai pericoli.

Storicamente, nell’antica Roma, *Securitas* era anche divinità che personificava la tranquillità dell’Impero che veniva raffigurata su monete e statue, spesso appoggiata a una colonna, per evocare stabilità e calma, soprattutto nei periodi d’instabilità politica o militare. L’uso propagandistico di questa immagine sottolineava proprio la duplice accezione di “assenza di timore”.

Nel primo Medioevo la sicurezza era soprattutto un privilegio personale garantito dal signore locale o dal vassallo più potente. I castelli e le milizie private servivano a difendere il territorio e a scoraggiare attacchi esterni, ma non esisteva ancora un’idea di sicurezza collettiva come servizio pubblico.

Con l’affermarsi dei “Comuni” tra XII e XIV secolo, le città italiane istituirono milizie cittadine incaricate di sorvegliare le mura e i mercati. Gli “edili” garantivano un turno di guardia notturno e diurno, proteggendo beni pubblici e privati e regolando l’ordine urbano attraverso ronde e torri di avvistamento. I comuni toscani, a partire da città come Siena, codificarono negli statuti disposizioni precise sui turni di guardia, le pene per l’omissione di sorveglianza e le tariffe per l’ingaggio delle guardie. Questo passaggio segnò la trasformazione del significato da quello di una sicurezza “senza paura” intesa come assenza di ansia ad un modello organizzato di prevenzione dell’evento avverso o del crimine e responsabilità collettiva.

Significato e valenza attuale

Oggi la sicurezza assume un significato ampio che abbraccia sia la “safety” – libertà da rischi inaccettabili di danno – sia la “security” – protezione da minacce intenzionali come furti, vandalismi o attacchi informatici. L’idea di rischio zero rimane teorica, ma l’applicazione di norme, standard internazionali e tecnologie avanzate ha spinto la qualità della vita verso livelli di protezione sempre più elevati. La sicurezza è la condizione che rende o fa sentire di essere esenti da pericoli e offre la possibilità di prevenire, eliminare o rendere meno gravi danni, rischi ed eventualità spiacevoli; operativamente implica una serie di misure tecniche, amministrative e legali volte a tutelare la collettività, proteggendo beni materiali,

persone e informazioni.

Nella maggior parte delle Nazioni che si sono dotate di una legislazione stabile ma capace di evolvere con il modificarsi della Società, il concetto di sicurezza appare strettamente legato ai diritti e doveri di ogni cittadino, sia in ambito civile che lavorativo. *La sicurezza è un diritto fondamentale, sancito dalle Costituzioni, e implica il concetto di libertà da minacce alla propria incolumità fisica e morale. Parallelamente, esistono doveri e responsabilità, sia individuali che collettivi, per contribuire a mantenere un ambiente sicuro.*

Diritti legati alla sicurezza:

Sicurezza personale: diritto a vivere in un ambiente sicuro, libero da pericoli e minacce, sia fisiche che psicologiche.

Sicurezza sul lavoro: diritto a lavorare in un ambiente sicuro e salubre, con la garanzia di ricevere formazione e dispositivi di protezione adeguati.

Diritto alla tutela della salute: diritto a ricevere assistenza sanitaria e a essere protetti da malattie professionali.

Diritto di allontanarsi da situazioni di pericolo: diritto di astenersi dal lavoro o da altre attività in presenza di un pericolo grave e immediato.

Diritto all’informazione e formazione: diritto a ricevere tutte le informazioni necessarie per svolgere le proprie mansioni in sicurezza.

Diritto alla privacy ed alla riservatezza: diritto di ogni individuo di controllare le informazioni che lo riguardano e di proteggerle da intrusioni indesiderate.

Doveri legati alla sicurezza:

Dovere di rispetto della legalità: dovere di rispettare le norme e le leggi che tutelano la sicurezza pubblica e individuale.

Dovere di cooperazione: dovere di collaborare con le autorità e gli altri soggetti coinvolti per prevenire e contrastare situazioni di pericolo.

Dovere di protezione della propria salute e sicurezza: dovere di adottare comportamenti responsabili e di utilizzare correttamente i dispositivi di protezione forniti.

Dovere di segnalare situazioni di pericolo: dovere di comunicare tempestivamente alle autorità competenti eventuali situazioni di pericolo o irregolarità.

Dovere di formazione e aggiornamento: dovere di partecipare a corsi di formazione e aggiornamento sulla sicurezza, soprattutto nell’ambito lavorativo.

In sintesi: La sicurezza è un diritto fondamentale che richiede la collaborazione attiva di tutti i cittadini, i quali, oltre a godere della tutela dello Stato, hanno il dovere di contribuire attivamente al mantenimento della società, della famiglia e dell’ambiente sicuri e salubri per sé e per gli altri, sia nella vita quotidiana che nel contesto lavorativo.

Prospettive di evoluzione semantica e “applicativa”

Come abbiamo detto, il concetto di sicurezza ha subito una significativa evoluzione semantica e applicativa nel tempo, passando da una concezione ristretta a una più ampia e complessa. Inizialmente, la sicurezza era spesso associata alla protezione fisica o alla semplice assenza di pericoli immediati. Tuttavia, nel corso

degli anni, il concetto si è arricchito di sfumature e applicazioni che tengono conto di diversi ambiti e livelli di complessità.

In tempi passati ma recenti, la Sicurezza era principalmente legata alla protezione da minacce fisiche, come aggressioni, furti o disastri naturali. L'attenzione era rivolta alla salvaguardia di beni materiali e persone da danni diretti; un'evoluzione più recente vede la sicurezza come *resilienza*, ovvero la capacità di un sistema o di una comunità di resistere e riprendersi da eventi avversi, siano essi morali, fisici o informatici. La resilienza implica non solo la prevenzione, ma anche la capacità di adattamento e di ripristino dopo un attacco o un disastro.

Con l'avvento dell'era digitale, la sicurezza ha assunto una dimensione sempre più importante nel mondo virtuale. La protezione dei dati, dei sistemi informatici e delle reti da accessi non autorizzati, virus, e attacchi informatici è diventata fondamentale.

In molti contesti, la sicurezza è vista come una questione di gestione del rischio, che implica l'identificazione, la valutazione e la mitigazione dei rischi potenziali. Questo approccio tiene conto della complessità dei sistemi e della probabilità che determinati eventi possano verificarsi, e cerca di ridurre l'impatto negativo che tali eventi potrebbero avere.

In sintesi, il concetto di sicurezza si è evoluto da una visione ristretta e specifica a una più ampia e complessa, che tiene conto di diversi ambiti e livelli di complessità. L'evoluzione semantica e applicativa della sicurezza riflette la crescente consapevolezza dei rischi che affrontiamo e la necessità di adottare approcci sempre più sofisticati per proteggerci:

- Sicurezza fisica: Protezione di persone, beni e infrastrutture da minacce fisiche (es. sistemi di allarme, videosorveglianza, guardie di sicurezza).
- Sicurezza informatica: Protezione di dati, sistemi e reti da attacchi informatici (es. firewall, antivirus, sistemi di autenticazione, crittografia).
- Sicurezza aziendale: Gestione dei rischi per la continuità operativa, la protezione dei dati sensibili, la conformità normativa e la protezione della reputazione aziendale.
- Sicurezza nazionale: Protezione di uno stato e dei suoi cittadini da minacce esterne e interne, inclusi terrorismo, criminalità organizzata e cyberattacchi.
- Sicurezza alimentare: Garanzia di alimenti sicuri e di qualità, dalla produzione alla distribuzione.
- Sicurezza stradale: Riduzione degli incidenti stradali e dei danni causati dagli stessi.
- Sicurezza nel lavoro: Protezione dei lavoratori da infortuni e malattie professionali.
- Sicurezza ambientale: Protezione dell'ambiente da inquinamento, deforestazione e altri danni

L'avvento delle varie forme di *intelligenza artificiale* sta facendo ancora evolvere il concetto di Sicurezza come, per esempio nel campo epidemiologico.

L'Epidemic Intelligence (EI) è un approccio moderno alla sorveglianza delle malattie infettive che integra i metodi tradizionali con fonti digitali come banche dati internazionali, social e media online e forum scientifici con l'obiettivo di rilevare precocemente segnali di allarme per minacce alla salute pubblica e rispondere

tempestivamente. Parallelamente le informazioni raccolte vengono confrontate con dati storici per valutare la rilevanza epidemiologica di nuovi eventi o anomalie. Un approccio proattivo alla sicurezza biologica si profila come imperativo categorico nella prevenzione di fenomeni pandemici e di potenziali manifestazioni di bioterrorismo, con l'obiettivo primario di mitigare il rischio di crisi sanitarie ed economiche di portata planetaria.

La biosicurezza e la biosorveglianza rappresentano campi in rapida evoluzione, caratterizzati dall'integrazione di tecnologie avanzate e approcci collaborativi internazionali. I sistemi di rilevamento precoce, basati su sensori innovativi, intelligenza artificiale e reti di sorveglianza integrate, stanno ridefinendo le capacità globali di prevenzione e risposta alle minacce biologiche.

Le sfide future richiederanno un equilibrio attento tra l'implementazione di misure di sicurezza rigorose, il sostegno alla ricerca scientifica e il rispetto dei diritti individuali. Solo attraverso un approccio olistico e coordinato a livello internazionale sarà possibile costruire un sistema di biosicurezza globale in grado di proteggere efficacemente la salute pubblica dalle minacce biologiche del XXI secolo.

Riferimenti bibliografici

- P.Pieri, Lo studio etimologico del termine sicurezza, tra iconografia, storiografia e letteratura, quale utile strumento di riflessione sulla costruzione e gestione della sicurezza degli ambienti di lavoro d'oggi, <https://www.puntosicuro.it/cultura-della-sicurezza-C-136/sicurezza-la-securitas-qual-e-effetto-del-bene-comune-AR-21108/>, 2021.
- <https://www.treccani.it/vocabolario/ricerca/sicurezza/>
- <https://it.wikipedia.org/wiki/Sicurezza>
- E.Pizzimenti, A.Vannucci, Il concetto di sicurezza e le politiche per la sicurezza, *Rivista di Scienza dell'Amministrazione* n. 4, 2005
- T.F. Giupponi, La sicurezza e le sue "dimensioni" costituzionali, *Diritti umani. Teorie, analisi, applicazioni*, a cura di S. Vida, Bologna, 2008
- Istituto Affari e Ricerche Internazionali. Il futuro della biosicurezza. Minacce e strategie di deterrenza. <https://iari.site/2025/03/22/il-futuro-della-biosicurezza-minacce-e-strategie-di-deterrenza/>, (2025, marzo 22)
- Istituto Superiore di Sanità. (2023). Sistema di sorveglianza integrata COVID 19. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza>
- Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto per i Sistemi Biologici. (2024). Diagnostica ambientale e tecnologie per l'abbattimento di inquinanti e patogeni. <http://www.isb.cnr.it/attivita/salute/diagnostica-ambientale-e-tecnologie-per-labbattimento-di-inquinanti-e-patogeni/>
- Commissione Europea. (2025). Sorveglianza e segnalazioni rapide. https://health.ec.europa.eu/health-security-and-infectious-diseases/surveillance-and-early-warning_it

SOSTENIBILITÀ

di Gianluca Serafini

Etimologia e Riferimenti storici:

La parola sostenibilità deriva dal latino *sustinere*, che significa sostenere, difendere, favorire, conservare. Il significato moderno della parola sostenibilità prende forma alla fine degli anni 80 a Stoccolma con il “rapporto Brundtland” nell’ambito dei lavori della commissione mondiale su ambiente e sviluppo (WCED-World Commission on Environment and Development). Il rapporto che affrontava principalmente le questioni relative al degrado ambientale e all’inquinamento forniva la prima definizione di “sviluppo sostenibile”: “è sostenibile uno sviluppo che soddisfi i bisogni dell’attuale generazione senza compromettere la capacità delle generazioni future di soddisfare i propri”. Da allora la parola sostenibilità, nata in un ambito di salvaguardia ambientale ha assunto quei criteri e quelle valenze dinamiche e di sviluppo che coinvolgono più campi delle attività umane come l’economia e il sociale conseguendo così un significato più ampio e globale. Tale forma di sviluppo sostenibile è uno sviluppo integrato che si basa su tre pilastri: Ambientale, Economico e Sociale: La Sostenibilità Economica riguarda la capacità di un’economia di sostenere un livello desiderato di attività economica a lungo termine e conseguentemente essa deve necessariamente essere sostenibile sia a livello sociale che ambientale promuovendo la riduzione dell’inquinamento, l’uso responsabile delle risorse naturali, minimizzando gli sprechi, favorendo l’efficienza, l’innovazione, la qualità della vita e il benessere per tutti. Così come la Sostenibilità Sociale non può che promuovere l’accesso per tutti ai servizi essenziali come l’istruzione, la sicurezza, la giustizia, la sanità e l’igiene pubblica. Ecco allora che lo sviluppo sostenibile, rappresenta l’unico sviluppo possibile in una società moderna ad impronta consumistica che sia anche responsabile dell’utilizzo delle risorse e rispettosa dell’ambiente e del benessere delle future generazioni. Tali concetti sono rimarcati nella definizione che riporta la prestigiosa enciclopedia Treccani: *la sostenibilità implica un benessere (ambientale, sociale, economico) costante e preferibilmente crescente e la prospettiva di lasciare alle generazioni future una qualità della vita non inferiore a quella attuale*.

Significato in sanità e valenza attuale

Vari fattori negli ultimi decenni hanno eroso la tenuta economica dei Sistemi Sanitari nei paesi industrializzati come il progressivo invecchiamento delle popolazioni, il costo crescente delle innovazioni tecnologiche, il costante aumento della domanda di servizi e prestazioni da parte di cittadini e pazienti etc. Tuttavia il problema della sostenibilità in sanità non è solamente di ordine finanziario. L’idea di sostenibilità in sanità, proprio in funzione delle sue interrelazioni e reciprocità con il mondo economico, ambientale e sociale poggia sulla necessità di risolvere le numerose criticità di sistema risolvendo le contraddizioni di fondo del servizio

sanitario. E’ ovvio che le contraddizioni di un sistema particolarmente complesso come quello della sanità sono a più livelli e riguardano l’organizzazione, l’evoluzione delle professioni sanitarie e la scarsa integrazione interprofessionale, le politiche regionali ed aziendali, i cambiamenti del paradigma medico-paziente, l’aumento del contenzioso medico-legale e così via; il tutto ovviamente peggiorato dalle politiche “tranchant” di revisione della spesa pubblica che in particolare dal 2012 (governo Monti) hanno continuato a trattare la sanità come una qualsiasi voce di spesa da ridimensionare oltre il limite del buon senso, senza tener in alcun conto che la salute non è un costo ma una ricchezza. Un ulteriore fattore che ha contribuito all’indebolimento del sistema pubblico ha riguardato le strategie miopi dei governi e delle regioni che hanno continuato a puntare su un modello di tutela prevalentemente curativo-assistenziale trascurando fortemente un modello di prevenzione e promozione della salute individuale e collettiva che avrebbe, oltretutto consentito sul medio-lungo periodo una importante riduzione dell’incidenza delle malattie cronico-degenerative con conseguenti grandi risparmi per il sistema di cura. In questo senso la sostenibilità sanitaria può essere proprio definita come **la capacità di produrre salute**, come utilità sostenibile e come condizione per la cura. Si tratta in altre parole di governare la crescita della spesa con lo sviluppo della salute e non solamente quello di renderla compatibile con le risorse economiche disponibili.

Prospettive di evoluzione semantica e “applicativa”

Se per sostenibilità intendiamo la condizione fondamentale per tutelare il diritto alla salute, allora dire sviluppo sostenibile vuol dire sviluppo del diritto alla salute e questo significa in primis potenziare e promuovere il settore che è stato per anni la cenerentola dei finanziamenti pubblici cioè la prevenzione nelle sue tre declinazioni. Oggi lo sviluppo della prevenzione ha necessità di un modello di tutela che sia maggiormente aderente ad un discorso di conservazione della salute e l’idea di sostenibilità può fornire elementi per un adeguato indirizzo strategico. In sostanza le politiche di conservazione della salute dovranno necessariamente puntare su una prevenzione ritardata, socialmente validabile ed intesa in senso ampio comprendente tutto quanto possa produrre salute dai determinanti sociali, economici e ambientali, alla prevenzione, alla lotta ai rischi, in particolare quelli comportamentali modificabili, alle morti evitabili, all’informazione, l’educazione e in particolare alla responsabilizzazione sociale del cittadino.

Ma per poter garantire la tenuta dello sviluppo sostenibile nel settore sanitario non è sufficiente la pur necessaria adozione di pratiche che promuovano la salute umana, occorre finalizzare tutte le politiche connesse con il tema della salute in un’ottica di loro integrazione. In altre parole risulta necessario fare i conti con la realtà e misurarsi con la riflessione critica sul tema dell’economia globalizzata dove tutto è interconnesso dai cambiamenti climatici e ambientali alle crisi energetiche, alle pandemie alle diseguglianze economiche alle migrazioni fino alle guerre e

alle conseguenti sindemie. Questo significa che la logica del mercato, su cui la società moderna si basa, non può essere lasciata alla sua arbitraria crescita pena il prodursi di emergenze sempre più frequenti e gravi. E' ovvio che queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina e dalla sanità pubblica ma serve una seria presa di coscienza da parte della società e della politica ed un forte coordinamento istituzionale sia a livello sovranazionale che nazionale. Un passo importante in tal senso è stato l'approccio **"One Health"** una strategia d'azione congiunta lanciata da istituzioni quali l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'Alimentazione e l'Agricoltura (FAO), il Programma delle Nazioni Unite per l'Ambiente (UNEP), l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e l'Organizzazione Mondiale per la Salute Animale (WOAH, fondata come OIE). "One Health" è uno sforzo coordinato e multisettoriale di tutti gli attori coinvolti sottolineando lo stretto legame che intercorre tra salute umana, salute animale ed ambiente. Per tal ragione, il documento (alla cui lettura sui siti istituzionali si rimanda per i necessari approfondimenti) riporta una serie di raccomandazioni alle Nazioni che possono essere di stimolo per politiche e norme che incoraggino il coordinamento, la collaborazione e la comunicazione tra le scienze sociali e biomediche, promuovendo al contempo politiche di salute pubblica integrate. In conclusione non si può che condividere il pensiero di Ivan Cavicchi sulla quintessenza della sostenibilità: *"La sostenibilità non può essere solo ciò che è compatibile con l'economia, ma deve essere un equilibrio tra i benefici sociali prodotti per mezzo della produzione di salute come ricchezza e i costi necessari per garantire ai cittadini le cure più adeguate. Costi ovviamente che andranno riqualificati anche radicalmente a partire da un nuovo rapporto tra medicina e sanità"*.

Riferimenti bibliografici

- Enciclopedia Treccani : voce Sostenibilità
- Rapporto Oasi 2024 : La sostenibilità ambientale
- Il sole 24 ore : Summit 2024 : Sette leve per un Ssn davvero equo e sostenibile
- Ivan Cavicchi Il pensiero debole della sanità Ed. Dedalo 2008
- Ivan Cavicchi : Malati e Governatori Ed. Dedalo 2006
- Rapporto GIMBE : Sostenibilità SSN 2016-2025
- Quotidiano Sanità : "Perché oggi nessuno parla più di sostenibilità" di Ivan Cavicchi
- Quotidiano Sanità : "E allora parliamo di sostenibilità della Sanità pubblica" di Banchieri, Franceschetti, Vannucci
- ISS.it : One Health

