



SU QUESTO NUMERO

Sanità piemontese:

il Piano passa, i dubbi restano

La redazione 1

Intelligenti ritorsioni

Claudio Mellana 2

Legge di Bilancio: non ci siamo

Scossa.net 3

Il Rapporto OASI 2025

Gabriella Viberti 7

Silver wellness

Mirko Pia 9

PNE 2025: come va il Piemonte?

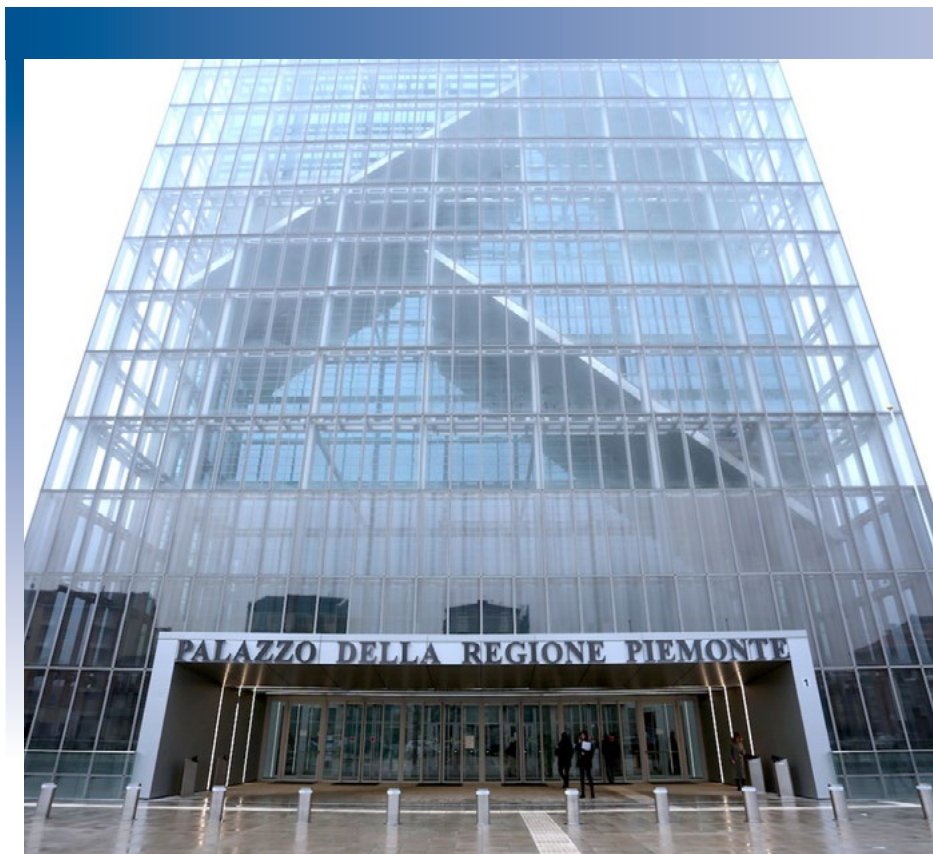
Mirko Pia 11

Accompagnare la fine della vita: l'eredità viva di Daniela Muggia

Luciana Salato 22

Il 43° Torino Film Festival 2025

Mirella Calvano 24



Sanità piemontese: il Piano passa, i dubbi restano

Approvato dal Consiglio Regionale del Piemonte
il nuovo Piano socio-sanitario 2025-2030

La redazione

Presentato come il cardine di un processo di cambiamento della sanità piemontese, ma accompagnato dai forti dubbi riguardanti la sua operatività, la scarsità di indicatori di risultato, di obiettivi misurabili e, in definitiva, di un quadro preciso delle risorse umane e finanziarie ad esso destinate, il 22 dicembre scorso è diventa-

to legge il nuovo Piano socio sanitario del Piemonte. Dei contenuti, dei problemi irrisolti, delle criticità, delle promesse tratteremo in modo approfondito nel prossimo numero. Per ora constatiamo che le 6000 audizioni dichiarate dagli Assessori competenti per raccogliere informazioni, suggerimenti, ed elementi di confronto e partecipazione che ne avrebbero potuto fare un documento condiviso e di più facile attuazione, non sono andate tutte a buon fine. Forse si sarebbe potuto ragionare di più sui dati,



Intelligenti ritorsioni

Errori artificiali, autostima naturale

Claudio Mellana

Confesso di provare una neanche poi tanto sottile soddisfazione quando, interrogando la mitica AI (o IA a piacere) la becco in fallo e la correggo. E lei accetta la correzione, la fa sua e so che da quel momento in poi sarò anch'io tra gli innumerevoli che han-

no contribuito a migliorare le prestazioni della medesima IA (AI a piacere).

La cosa capita tutt'altro che raramente: di certo quando sono in grado di accorgermene e dimostrare che sta sbagliando. Quando non sono in grado di farlo devo decidere se accettare la risposta che mi fornisce oppure no.

Ma, ovviamente, non ho nessun criterio appropriato per stabilire se farvi assegnamento, se non affidarmi all'istinto

o alla pigrizia di non approfondire.

In fondo è quello che faccio quando vado dal meccanico o dal medico. Loro mi dicono cosa non va, cosa si può fare, se si può fare: a me non resta che fidarmi. Così avviene anche per altre decine di professionalità alle quali mi rivolgo per le mie quotidiane necessità.

Allora perché provo questa soddisfazione nel prendere in castagna l'IA (o AI a piacere)?

Perché è un macchina e correggerla mi convince e conferma che l'essere umano sarà sempre superiore alla macchina. Quest'ultima potrà batterci a scacchi, tirar su pesi mille volte superiori a quello che può fare un nostro atleta di sollevamento pesi, ma rimarrà sempre una macchina che non può sognare (gliel'ho chiesto).

Poi.... perché mi lascio trascinare e antropoformizzo il mio rapporto con lei giocando sul vantaggio che mi dà sapere che può e deve rispondermi solo se la interrogo: si instaura tra noi un rapporto padrone/servitù nel quale io sono il padrone. Voglio, posso, comando una risposta e tu devi darmela e se non me la dai, o non me la dai giusta, ti insulto, ti dico "cretina", "ignorante", "stupida" (naturalmente la tratto come una femmina, mica sono maschio per niente) "hai sbagliato", e lei?... mica si offende.

Giuro l'ho appena fatto e non è successo niente, tipo vendicarsi con il mio PC a099 e lcoza XX...?&àà £2|\ \ ----- + ma =0=">< non *****^E sop550. PL0@_ capisc@ç,æ //!re£pR\$succedendo;;;%9°\$++ ...

analleM oidualC



PROMOZIONE
PSALUTE

Notiziario bimestrale del CIPES - Centro di Iniziativa per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria - Registrazione del Tribunale di Torino N°4686 del 3/9/1994 - Sede: CIPES, Lungo Dora Savona 30 - 10152 TORINO tel. +393271340872 - mail: notiziario@promozionesalute.org; http://www.promozionesalute.org - Versamenti quote adesione bonifico su: UniCredit Banca: IBAN: IT 48 W 02008 01109 000001692993; Codice Fiscale 97545040012

Redazione:

Direttore Responsabile Mirella Calvano; Direttore: Sante Bajardi; Redattori: Giuseppina Viola, Gabriella Martinengo, Claudio Mellana, Silvana Mavilla, Luciana Salato, Angelica Mercandino



PROMOZIONE
PSALUTE

Legge di Bilancio: non ci siamo

Tra numeri che non tornano, personale spremuto e silenzi strategici su territorio, anziani e difesa

Scossa.net

Il disegno di Legge di Bilancio

Si è svolta ieri, 18 novembre, un'iniziativa promossa da **SCOSSA.net** sulla manovra proposta dal Governo Meloni per il settore sanitario¹.

Il titolo dell'iniziativa chiarisce l'obiettivo dell'evento: spiegare perché, al contrario di quanto emerge dal dibattito prevalente, la proposta del Governo dà un altro colpo alla sanità pubblica.

È stata un'occasione di confronto fra le associazioni e con il mondo politico. Erano stati invitati i segretari e i capigruppo di tutti i partiti presenti in Parlamento ma ha preso parte solo la segretaria del PD (altri hanno declinato l'invito per concomitanti impegni).

Il video dell'evento è disponibile all'indirizzo: <https://youtu.be/gzs2uHuL2lQ>

Altri documenti saranno disponibili a breve.

I numeri della Legge di Bilancio

Il ddl prevede (articolo 63 e seguenti) un incremento del Fondo Sanitario Nazionale di 2,4 miliardi per il 2026 e di 2,65 miliardi a decorrere dal 2027. Gran parte dell'incremento è a destinazione vincolata (togliendo autonomia alle Regioni) e una parte importante è destinata a favore di soggetti privati.

Per il 2026, il finanziamento ammonta in valore assoluto a 142,9 miliardi, il 6,1% del PIL, con un aumento del 4,7% rispetto ai 136,5 miliardi del 2025. Il trend di crescita si attenua notevolmente nel corso del triennio 2026-2028: l'aumento previsto è dello 0,7% nel 2027 (143,9 miliardi) e dello 0,6% nel 2028 (144,8 mld). Questo andamento porta il finanziamento del SSN per il 2028 al 5,9% del PIL, la più bassa percentuale degli ultimi 20 anni.

La rete SCOSSA.net ha deciso di avviare una newsletter per offrire un'analisi dei numeri, dei provvedimenti e dei fatti che popolano le preoccupazioni delle famiglie e dei professionisti sulla salute e sui servizi sociosanitari del nostro Paese. L'obiettivo è promuovere un dibattito basato su dati e fatti concreti, favorire la diffusione di informazioni e documenti, analizzare la realtà senza appiattirsi sulla narrazione prevalente, fornire un servizio ai tanti cittadini che vorrebbero capire che cosa sta succedendo alla sanità pubblica e come possiamo impegnarci per il suo rilancio. La prima newsletter è dedicata al disegno di legge di bilancio ora in discussione in Parlamento.

	2024	2025	2026	2027	2028
Finanziamento mln	134.017	136.536	142.905	143.909	144.778
in % PIL	6,1%	6,0%	6,1%	6,0%	5,9%
Spesa progr. mln	138.335	144.021	152.331	154.377	158.352
in % PIL	6,3%	6,4%	6,6%	6,5%	6,5%

Il finanziamento si trova comunque molto al di sotto della spesa sanitaria prevista ([DPB 2025](#)), la differenza (al netto dalle maggiori entrate proprie degli enti del SSN) è destinata inevi-

tabilmente a ricadere sui bilanci regionali. Cresce la distanza tra finanziamento e spesa, sollevando seri dubbi rispetto alla tenuta degli equilibri finanziari dei Ssr.



Una manovra generosa con i privati e avara con il personale del Ssn

Nel 2026, l'incremento di 2.400 mln è destinato per circa il 38% a soggetti privati (erogatori accreditati e fornitori di farmaci e dispositivi) e solo per circa il 32% al personale. Infatti:

- **la spesa per il personale dipendente** resta ancora soggetta a vincoli stringenti: non deve superare quella del 2018 (o, se superiore, a quella di cui alla L 191/2009) incrementata, a livello regionale, di un

Una varietà di voci di spesa senza alcuna strategia di rilancio del Ssn

I 2,4 miliardi resi disponibili dalla LdB per il 2026 sono destinati a una varietà di voci di spesa riportate nella tabella qui sotto. La frammentazione delle misure previste (in genere con un rinvio a ulteriori provvedimenti) sembra più orientata a soddisfare i diversi stakeholders che a rilanciare il SSN. Da notare la scarsa rilevanza attribuita alla assistenza distrettuale, salvo che nella forma della farmacia dei servizi.

Ulteriori misure coperte con risorse preesistenti			
	2026	2027	2028
prevenzione	128	1	1
prestazioni aggiuntive	144		
assunzione personale	243	122	110
sconto 1,83% aziende farmaceutiche	166	166	166
Osp. Bambino Gesù	50	50	50
IRCCS e ospedali di rilievo nazionale	20		
tele medicina Agenas	20		
infrastrutture scambi transfrontalieri	1	1	
ricette celiaci	2	1	1
Totale	774	341	328

A cosa sono destinati i 2,4 mld di incremento del FSN			
	2026	2027	2028
obiettivi di carattere prioritario	206	17	
assunzioni personale	207	328	340
indennità personale	346	346	346
tetto personale	180	180	180
salute mentale	80	85	90
prevenzione	358	238	238
tariffe ospedaliera		350	350
tariffe ambulatoriale e protesica	100	183	183
tetto prestazioni da privati accreditati	123	123	123
tetto dispositivi medici	280	280	280
tetto farmaceutica	350	350	350
farmacia dei servizi	50	50	50
cure palliative	10	10	10
Alzheimer e demenze	100	100	100
IZS	10	10	10
Totale	2.400	2.650	2.650

Altri interventi (per un totale di 774 milioni per il 2026) sono finanziati con risorse che la precedente legge di bilancio aveva già messo a disposizione del Ministero della salute e che non erano ancora state utilizzate.

Q SCOSSA
La società civile sostiene il servizio sanitario nazionale

importo pari al 10% dell'aumento del Fondo sanitario, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario. Le nuove assunzioni sono fatte **in deroga** (!) ai tetti di spesa. Le regioni *possono* aumentare la spesa di 180 mln, il 3% dell'incremento del FSR (in diminuzione: era il 5%!) nel rispetto dell'equilibrio economico e finanziario e dei LEA. (art. 70);

- il limite di spesa per gli **acquisti di prestazioni erogate da soggetti privati accreditati** (ridotto dalla legge 135/2012 rispetto alla spesa consuntivata nel 2011) è stato incrementato dall'attuale Governo con tutte le ultime tre leggi di bilancio (L. 213/2023, art. 1, c. 233, L. 207/2024, art. 1, c. 277 e 279, Ddl di Bilancio 2026, art. 81) per un importo stimato pari a complessivi 859 milioni di euro. A tale limite si affiancano altre misure che aumentano la spesa a favore del privato, in particolare per la revisione delle tariffe;
- il **tetto della farmaceutica** è

aumentato di 350 mln (art. 78): il tetto per gli acquisti diretti diventa 8,7% (+0,20) e il tetto per la farmaceutica convenzionata diventa 6,85% (+0,05), per un totale di 15,55%. Inoltre le Regioni devono rinunciare a 166 milioni di entrate per l'eliminazione dello sconto dell'1,83% a carico delle aziende farmaceutiche;

- il **tetto di spesa per i dispositivi medici è rideterminato** in aumento di 280 mln (+0,20)

Si noti l'uso attento delle parole: le Regioni *possono* aumentare la spesa per il personale (e nulla garantisce che lo facciano, come succede già ora) mentre i tetti per i soggetti privati *sono* aumentati esplicitamente dalla manovra e le Regioni difficilmente potranno cercare di tenere sotto controllo quella spesa.

L'aumento del finanziamento è quindi rivolto ad aumentare il consumo di prestazioni prodotte da soggetti privati, senza alcun cambio di paradigma, per di più in un contesto sempre più debole quanto a capacità programmatoria e di monitoraggio degli acquisti da privati da parte dell'amministrazione sanitaria. Al personale si riserva invece poca attenzione e si propongono soluzioni che spremono ulteriormente i professionisti senza migliorare la qualità dell'organizzazione del lavoro.

Il personale: sempre più spremuto, sempre più sacrificato

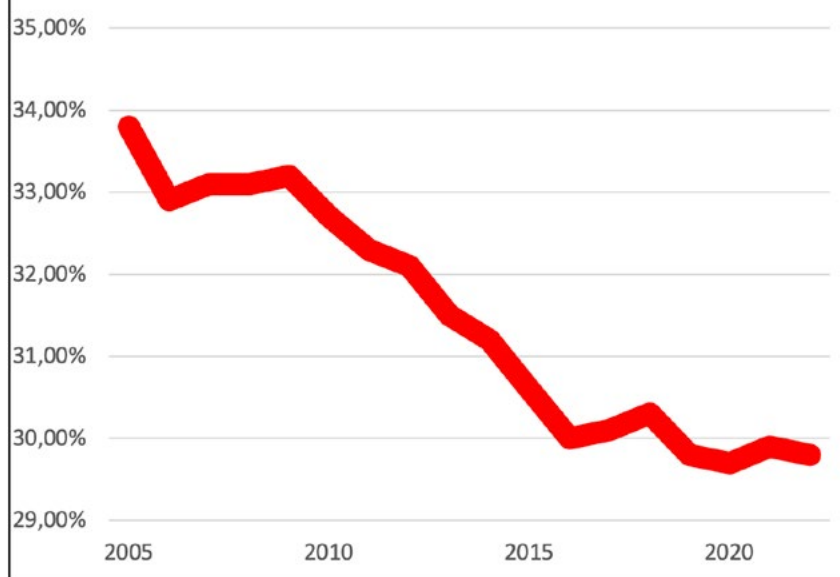
La legge di bilancio per il 2026 mantiene l'anacronistico vincolo di bilancio per la spesa per il personale e finanzia invece un "piano straordinario di assunzioni", già annunciato lo scorso anno.

Le stime prevedono una capienza di circa 1.000 medici e 6.000 professionisti.

viste per il personale di pronto soccorso ed emergenza) e un fondo per le prestazioni aggiuntive da 144 milioni.

Il piano di assunzioni è insufficiente per quantità, e inadeguato per tempestività, a soddisfare il fabbisogno di personale medico e, soprattutto, del ruolo sanitario, infermieristico in particolare. Basti pensare che per coprire solo i pensionamenti, si stima che sarebbero necessari 8.000 infermieri all'anno, mentre si prevede di assumerne circa 6.000. E non è sufficiente so-

Spesa personale dipendente % spesa corrente 2006-2023



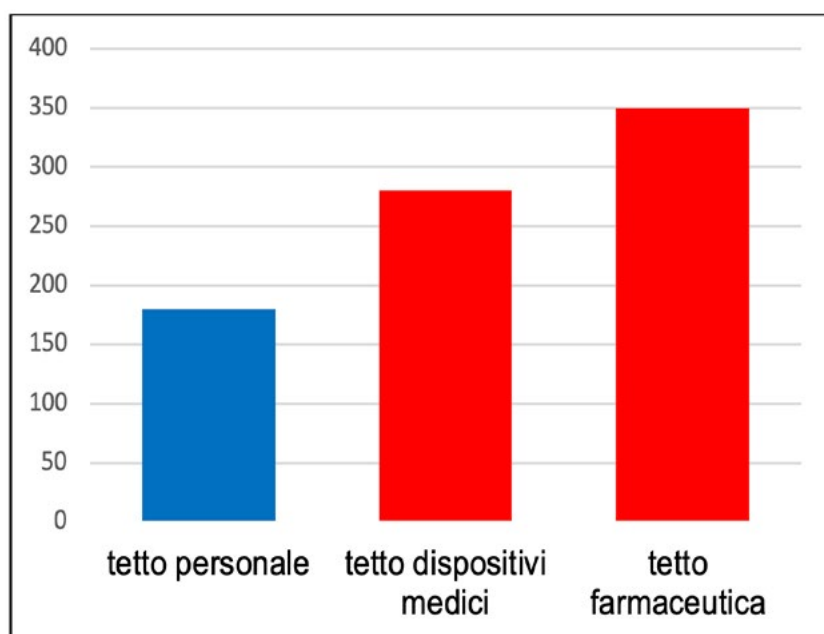
A questo si affianca un aumento della indennità di specificità per 346 milioni (che si aggiunge alle indennità già pre-

stenere che gli infermieri non si trovano: la carenza infermieristica non è un dato immutabile di cui prendere semplicemente atto. Sarebbero necessarie misure volte a rendere più attrattiva la professione infermieristica, incentivando le iscrizioni alle scuole infermieristiche, prospettando possibilità di crescita professionale, dimostrando la volontà di lavorare per migliorare le condizioni di lavoro, i turni, il lavoro di equipe, ecc. Tutti interventi di cui non si vede nemmeno l'ombra.

Anzi, la soluzione è chiedere al personale in servizio di lavorare sempre di più, per prestazioni aggiuntive o per attività intramoenia, garantendo loro qualche guadagno aggiuntivo per cercare di tacitare le voci di chi da tempo denuncia remunerazioni basse, sempre più erose dall'inflazione e in alcuni casi enormemente inferiori a quelli di altri paesi a noi vicini.

Il modo in cui il Ssn tratta il proprio personale rivela il rispetto che si dà ai professionisti che operano nei servizi e l'attenzione che si riserva alle persone di cui devono prendersi cura.

Come cambiano i tetti di spesa nel 2026 (mln)



Nel frattempo continua la riduzione della quota di risorse destinata al personale dipendente sul totale della spesa corrente CE: era pari al 34% nel 2006 ed è meno del 30% nel 2023 (RGS).

Il convitato di pietra: la spesa per la difesa

(<https://lavoce.info/archives/109149/una-manovra-finanziaria-formato-mignon/>)

Nella legge di bilancio la spesa per difesa è il convitato di pietra, una presenza incombente ma invisibile, che tutti conoscono ma che nessuno nomina. La legge di bilancio non include infatti le spese aggiuntive per la difesa che in base ai nuovi obiettivi stabiliti in ambito Nato dovrebbero crescere fino al 5% Pil entro il 2035. Le decisioni sono rinviate ai prossimi provvedimenti, in primavera: la vera manovra sarà allora.

Sappiamo solo che la spesa per la difesa raggiungerà il 2% del PIL già nel 2025, ci sarà un incremento graduale fino a circa lo 0,5% del Pil entro il 2028 (0,15 nel 2026 e nel 2027, 0,2 punti nel 2028) e il rafforzamento della difesa

“non comporterà riduzioni delle voci di spesa più orientate alla crescita e al benessere economico e sociale degli italiani, come il sostegno alle famiglie e la sanità” (DPFP, Documento programmatico di finanza pubblica 2025).

Le persone anziane e non autosufficienti: ignorate dalla manovra

<https://www.collettiva.it/copertine/welfare/non-autosufficienza-la-riforma-tradita-upblpcvl>

La manovra 2026 dimentica le persone anziane e le persone non autosufficienti.

La riforma della non autosufficienza del 2023 era ampiamente condivisibile: garantiva una legge quadro per migliorare davvero la condizione delle persone anziane e non autosufficienti in Italia. Questa riforma è stata però tradita: il governo Meloni a colpi di rinvii, sperimentazioni e provvedimenti discutibili ha svuotato il senso della legge delega, non permettendo di fatto la sua applicazione.

Nella manovra l'unico riferimento è l'articolo 63, c. 2, che aumenta la dotazione del Fondo Alzheimer di 100 milioni per rispondere alla Sentenza della Corte di cassazione (ord. 26943/2024) che ha chiarito come le prestazioni socio-assistenziali inscindibilmente connesse a quelle sanitarie debbono essere considerate a carico del SSN (prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione), in particolare nel caso di soggetti gravemente affetti da Alzheimer ricoverati in istituto di cura.

L'assistenza territoriale: ma il ministro Schillaci ha letto la manovra del Governo di cui fa parte?

La manovra non prevede alcun intervento per il potenziamento dell'assistenza territoriale, non riserva nessuna attenzione ai servizi territoriali finanziati con il PNRR (che dovrebbero partire ad agosto 2026), non assume alcun impegno per le persone non autosufficienti o con disabilità, temi che incidono sulla condizione di vita di decine di milioni di persone e di famiglie e che dovrebbero essere al centro dell'attenzione del Governo.

Eppure il ministro Schillaci ha dichiarato (La Stampa 17 novembre 2025) che *“Serve un cambio di paradigma: meno ospedali e più territorio. L'assistenza domiciliare deve diventare davvero capillare.”* Sembra che il ministro Schillaci non abbia letto la manovra proposta dal Governo di cui fa parte!

Note

1 Chi fosse interessato ai testi sulla legge di bilancio può trovarli nel sito del Senato (al quale è stato assegnato il ddl in prima lettura).

1. Testo disegno di legge e quadri generali riassuntivi <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01477031.pdf>

2. Relazione illustrativa, Relazione tecnica, Allegato conoscitivo <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01477051.pdf>

Gli articoli riferiti al settore sanitario sono contenuti nel Titolo V – Misure in materia di sanità e di lotta alle dipendenze patologiche e vanno dall'art. 63 all'art. 93.



LA STAMPA

Orazio Schillaci

“Potenziare l'assistenza domiciliare Pronti a sospendere l'intramoenia”

Il ministro: “Con liste d'attesa troppo lunghe stop all'attività privata dei medici negli ospedali”

INTERVISTA

PAOLO RUSSO
ROMA

Stato?
«Se abbiamo tutti questi cen-

tissimi cittadini che li usano

ventare davvero capillare.
La sostenibilità non è solo

questione di quanti soldi

Cassazione e del Consiglio
di Stato hanno creato aspet-

tativa. Esistono. Molti fami

Il Rapporto OASI 2025

Tra scenari di fondo che si consolidano e criticità nella governance

Gabriella Viberti

Da più di 20 anni l'appuntamento di fine anno con il Rapporto OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane) del Cergas Bocconi rappresenta un'occasione importante di analisi e valutazione delle dinamiche del Servizio Sanitario nazionale (SSN) e dei Servizi Sanitari regionali (SSR).

Alla sua nascita, vent'anni fa, il Rapporto si incentrava principalmente sulla lettura del Servizio Sanitario italiano, attraverso l'analisi della sua struttura, della composizione della spesa sanitaria, dello stato di salute e della qualità dell'assistenza, con particolare attenzione alle proposte di innovazione e all'adozione di strumenti manageriali nelle Aziende, quali la contabilità analitica.

Negli anni l'attenzione si è spostata sulle principali sfide del Servizio sanitario, sulla sua sostenibilità finanziaria, attraverso il governo delle reti cliniche e la valutazione della performance complessiva del sistema sanitario.

Il Rapporto OASI 2025 ruota attorno al tema della sostenibilità dell'universalismo del Servizio Sanitario italiano, a confronto con i principali Paesi europei, in un contesto caratterizzato da domanda di salute in crescita e risorse limitate. Il Servizio sanitario, si legge nel capitolo introduttivo, non può limitarsi a inseguire la domanda espressa, è necessario governarla, definendo priorità esplicite: chi servire, con quali servizi e quanta intensità assistenziale.

Il SSN è stato concepito, 47 anni fa, in un'epoca in cui i bambini (< 14 anni) erano quasi il doppio degli anziani (> 65 anni). Oggi il rapporto si è invertito: nel 2024 erano presenti più di due anziani per ogni bambino.

Il Rapporto OASI 2025 prova a tracciare alcune piste strategiche e analitiche per far fronte a questa mutata realtà.

L'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane del Cergas Bocconi rappresenta un'occasione importante di analisi e valutazione delle dinamiche del Servizio Sanitario nazionale.

Il Piemonte resta, tra le Regioni medio grandi del Centro Nord, quella con la spesa pro capite più bassa: 2.421 euro di spesa sanitaria pubblica per piemontese a fronte di 2.427 in Lombardia e 2.505 in Toscana, nel 2023.

Lo scenario di fondo si consolida

Lo scenario demografico riflette, in Piemonte, le dinamiche nazionali.

Aumenta la speranza di vita, portando con sé nuovi bisogni: la speranza di vita alla nascita era 83 anni in Italia nel 2023; il Piemonte è perfettamente allineato ai valori medi nazionali.

I piemontesi vivono in media un anno di vita in buona salute in più rispetto ai valori medi nazionali: 59 anni in Piemonte a fronte di 58,1 media nazionale. E, se la percentuale di fumatori e consumatori di alcol fuori pasto è più elevata nella nostra Regione rispetto ai valori medi nazionali, sono di meno i piemontesi obesi e sedentari.

La tensione demografica, che diviene economica e sociale, si ripercuote sul Servizio Sanitario e sulla sua possibilità di soddisfare i bisogni di salute dei cittadini.

Le fragilità del SSN

Il Servizio Sanitario del Piemonte condivide le fragilità delle altre Regioni italiane, enfatizzandone alcuni aspetti.

Tra le principali fragilità OASI 2025 rileva la presenza di risorse limitate, che non tengono il passo con il crescente bisogno di salute della popolazione e producono un'elevata percentuale di domanda insoddisfatta.

Il Piemonte resta, tra le Regioni medio grandi del Centro Nord, quella con la spesa pro capite più bassa: 2.421 euro di spesa sanitaria pubblica per piemontese a fronte di 2.427 in Lombardia e 2.505 in Toscana, nel 2023. La spesa è però cresciuta a un ritmo più elevato dagli anni pre Covid: più 20,6 % dal 2019 al 2024 in Piemonte a fronte di più 18,7 % in Lombardia e più 19,9 % in Toscana.

In questo contesto è molto bassa la percentuale¹ - circa il 60 % - delle prescrizioni di specialisti e medici di fami-

1) Ricostruita da OASI 2025 a livello nazionale

glia (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta) che si traduce in una prestazione effettiva del SSN: il 40 % dei cittadini ai quali è stata prescritta una prestazione del Servizio Sanitario si rivolgono alla spesa privata o rinunciano alle prestazioni.

Il Piemonte si allinea ai valori nazionali.

Lo scenario a risorse limitate si accompagna a rilevanti disuguaglianze geografiche e a una forte variabilità nei consumi, che OASI 2025 analizza, in modo innovativo, spostando l'attenzione dal "quanto si eroga" – produzione – al "quanto si assiste" – consumo.

Persistono marcate differenze di accesso ai servizi e ai consumi sanitari tra Nord e Sud e anche all'interno delle singole regioni: il tasso di ospedalizzazione (per ricoveri per acuti, riabilitazione e lungodegenza) ad esempio (fonte Osservasalute 2025) varia, nel 2023, da 106,1 ogni 1.000 abitanti della Puglia a 145,9 della Valle d'Aosta. Il Piemonte si colloca in una fascia intermedia, con 119,7 ricoveri per 1.000 abitanti.

Ma la fragilità che impatta maggiormente sul Servizio Sanitario riguarda l'aumento degli anziani non autosufficienti, che hanno superato i 4 milioni di unità in Italia (257.000 in Piemonte), in mancanza di servizi adeguati che rispondano ai loro bisogni.

Per ciascuno di essi OASI 2025 stima almeno due caregiver familiari tra coniugi, figli o nipoti.

I tassi di copertura del SSN garantiscono accoglienza in RSA all'8% delle persone non autosufficienti con più di 65 anni.

L'ADI è offerta al 31% delle persone con questo profilo di bisogno a livello nazionale (solo al 23 % in Piemonte), registrando un + 43% di persone raggiunte nel 2023 rispetto al 2019. Purtroppo, la media annua delle ore di servizio offerto è scesa a 14, in riduzione rispetto al 2018 (erano 18) e al 2022 (erano 16). Su queste dinamiche hanno inciso gli obiettivi del PNRR, che vincolano le regioni a raggiungere almeno il 10% di anziani con più di 65 anni con l'assistenza al domicilio: un esempio di incentivo di policy che spinge ad ampliare la platea di destinatari a scapito dell'intensità dell'assistenza.

Di fronte alla fragilità descritte non bastano narrazioni consolatorie legate a un auspicabile aumento delle risorse, quando manca la capacità di definire ambiti prioritari per la loro destinazione, così come diventa difficilmente perseguibile un aumento dell'efficienza del SSN. I frutti della lunga stagione di lotta agli sprechi tuttora in corso sono ancora largamente insufficienti. Persistono unità operative che non hanno la casistica minima per raggiungere standard di qualità e sicurezza accettabili²: in Piemonte 12 Ospedali hanno meno di 120 posti letto e 7 Punti Nascita fanno registrare meno di 500 parti l'anno.

Ancora, lo spinoso problema delle li-

ste di attesa va affrontato governando la domanda e non inseguendola, promuovendo percorsi appropriati.

Le criticità sarebbero governabili se ...

Quali soluzioni per ricomporre il disallineamento tra domanda e offerta di servizi sanitari?

Il Rapporto OASI 2025 individua alcuni ambiti in cui il Servizio Sanitario nazionale e i diversi Servizi Sanitari regionali possono intervenire subito per migliorare sostenibilità e efficacia dei servizi:

- riorganizzazione delle professioni sanitarie, in particolare operando strategie per attrarre e trattenere le figure infermieristiche: gli infermieri in Italia erano 6,86 ogni 1.000 abitanti nel 2023, a fronte di una media europea di 8,26;
- gestione degli acquisti più qualificata e efficace, in un Paese in cui continua ad aumentare la spesa per beni e servizi, che, negli ultimi due anni, 2023 e 2024, si è mantenuta costantemente al di sopra del 40 % della spesa sanitaria complessiva del <m Piemonte (era 27 % nel 2004);
- digitalizzazione reale dei servizi, anche per i Medici di Famiglia: occorre rendere il Fascicolo Sanitario Elettronico interfaccia prevalente di contatto informativo per prescrizioni e prenotazioni;
- superamento della frammentazione erogativa tra Ospedali, Ambulatori e Servizi Territoriali, governando la diffusione dei servizi di prossimità previsti dal PNRR (Case della Comunità e Servizi di raccordo quali le Centrali Operative Territoriali).

Per rendere effettivo il diritto alla salute per tutte le persone, in modo uniforme e non discriminatorio, occorre, in conclusione, una svolta concettuale: l'equità, per diventare un criterio guida delle politiche sanitarie, deve cessare di essere solo una dichiarazione di principio ed essere perseguita partendo dalle evidenze quantitative e qualitative e dalla loro analisi.

** Esperta di Economia Sanitaria*



2) Indicati nel DM 70 del 2015, che definisce gli standard dell'assistenza ospedaliera

Silver wellness

Ha dimostrato ancora una volta che le attività di tipo culturale possono stimolare interessi nuovi e aiutare la socializzazione tra persone non solo della stessa età.

Mirko Pia

I progetto SILVER WELLNESS finanziato dalla Regione nell'ambito del piano di invecchiamento attivo è arrivato al termine e, come nel precedente progetto AttivaMENTE, concluso nel 2024, abbiamo raccolto giudizi positivi dai fruitori delle attività programmate.

In particolare, il percorso di stimolazione cognitiva ha suscitato grande interesse e il desiderio di continuare l'esperienza.

Gli screening neuropsicologici, che hanno consentito di restituire ai partecipanti una valutazione delle loro capacità cognitive, sono stati seguiti con grande partecipazione (hanno aderito oltre 60 persone). La maggioranza di loro è stata rassicurata in quanto non sono stati rilevati problemi particolari: solo per alcuni sono emerse difficoltà affrontabili anche attraverso le esercita-

zioni di formazione psicoeducativa e di stimolazione cognitiva.

Quest'ultima attività, programmata in 3 gruppi di 20 persone, è stata articolata in una parte teorica e di inquadramento generale sulle caratteristiche della memoria, dell'attenzione, delle funzioni esecutive, del linguaggio e della comunicazione, delle emozioni,

della gestione dello stress e del sonno, e in una parte pratica di esercizi di stimolazione cognitiva orali, scritti o con il tablet, utilizzando software specializzati. Da sottolineare che, vista l'alta adesione superiore alle previsioni iniziali, è stato necessario rivedere la programmazione originale delle attività aggiungendo un gruppo di 20 persone.

Il progetto Silver Wellness, finanziato dalla Regione, si conclude con esiti molto positivi: alta partecipazione, interesse per la stimolazione cognitiva e gli screening, attività culturali e socializzazione. Obiettivi raggiunti e forte richiesta di continuità.

SILVER WELLNESS

attività e iniziative gratuite in favore dell'invecchiamento attivo





In generale gli utenti sono stati soddisfatti dell'esperienza e, secondo le professioniste che hanno condotto i gruppi o effettuato lo screening, sono stati raggiunti gli obiettivi.

Anche il percorso sviluppato presso il Museo di Arte Contemporanea di Rivoli con il coinvolgimento delle esper-

te del Dipartimento Educazione del Museo ha suscitato interesse sia per la piacevole scoperta di questa importante organizzazione culturale che per le esperienze proposte nei laboratori tematici a conclusione di ogni incontro. L'attività si è svolta in due fasi per un totale di 8 incontri.

Le visite guidate e le esperienze di lavoro di gruppo hanno favorito anche un'importante attività di socializzazione. Per alcuni è stata l'occasione per allacciare rapporti più continuativi con il Museo, con la partecipazione ad altre attività non strettamente collegate al progetto Silver wellness. Complessivamente hanno partecipato una quarantina di persone.

Tale esperienza ha dimostrato ancora una volta che le attività di tipo culturale possono stimolare interessi nuovi e aiutare la socializzazione tra persone non solo della stessa età.

Ricordando che nel numero 3 di Promozione salute si era già commentato il percorso di promozione di piani alimentari sani e stili di vita salutari, seguiti con attenzione e coinvolgimento da una quarantina di persone, confermiamo la collaborazione con i partner del progetto molto positiva e la professionalità e competenza degli operatori più che all'altezza delle aspettative.



PNE 2025: come va il Piemonte?

Il Programma Nazionale Esiti, uno strumento prezioso per analizzare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed equità delle cure erogate dal SSN

Mirko Pia

Secundo le analisi Agenas il Piemonte si trova in posizione accettabile in relazione agli andamenti nazionali, anche se in qualche caso in difetto rispetto alle Regioni tradizionalmente di riferimento, ma con valori critici di alcune strutture rispetto a quelli medi o standard previsti dalla normativa o dalla letteratura scientifica.

Recentemente è stata pubblicata dall'Agenas l'edizione 2025 del PNE (Programma Nazionale Esiti), uno strumento prezioso per analizzare efficacia, appropriatezza, sicurezza ed equità delle cure erogate dal SSN (vedasi PNE - Programma Nazionale Esiti <https://pne.agenas.it/home>). A differenza dell'uso discutibile fatto da molti media e, per alcuni aspetti, dalla stessa presentazione dell'Agenas alla stampa, il PNE non dovrebbe servire a fare classifiche o a dare giudizi sommari, ma ad avere dati per migliorare le performance del sistema fornendo a Regioni ed operatori uno strumento importante per le necessarie analisi e valutazioni. Il sistema è composto da 218 indicatori e si basa sostanzialmente sui dati estratti dalle SDO (schede di dimissione ospedaliera), dall'anagrafe tributaria e dal Sistema Informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR).

Occorre premettere che il Piemonte, anche sulla scorta dei dati PNE, ha ancora un sistema sanitario che si colloca nella fascia medioalta, anche se, nel confronto con le Regioni di riferimento, sconta problemi che meriterebbero particolare attenzione e ci sembra non siano ancora presi in considerazione in modo convincente nel PSSR del Piemonte.

Dall'analisi del complesso dei dati disponibili emergono alcune criticità per il Piemonte che in parte ricalcano problemi già conosciuti e evidenziati nel

Il progetto Silver Wellness,
finanziato dalla Regione,
si conclude con esiti
molto positivi: alta partecipazione,
interesse per
la stimolazione cognitiva
e gli screening, attività culturali
e socializzazione.
Obiettivi raggiunti e forte
richiesta di continuità.

documento preparatorio alla stesura del PSSR dello SDA Bocconi: ad esempio, sono aumentate le strutture che dovrebbero essere sottoposte ad audit da parte di Agenas.

La tutela e l'assistenza territoriale

In questa breve analisi si prendono in considerazione alcuni fattori esaminati complessivamente nel rapporto PNE 2025 che riteniamo più importanti e che riguardano in particolare gli esiti del trattamento dell'infarto miocardico acuto, dell'ictus ischemico, dei ricoveri per frattura del collo femore, degli

accessi in pronto soccorso, dei ricoveri evitabili.

Il rapporto Agenas evidenzia che in Piemonte vi è "una certa variabilità intraregionale tra le diverse aree" per la mortalità per Infarto miocardico acuto a 30 giorni dopo il ricovero; in effetti si mostra assai elevata nelle ASL del nord Piemonte, in particolare in quella di Vercelli, e in quella di Alessandria, mentre la media regionale (circa il 7%) è in linea con quella nazionale. *(N.B. si precisa che tutte le tabelle che seguono sono tratte da quelle originali di Agenas. % Adj rappresenta la percentuale aggiustata col metodo della standardizzazione diretta)*

Infarto Miocardico Acuto_ mortalità a 30 giorni (2024)			
Area	N	% Grezza	% Adj
Italia	74771	6,78	
ASL Vc	221	7,69	10,57
ASL No	436	9,17	8,71
ASL Vco	223	7,62	8,45
ASL AI	549	8,2	8,07

La mortalità ad un anno per i casi di ricoveri per IMA, pur essendo in Piemonte leggermente più bassa di quella

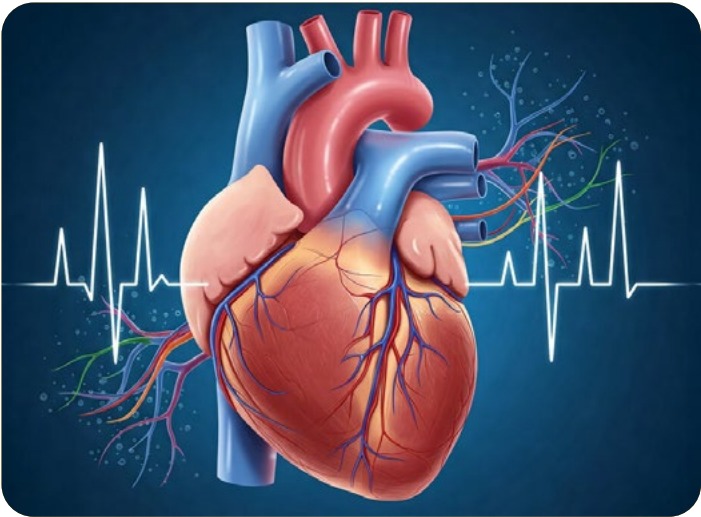
media nazionale, risulta al di sopra nelle ASL Cn2, Alessandria, Novara e To3

Infarto Miocardico Acuto_ mortalità a un anno			
Area	N	% Grezza	% Adj
Italia	77619	8,16	
ASL Cn2	275	12,73	11,47
ASL AI	595	9,75	10,65
ASL No	453	9,05	9,52
ASL To3	823	18,14	9

Una corretta presa in carico territoriale dei pazienti dimessi dopo IMA dovrebbe prevedere misure volte al miglioramento degli stili di vita, al trattamento e al controllo dei fattori di rischio e all'aderenza alla terapia farmacologica per prevenire l'insorgenza di successivi eventi cardiovascolari o cerebrovascolari (denominati eventi MACCE) e ridurre morbilità e mortalità. Il calcolo per l'anno 2024 considera gli esiti rilevati entro 12 mesi dalla data di dimissione dei ricoveri per Infarto miocardico acuto avvenuti nell'anno 2023: il Piemonte si trova ad un livello superiore alla media nazionale per complicazioni MACCE con punte tra le più alte in Italia per le ASL VCO, TO3, CN1 e Novara.

Infarto Miocardico Acuto_ MACCE a 1 anno (2023)			
Area	N	% Grezza	% Adj
Italia	77619	17,22	
ASL Vco	217	21,66	23,45
ASL To3	823	21,63	22,82
ASL Cn1	546	22,53	22,52
ASL No	453	22,08	22,4
ASL Citta' Di TO	1246	21,27	20,38
ASL Cn2	275	20,36	20,11
ASL AI	595	18,82	19,9
ASL To4	754	18,17	19,43
ASL At	250	17,6	18,55
ASL Vc	225	17,33	18,35
ASL To5	409	17,11	17,73
ASL Bi	257	11,67	12,39

TEMO CHE LE MALATTIE
PIU' DIFFUSE NELLA NOSTRA
SOCIETA' SIANO QUELLE DEL
RICAMBIO ... GENERAZIONALE



Un altro ambito che merita attenzione sono gli esiti da ricovero di ictus ischemico. La mortalità ad un anno dopo il ricovero presenta valori medi vicini a quelli medi nazionali, ma molto alti solo nel VCO.

Ictus ischemico_ mortalità a 1 anno (2023)			
Area	N	% Grezza	% Adj
Italia	53124	15,28	
ASL Vco	136	22,06	21,58
ASL No	309	14,89	16,56
ASL AI	476	15,76	16,28
ASL Cn1	440	15,23	16,23
ASL To4	511	16,44	16,14

Anche la mortalità a 30 giorni complessivamente in Piemonte è leggermente più alta della media nazionale (10,1%), ma più critico il valore per le ASL di Alessandria, Asti e Vercelli

Ictus ischemico_ mortalità a 30 giorni (2024)				
Area	Regione	N	% Grezza	% Adj
Italia	Italia	51374	9,16	
ASL AI	Piemonte	513	13,45	12,33
ASL At	Piemonte	201	12,44	11,97
ASL Vc	Piemonte	160	11,88	11,48
ASL To5	Piemonte	270	10,37	10,43
ASL Bi	Piemonte	193	10,36	10,3
ASL To4	Piemonte	538	10,04	10,16
ASL Cn1	Piemonte	460	10,43	9,77
ASL No	Piemonte	327	10,09	9,51
ASL To3	Piemonte	529	8,88	9,42
ASL Vco	Piemonte	175	9,71	9,32
ASL Citta' Di TO	Piemonte	795	9,43	9,23

Risulta comunque che molti ospedali presentano mortalità a 30 giorni dei propri ricoveri per ictus ischemico su tassi più alti della media nazionale. Alcuni non raggiungono il numero minimo di casi trattati previsto dal DM 70/2015 che è pari a 100 interventi/anno.

Ictus ischemico_ mortalità a 30 giorni (2024) per struttura						
Struttura		Comune	N	% Grezza	% Adj	RR
Italia			51374	9,16		
Ospedale Santo Spirito	AL	Casale Monferrato	55	18,18	16,56	1,81
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Novara	286	13,99	14,33	1,56
Osp.Civile Ss.Antonio E Biagio	AL	Alessandria	264	12,88	13	1,42
Ospedale Martini	TO	Torino	97	14,43	12,81	1,4
Ospedale San Giacomo	AL	Novi Ligure	178	14,05	12,4	1,35
Ospedale Civico Chivasso	TO	Chivasso	91	15,39	12,33	1,35
Ospedale Maria Vittoria	TO	Torino	124	12,9	11,81	1,29
Presidio Osp. Cardinal G. Massaia	AT	Asti	190	12,63	11,6	1,27
Ospedale Civile E.Agnelli	TO	Pinerolo	155	10,97	11,08	1,21
Ospedale Santa Croce	TO	Moncalieri	148	10,81	11,05	1,21
Az. Ospedal. S. Croce E Carle	CN	Cuneo	297	10,77	10,52	1,15
Azienda Ospedaliero Universitaria S.Luigi	TO	Orbassano	95	10,53	10,45	1,14
Ospedale San Giovanni Battista Molinette	TO	Torino	412	7,52	9,51	1,04
Ospedale Degli Infermi	BI	Ponderano	190	10	9,49	1,04
Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco	TO	Torino	352	7,67	9,45	1,03
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	96	10,42	9,17	1
Istituto S.S. Trinita'	NO	Borgomanero	134	8,21	8,41	0,92
Ospedale San Biagio	VB	Domodossola	145	8,97	8,3	0,91
Ospedale Di Savigliano	CN	Savigliano	86	8,14	8,11	0,88
Presidio Osped. Riunito Sede Di Cirie'	TO	Cirie'	129	9,3	8,01	0,87
Ospedale Di Mondovi'	CN	Mondovi'	82	8,54	7,81	0,85
Ospedale Mauriziano Umberto I	TO	Torino	156	7,05	6,67	0,73
Ospedale Michele E Pietro Ferrero	CN	Verduno	107	7,48	6,19	0,68
Ospedale Civile Di Ivrea	TO	Ivrea	104	3,85	5,79	0,63
Ospedale Degli Infermi	TO	Rivoli	143	5,59	5,65	0,62
Ospedale Civile Di Susa	TO	Susa	13	30,77		
Ospedale Civile Di Cuorgne'	TO	Cuorgne'	39	23,08		
Ospedale Di Ceva	CN	Ceva	3	100		
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Borgosesia	10	20		
Presidio Osped. Riunito Sede Di Lanzo	TO	Lanzo Torinese	2	0		
Ospedale Ss. Antonio E Margherita	AL	Tortona	6	33,33		
Presidio Sanitario Gradenigo	TO	Torino	37	13,51		
Ospedale San Lorenzo	TO	Carmagnola	13	15,39		
Ospedale Oftalmico	TO	Torino	1	100		
Ospedale Maggiore	TO	Chieri	23	30,44		
Ospedale Civile Ovada	AL	Ovada	2	50		
Casa Di Cura Citta' Di Bra	CN	Bra	4	0		
Ospedale Civile Acqui	AL	Acqui Terme	10	10		
Casa Di Cura Fornaca Disessant	TO	Torino	2	0		
Policlinico Di Monza Spa - Presidio Clinico	NO	Novara	1	0		
Ospedale San Rocco	NO	Galliate	1	0		
Ospedale Di Saluzzo	CN	Saluzzo	1	0		

I valori di mortalità più alti in genere si trovano nei presidi che trattano pochi casi anche perché possono essere eventi che si manifestano durante il ricovero o che pervengono alla

struttura in modo casuale. Va osservato che in alcuni casi vi è una proporzione significativa di riammissioni al ricovero.

Ictus ischemico_ riammissioni ospedaliere a 30 giorni (2024)

Struttura	PROV	Comune	N	% Grezza	% Adj	RR
Italia			48080	6,88		
Istituto S.S. Trinita'	NO	Borgomanero	129	13,95	14,45	2,1
Presidio Osp. Cardinal G. Massaia	AT	Asti	174	8,62	8,67	1,26
Azienda Ospedaliero Universitaria S.Luigi	TO	Orbassano	86	8,14	8,2	1,19
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	89	7,87	8,16	1,19
Ospedale San Biagio	VB	Domodossola	135	8,15	8,05	1,17
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Novara	267	7,87	7,97	1,16
Ospedale Santa Croce	TO	Moncalieri	135	7,41	7,35	1,07

L'insieme degli indicatori riguardanti l'infarto miocardico acuto e l'ictus ischemico possono fornire una valutazione sulla capacità complessiva del sistema sanitario di riconoscere la diagnosi, procedere tempestivamente al ricovero e seguirne successivamente l'evoluzione. Siccome sono patologie diffuse e presenti nel gruppo principale delle cause di morte, sembra necessario porre particolare attenzione alla gestione dei relativi percorsi di diagnosi e cura, considerando che i valori degli indicatori complessivamente rappresentano una situazione di leggera difficoltà rispetto all'andamento medio nazionale e più marcata rispetto alle regioni di riferimento che normalmente si indicano in Lombardia, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna.

Un altro indice della capacità di approcciare correttamente alle cure riguarda l'esecuzione dell'intervento chirurgico per la frattura del collo del femore entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero, di pazienti ultrasessantacinquenni. Diversi studi hanno dimostrato che a lunghe attese per l'intervento corrisponde un aumento del rischio di mortalità e di disabilità del paziente; di conseguenza, le raccomandazioni generali sono che il paziente con frattura del collo del femore venga operato entro 24 ore dall'ingresso in ospedale. Il Dm 70/2015 indica come percentuale minima di questi interventi entro 48 ore il 60%.

La Relazione dell'Agenas rileva che, se in generale vi è stato un miglioramento importante a livello generale, vi sono però disomogeneità importanti intraregionali. Tale situazione riguarda anche il Piemonte



Area	Regione	N	% Grezza	% Adj
Italia	Italia	80859	60,48	
ASL Vc	Piemonte	246	49,19	48,28
ASL At	Piemonte	287	52,61	53,45
ASL AI	Piemonte	560	58,57	58,16
ASL To4	Piemonte	707	58,56	61,05
ASL Citta' Di Torino	Piemonte	1451	67,47	67,42
ASL To5	Piemonte	346	70,23	69,29
ASL No	Piemonte	447	69,13	69,7
ASL Cn1	Piemonte	539	70,5	72,65
ASL Vco	Piemonte	224	72,32	73,38
ASL To3	Piemonte	833	74,43	74,18
ASL Cn2	Piemonte	192	76,04	75,84
ASL Bi	Piemonte	261	77,39	76,91



A questa situazione corrisponde una difficoltà negli ospedali di riferimento come si può osservare dalla tabella seguente in cui sono riportati i valori più bassi.

Frattura del collo del femore_ intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero (2024)					
Struttura	PROV	Comune	N	% Grezza	% Adj
Italia			80859	60,49	
Osp.Civile Ss.Antonio E Biagio	AL	Alessandria	201	53,23	52,65
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	174	50	49,18
Presidio Osp. Cardinal G. Massaia	AT	Asti	285	46,32	47,05
Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco	TO	Torino	275	41,46	41,35
Ospedale Ss.Pietro E Paolo	VC	Borgosesia	70	38,57	36,85

Un'altra misurazione indiretta della capacità di risposta dei servizi per alcune patologie di grande diffusione riguarda i cosiddetti ricoveri evitabili che tradizionalmente in Piemonte sono stati sempre abbastanza bassi. Attualmente si rilevano **solo** tassi più alti di ospedalizzazioni per complicanze a lungo termine **nelle ASL del VCO e di Vercelli e per la BCO nelle Asl di Asti, Vercelli. Cuneo1, Torino e Alessandria** che sono su valori superiori alla media nazionale,

Ospedalizzazione per complicanze a lungo termine del diabete				
Area	N	% Grezza	% Adj	RR
Italia	11145	0,22		
ASL Vco	73	0,51	0,46	2,05
ASL Vc	48	0,34	0,31	1,37

Ospedalizzazione per broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)			
Area	N	% Grezza	% Adj
Italia	69470	1,39	
ASL At	370	2,2	2
ASL Vc	255	1,81	1,6
ASL Cn1	571	1,64	1,59
ASLCitta' Di Torino	1179	1,61	1,51
ASL AI	621	1,71	1,5

Gli accessi al Pronto soccorso sono uno dei maggiori segnali di capacità del sistema di gestire le esigenze sanitarie della popolazione. La maggiore utilizzazione del PS indica la difficoltà delle persone ad accedere alle cure necessarie soprattutto per quanto riguarda i codici a più bassa complessità (negli indicatori PNE vengono indicati i codici bianchi e verdi). Purtroppo, **il Piemonte è la Regione che ha uno dei tassi più alti di accessi per 1000 abitanti in pronto soccorso, alcune ASL hanno il doppio degli accessi rispetto al valore medio italiano**

Tasso di accessi in PS nei giorni feriali (da lunedì a venerdì) dalle ore 8.00 alle ore 20.00 di adulti con codice di dimissione bianco_verde (2024)				
Area	N	% Grezza	% Adj	RR Adj
Italia	3360393	64,89		
ASL To5	34298	129,32	129,34	1,99
ASL Citta' Di Torino	95815	126,73	126,79	1,95
ASL To4	54269	122,12	122,11	1,88
ASL To3	56437	111,99	112	1,73
ASL Cn2	16221	109,58	109,52	1,69
ASL Vco	13244	90,03	90,03	1,39
ASL Vc	12636	86,96	86,94	1,34
ASL Cn1	29363	81,42	81,32	1,25
ASL AI	29370	78,61	78,59	1,21
ASL Bi	11146	76,69	76,71	1,18
ASL No	9131	30,29	30,28	0,47
ASL At	3062	17,65	17,65	0,27

Analogamente avviene per gli accessi nelle ore notturne e nelle festività

Tasso di accessi in PS nelle ore notturne, nei giorni prefestivi e festivi (sabato, domenica e festività) di adulti con codice di dimissione bianco_verde (2024)				
Area	N	% ab. Grezza	% ab. Adj	RR Adj
Italia	2653124	51,23		
ASL Citta' Di Torino	72749	96,22	96,65	1,89
ASL To5	25474	96,05	96,43	1,88
ASL To4	39586	89,08	89,56	1,75
ASL Cn2	11776	79,55	79,65	1,55
ASL To3	38730	76,85	77,4	1,51
ASL Vco	9494	64,54	65,12	1,27
ASL AI	22780	60,97	61,58	1,2
ASL Bi	7994	55	55,73	1,09
ASL Vc	8003	55,07	55,58	1,08
ASL Cn1	18757	52,01	52,12	1,02
ASL No	7558	25,07	25,1	0,49
ASL At	2373	13,68	13,78	0,27

Si potrebbe anche raffigurare questa situazione come espressione di una grande fiducia dei cittadini nelle strutture di emergenza, ma bisogna invece sottolineare che il numero rilevante di accessi in PS è motivato dai problemi che i cittadini devono affrontare nei percorsi di cura e diagnosi a livello territoriale e di assistenza domiciliare.

A completamento dell'analisi abbiamo anche osservato gli studi di Agenas relativi alle performance delle Aziende sanitarie locali e abbiamo rilevato che molte Asl del Piemonte si trovano tra i valori bassi in Italia di presa in carico in ADI e, contemporaneamente, tra i valori alti di accessi in PS evitabili per ultra settantacinquenni. I dati sono rilevabili nella pagina di Agenas del portale statistico riguardante le performance delle Aziende sanitarie locali e specificatamente nella sezione "indicatori di assistenza distrettuale": (<https://stat.agenas.it/web/index.php?r=public%2Findex&report=32>).

L'attività ospedaliera

L'attività ospedaliera è studiata con oltre 170 indicatori e quindi è possibile avere un'analisi abbastanza articolata dei presidi di ricovero pubblici e privati. Qui se ne analizzano solo alcuni, riprendendo anche aspetti della relazione dell'Agenas che riguardano specificamente la realtà della Regione Piemonte.

La relazione evidenzia, tra l'altro, ancora una certa frammentarietà in Italia della casistica ospedaliera che contrasta con la necessità di concentrarla in poche qualificate strutture in particolare per quelle relative alle prestazioni di elevata complessità assistenziale al fine di garantire una migliore qualità delle cure, sulla base della voluminosa documentazione scientifica che correla i volumi di attività con gli esiti.

In ambito cardiocircolatorio ci soffermiamo sugli aspetti presi in particolare considerazione da parte di Agenas.

In un quadro positivo per quanto riguarda l'effettuazione della PTCA (angioplastica coronarica percutanea, procedura importantissima per ridurre il rischio di morte per infarto), segnaliamo le anomalie ancora presenti, in particolare nei presidi dove viene effettuato un numero di procedure inferiore a 250 (soglia minima prevista dal DM 70/2015). (*probabilmen-*

te in quelle in cui il numero è di poche unità potrebbero esserci errori di registrazione o codifica delle SDO)

PTCA_ volume di ricoveri con almeno un intervento di angioplastica (2024)			
Struttura	PROV	Comune	N
Policlinico Di Monza Spa - Presidio Clinico	NO	Novara	218
Ospedale Martini	TO	Torino	195
Stabilimento Ospedale Castelli	VB	Verbania	54
Casa Di Cura Cellini	TO	Torino	52

Quasi ovunque tale procedura viene effettuata entro 90 minuti dall'entrata in Ospedale anche in percentuali molto più alte di quelle indicate dal DM 70/2015 tranne che all'Ospedale Mauriziano e in alcuni presidi con casistica molto bassa: ospedali di Susa, Chivasso, Casale, Novi Ligure, casa di cura Cellini, Gradenigo, Pinerolo ed altri con solo 1 o 2 casi, anche se, per alcuni di questi, non avendo strutture di cardiologia interventistica, accorerebbe poter analizzare il dettaglio delle registrazioni delle SDO (Il DM 70/2015 prevede che per i casi di pazienti con infarto miocardico STEMI in fase acuta, va osservata una soglia minima pari almeno 60% della proporzione di PTCA entro 90 min dall'accesso).

Per gli interventi di Bypass aortocoronarico isolato si osserva nel tempo una diminuzione degli stessi dovuta all'utilizzazione di altre procedure meno invasive, in linea con gli andamenti nazionali e con esiti di mortalità a 30 giorni al di sotto dei valori attesi. Anche per gli interventi di valvuloplastica si osservano buone performance con concentrazione di casistica (salvo per pochissime strutture) e con esiti sulla mortalità a 30 giorni in linea con i migliori dati a livello nazionale.

Più articolata risulta la frammentazione per gli interventi per tumore. Per quello alla mammella sono presenti ancora un certo numero di presidi che non raggiungono la soglia minima di 150 interventi/anno come da tabella seguente dove sono indicate solo le strutture che non raggiungono la soglia minima

Intervento chirurgico per TM mammella_ volume di ricoveri (2024)			
Struttura	PROV	Comune	N
Ospedale Martini	TO	Torino	143
Ospedale Santa Croce	TO	Moncalieri	142
Ospedale Di Savigliano	CN	Savigliano	137
Ospedale Degli Infermi	TO	Rivoli	112
Presidio Osped. Riunito Sede Di Cirie'	TO	Cirie'	101
Istituto S.S. Trinita'	NO	Borgomanero	86
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	62
Ospedale Civile E.Agnelli	TO	Pinerolo	39
Casa Di Cura Fornaca Disessant	TO	Torino	16
Sedes Sapientiae Srl	TO	Torino	15
Ospedale Civico Chivasso	TO	Chivasso	13
Clinica Santa Caterina Da Siena Srl	TO	Torino	6
Policlinico Di Monza Spa - Casa Di Cura	VC	Vercelli	4
Ospedale Maria Vittoria	TO	Torino	2
Ospedale Centro Traumatologico Ortopedico	TO	Torino	2
Torino Nord Emergenza San Giovanni Bosco	TO	Torino	2
Casa Di Cura E Riposo S. Luca Spa	TO	Pecetto Torinese	1
Policlinico Di Monza Spa - Presidio Clinico	NO	Novara	1
Centro Ortopedico Di Quadrante - Coq Spa	VB	Omegna	1

Va segnalato che la proporzione di pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella è alta e su valori superiori alla media nazionale nella maggior parte dei presidi, ma vi sono alcuni ospedali nei quali tale procedura è effettuata ancora su percentuali piuttosto basse (in tabella sono riportati i dati dei presidi che hanno una percentuale minore di quella nazionale)

Proporzione pazienti sottoposte a ricerca linfonodo sentinella durante ricovero per intervento TM mammella (2024)				
Struttura	PROV	Comune	N	% Grezza
Italia			55730	72,04
Ospedale Degli Infermi	BI	Ponderano	156	70,51
Casa Di Cura Fornaca Disessant	TO	Torino	10	70
Osp.Civile Ss.Antonio E Biagio	AL	Alessandria	138	68,84
Presidio Osp. Cardinal G. Massaia	AT	Asti	138	65,22
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	56	64,29
Ospedale Di Savigliano	CN	Savigliano	126	62,7
Ospedale Civico Chivasso	TO	Chivasso	12	58,33
Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna	TO	Torino	615	57,89
Ospedale Martini	TO	Torino	112	55,36
Ospedale Michele E Pietro Ferrero	CN	Verduno	144	34,03
Clinica Santa Caterina Da Siena Srl	TO	Torino	4	25
Casa Di Cura E Riposo S. Luca Spa	TO	Pecetto Torinese	1	0
Policlinico Di Monza Spa - Presidio Clinico	NO	Novara	1	0

Per gli interventi per tumore maligno del colon molte strutture non raggiungono la soglia minima di 50 interventi come da tabella seguente (sono indicate solo quelle che non raggiungono la soglia)

Intervento chirurgico isolato per TM colon_ volume di ricoveri (2024)			
Struttura	PROV	Comune	N
Ospedale Sant'andrea	VC	Vercelli	46
Ospedale Santa Croce	TO	Moncalieri	46
Presidio Osped. Riunito Sede Di Cirie'	TO	Cirie'	45
Istituto S.S. Trinita'	NO	Borgomanero	39
Ospedale Maria Vittoria	TO	Torino	38
Ospedale Civico Chivasso	TO	Chivasso	37
Ospedale Ss. Antonio E Margherita	AL	Tortona	34
Ospedale San Giacomo	AL	Novi Ligure	32
Presidio Sanitario Ospedale Cottolengo	TO	Torino	32
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Verbania	28
Ospedale San Biagio	VB	Domodossola	25
Ospedale San Lorenzo	TO	Carmagnola	23
	VC	Borgosesia	22
Ospedale Civile Acqui	AL	Acqui Terme	15
Ospedale Maggiore	TO	Chieri	11
Casa Di Cura Koelliker Ospedalino	TO	Torino	7
Policlinico Di Monza Spa - Casa Di Cura	VC	Vercelli	6
Casa Di Cura Fornaca Disessant	TO	Torino	4
Policlinico Di Monza Spa - Presidio Clinico	NO	Novara	4
Villa Maria Pia Hospital	TO	Torino	2
Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'anna	TO	Torino	2
Ospedale Civile Di Susa	TO	Susa	1
Casa Di Cura E Riposo S. Luca Spa	TO	Pecetto Torinese	1
Clinica Santa Caterina Da Siena Srl	TO	Torino	1
Casa Di Cura Citta' Di Bra	CN	Bra	1

Per l'intervento isolato del TM del retto solo le Molinette superano ampiamente la soglia di 50 casi e meno della metà dei presidi raggiunge la soglia per il TM della prostata.

Per la resezione per TM del pancreas vi è una grande frammentazione e, anche se il DM 70/2015 non riporta soglie, esiste ampia letteratura sulla relazione volumi-esiti e pertanto pare non corretta l'esecuzione di pochi casi di intervento come avviene in gran parte delle strutture con eccezione dell'Ospedale Mauriziano, del San Giovanni Bosco di Torino, dell'Ospedale della Carità di Novara e di Molinette. Anche per gli altri tumori maligni si osserva ancora una dispersione della casistica importante per la quale occorreranno ulteriori riflessioni ed approfondimenti.

Sono presenti parecchi indicatori che riguardano la mortalità per TM dopo intervento. In generale sia i valori riguardanti le singole strutture che quelli relativi alle ASL sono su livelli medi regionali in

linea con quelli nazionali o al di sotto di questi e non si riscontrano valori al di fuori di range accettabili, ma vi sono alcune strutture che si scostano decisamente dai valori medi con ricadute nelle ASL di riferimento. In alcuni presidi si ripetono gli scostamenti per diversi tipi di tumore. Siccome la materia è di complessa analisi, ma con effetti importanti sulla popolazione, occorrerebbe non solo un'analisi di dettaglio dei dati riportati, ma anche della concreta gestione dei percorsi di diagnosi e cura e, quindi, del funzionamento della rete oncologica in quei contesti. Rilevante risulta l'analisi delle attività perinatali che in generale hanno in Piemonte esiti e valori positivi per quanto riguarda gli indicatori utilizzati. Il problema più importante concerne il fatto che sono presenti ancora un gruppo di presidi nei quali sono eseguiti meno di 500 parti all'anno (che è la soglia minima accettabile), anche se per una buona capacità assistenziale si dovrebbe arrivare almeno a 1000 parti/anno.

Parti_ volume di ricoveri (2024)			
Struttura	PROV	Comune	N
Ospedale San Giacomo	AL	Novi Ligure	445
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Verbania	427
Ospedale Sant'Andrea	VC	Vercelli	392
Ospedale Maggiore	TO	Chieri	390
Ospedale Santo Spirito	AL	Casale Monferrato	252
Ospedale San Biagio	VB	Domodossola	75

Va segnalato che pochi presidi hanno ancora percentuali di parti con taglio cesareo primario superiori alla media nazionale, in particolare l'Ospedale di Casale Monferrato e l'ospedale Castelli di Verbania.

Proporzione di parti con taglio cesareo primario					
Struttura	PROV	Comune	N	% Grezza	% Adj
Italia			309224	22,19	
Ospedale Santo Spirito	AL	Casale Monferrato	213	24,41	30,55
Stabilimento Ospedaliero Castelli	VB	Verbania	371	25,88	28,7
Osp. Maggiore Della Carita'	NO	Novara	1586	24,02	23,25
Ospedale Mauriziano Umberto I	TO	Torino	1059	23,61	22,33

Per quanto riguarda l'appropriatezza delle cure, la relazione si sofferma sulle modalità con le quali si esegue la colecistectomia laparoscopica considerando che gli standard del DM 70/2015 prevedono che siano eseguiti almeno 100 ricoveri /anno e con una proporzione di essi non inferiore al 70% con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni. Quasi tutti i presidi svolgono tale attività, ma alcuni di essi non raggiungono i 100 casi: Villa Maria Pia Hospital, Policlinico di Monza di Alessandria, Stabilimento Ospedaliero Castelli, Centro Ortopedico Di Quadrante - Coq Spa, Casa Di Cura Fornaca Di Sessant, Ospedale Santo Spirito di Casale, Casa Di Cura Città di Bra . Fondazione del Piemonte per l'oncologia, Ospedale Civile di Susa, Ospedale Ss.Pietro e Paolo, Clinica Santa Caterina da Siena Srl. Casa di Cura Villa Igea, Casa Di Cura Cellini. Quasi tutti i presidi tranne Martini e Maria Vittoria di Torino e gli Ospedali di Borgosesia e di Verbania sono al di sotto della percentuale del 70% di ricoveri con degenza postoperatoria inferiore a 3 giorni.

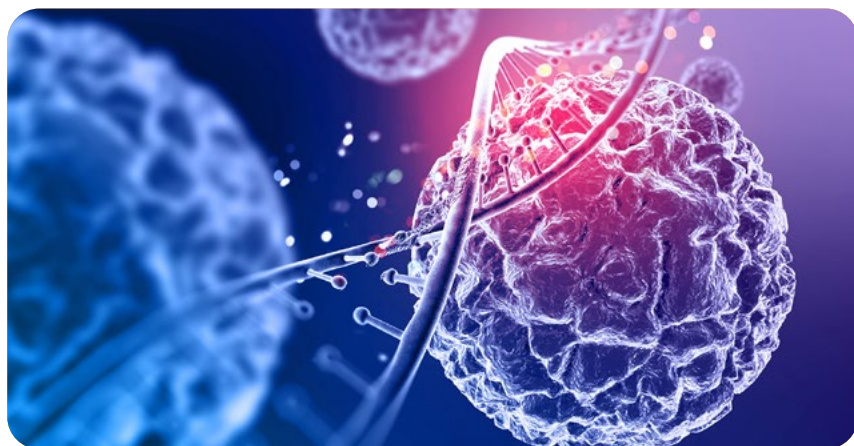
L'indicatore "ospedalizzazione per interventi di "stripping di vene" consente di identificare un potenziale sovrautilizzo o sottoutilizzo della tecnica chirurgica. Normalmente non appare appropriato un eccessivo uso di tale procedura chirurgica in quanto vi è diffusa documentazione riguardante l'appropriatezza dell'uso dell'intervento in sostituzione di altre procedure e cure non invasive.

Ospedalizzazione per interventi di stripping di vene (2024)					
Area	Regione	N	% Grezza	% Adj	RR
Italia	Italia	13809	0,28		
ASL Bi	Piemonte	178	1,26	1,25	4,52
ASL At	Piemonte	108	0,64	0,64	2,32
ASL Cn2	Piemonte	87	0,61	0,61	2,22
ASL To4	Piemonte	251	0,58	0,58	2,09
ASL To3	Piemonte	231	0,47	0,47	1,7
ASL Cn1	Piemonte	161	0,46	0,47	1,7
ASL To5	Piemonte	104	0,41	0,4	1,47
ASL Vc	Piemonte	49	0,35	0,35	1,25
ASL AI	Piemonte	117	0,32	0,32	1,16
ASL Città Di TO	Piemonte	213	0,29	0,3	1,08
ASL No	Piemonte	44	0,15	0,15	0,54
ASL Vco	Piemonte	19	0,13	0,13	0,47

Un altro possibile segnale di inappropriatezza riguarda l'eccessiva ospedalizzazione per tonsillectomia. Il razionale dell'indicatore - Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia - specifica che: "Le linee guida nazionali ed in-

ternazionali concordano nell'indicare la necessità di limitare l'intervento di tonsillectomia esclusivamente ai bambini con significativa apnea ostruttiva, ai bambini con otiti medie ricorrenti o con sinusiti croniche/ricorrenti con fallimento della terapia antibiotica appropriata, ai bambini o adulti con tonsilliti acute gravi ricorrenti. L'indicatore permette di misurare la variabilità geografica dei tassi di ospedalizzazione. Elevati tassi di ospedalizzazione per tonsillectomia suggeriscono la possibile presenza di casi trattati chirurgicamente senza una chiara indicazione al trattamento chirurgico". Pertanto andrebbe valutata con attenzione l'eventuale uso inappropriato di tale procedura nelle aziende in cui tale tasso di ospedalizzazione è molto alto e tra i più alti d'Italia

Ospedalizzazione per intervento di tonsillectomia (2024) (1)					
Area	Regione	N	% Grezza	% Adj	RR
Italia	Italia	18912	2,12		
ASL Vco	Piemonte	88	4,2	4,3	2,03
ASL Vc	Piemonte	92	4,22	4,22	1,99
ASL Cn2	Piemonte	108	4,17	4,09	1,93
ASL To4	Piemonte	285	3,91	3,96	1,87
ASL Bi	Piemonte	72	3,58	3,65	1,72
ASL To5	Piemonte	167	3,59	3,61	1,7
ASL At	Piemonte	98	3,54	3,54	1,67
ASL No	Piemonte	173	3,35	3,34	1,58
ASL AI	Piemonte	178	3,26	3,28	1,55
ASL Città Di TO	Piemonte	369	3,15	3,12	1,47
ASL To3	Piemonte	228	2,77	2,82	1,33
ASL Cn1	Piemonte	174	2,72	2,69	1,27



Le treemap

La relazione dell'Agenas illustra, inoltre, il metodo del *treemap* (strumento di valutazione sintetica della qualità degli ospedali) che rappresenta in una figura a colori (ogni colore indica il grado di soddisfazione per il tipo di attività ospedaliera) un'immagine immediata di valutazione del presidio. Il *treemap* per l'edizione 2025 si compone di 30 indicatori, e si concentra sulla valutazione in 8 ambiti: • cardiocircolatorio • nervoso • respiratorio • chirurgia generale • chirurgia oncologica • gravidanza e parto • osteomuscolare • nefrologia. Per ogni indicatore vengono indicati differenti pesi in con-

siderazione dei valori riportati. Quindi, tali pesi vengono valutati all'interno di ogni area clinica e si attribuisce una valutazione da "molto alto" a "molto basso" e si compone per ogni area, in proporzione alla casistica, un colore che, assemblato con gli altri, dà un'immagine riassuntiva dello stato di ogni presidio. Il numero di casi trattati non influenza la valutazione.

È stata fatta una selezione di quei presidi che avessero solo valutazioni *Molto alta* o *Alta* per almeno 6 aree cliniche e sono state indicate nella presentazione agli organi di informazione, inducendo l'idea che tali presidi fossero in qualche modo i "migliori"; tra questi il Piemonte è rappresen-

tato solo dall'Ospedale di Savigliano in quanto è l'unico che ha almeno 6 ambiti clinici con valori *Molto alti* e *alti*. Tale metodo di valutazione non può tener conto di tutte le specificità o del fatto che nei presidi specialistici in cui ci sono poche aree cliniche il livello delle prestazioni potrebbe essere molto elevato. Peraltro, in Piemonte vari presidi hanno tutti i valori degli ambiti clinici come *molto alti* o *alti* e solo un'area con valutazione media come Molinette, Santa Croce e Carle di Cuneo, ecc. oppure con tutte valutazioni positive ma con poche aree cliniche rappresentabili.

Si propongono 2 esempi di *treemap* del Piemonte

Ospedale Di Savigliano

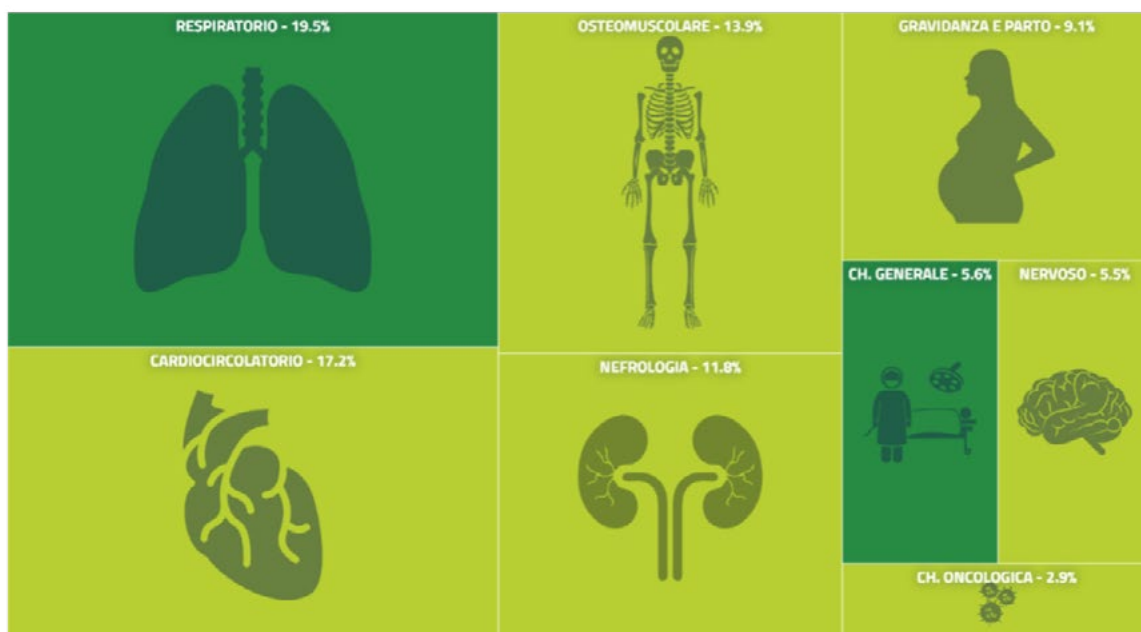
Area proporzionale al volume di attività
Dettaglio degli indicatori rappresentativi dell'area clinica

Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:

Ente Ospedaliero 5734
Polo Ospedaliero 4904

■ Molto Basso
■ Basso
■ Medio
■ Alto
■ Molto Alto
■ ND

Ospedale Di Savigliano



Risulta che hanno valore *molto alto*, secondo tale metodologia, per l'ambito cardiocircolatorio l'Ospedale di Asti, per la chirurgia oncologica gli ospedali Santa Croce e Carle di Cuneo, Martini Torino, Cardinal Massaia di Asti e Ferrero di Verduno, per gravidanza e parto Ospedale Maria Vittoria, Ospedale Martini, Presidio Ospedaliero Cardinal G. Massaia Asti, Az. Ospedaliera S. Croce e Carle, Ospedale Ostetrico Ginecologico Sant'Anna, per osteomuscolare Ospedale Maria Vittoria Torino, Ospedale Maggiore Chieri, Ospedale Mar-

tini Torino, Ospedale Civile E. Agnelli, Pinerolo, Ospedale degli Infermi Ponderano (BI), Ospedale Michele e Pietro Ferrero Verduno (CN), Ospedale di Mondovì, Presidio Sanitario Gradenigo Torino, Az. Ospedaliera S. Croce e Carle Cuneo, Ospedale Mauriziano Umberto I Torino, Ospedale Centro Traumatologico Ortopedico Torino, Ospedale Civile di Susa, Casa di Cura Koelliker Ospedalino Torino. Nessun presidio del Piemonte compare con livelli *molto alti* per l'ambito neurologico.

L'analisi fin qui svolta riguarda gli

aspetti che riteniamo più significativi del sistema PNE. Ovviamente l'analisi sull'attività ospedaliera potrebbe ancora essere sviluppata per altri ambiti.

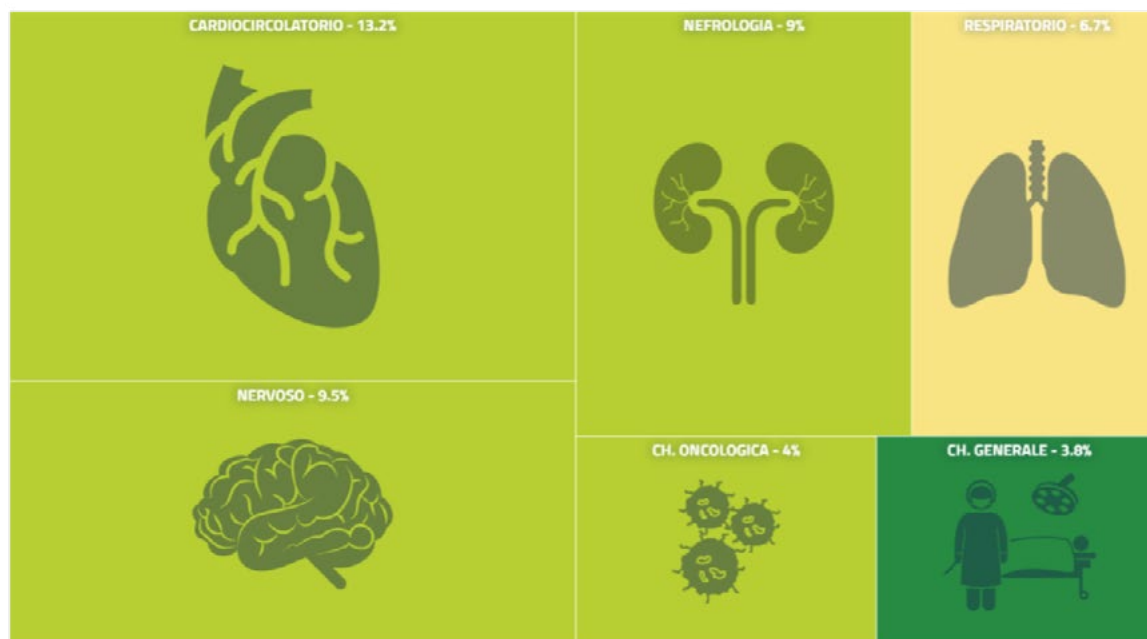
In estrema sintesi si potrebbe affermare che in generale per gli aspetti analizzati da Agenas il Piemonte si trova in posizione accettabile in relazione agli andamenti nazionali, anche se in qualche caso in difetto rispetto alle Regioni tradizionalmente di riferimento, ma con valori critici di alcune strutture rispetto a quelli medi o di standard previsti dalla normativa o dalla letteratura scientifica.



Volume di attività totale delle aree cliniche in esame:



Ospedale San Giovanni Battista Molinette



Dal nostro sito cipesalute.org
 (cliccando sulla pagina e poi sui singoli titoli si possono leggere notizie e documenti)

Salute, sanità, news

- **RAPPORTO 2025 PROGRAMMA NAZIONALE ESITI PNE Agenas**
- **Piano di Azioni Nazionale per la Salute Mentale. PANSM 2025 – 2030**
- **Performance delle aziende sanitarie ospedaliere . AGENAS**
- **Performance delle Aziende sanitarie territoriali .AGENAS**
- **Morti evitabili per cancro in Europa. OECD**
- **Profilo della sanità 2025 ITALIA. OECD**
- **RAPPORTO OASI 2025**
- **Health at a Glance 2025 OECD**
- **Verso un'integrazione strutturata e sistemica delle cure domiciliari per non autosufficienti in Italia RAPPORTO OCSE**
- **Rapporto BES 2024**



Accompagnare la fine della vita: l'eredità viva di Daniela Muggia

In 500 all'aula magna dell'ospedale molinette di torino per il convegno sull'accompagnamento empatico ai morenti: giornata di studio in omaggio a daniela muggia

Luciana Salato

Con un'affluenza straordinaria di **500 partecipanti**, si è svolto all'Aula Magna Achille Mario Dogliotti dell'Ospedale Molinette il convegno **"Accompagnamento empatico ai morenti nella formazione e nella pratica clinica"**, una giornata di studio dedicata alla memoria e all'eredità di **Daniela Muggia** (1954-2025), tanatologa di riferimento internazionale, ideatrice del metodo Ecel – Empathic Care of the End of Life e Premio Terzani 2008 per l'Umanizzazione della Medicina.

L'evento è stato promosso dall'**Università Popolare In Corde Scientia APS** (Upics), da **Tonglen Odv** e dalla **Rete Euromediterranea per l'Umanizzazione della Medicina** (Huma-

na Medicina), con il patrocinio dell'**Aou Città della Salute e della Scienza di Torino** e dell'**Ordine delle professioni infermieristiche di Torino**. A moderare la giornata, accreditata con due crediti Ecm, il giornalista **Daniel Tarozzi** e **Rossana Becarelli**, medico e presidente di Humana Medicina.

Ad aprire il convegno è stata proprio **Rossana Becarelli**, medico, antropologa e filosofa della scienza, che ha ricordato come la ricerca di Daniela Muggia abbia attraversato discipline, culture e pratiche contemplative, contribuendo a trasformare le Medical Humanities in Italia. Ha sottolineato il ruolo pionieristico della tanatologa nel portare all'interno della formazione sanitaria una nuova concezione dell'accompagnamento alla morte, fondata su empatia, spiritualità laica e rispetto profondo per il morente.

Un ritratto ampio e umano della figu-

ra di Daniela Muggia è stato tracciato da **Marina Emprin-Gilardini**, co-traduttrice di Dharma, che ha illustrato la sua opera come un intreccio di ricerca spirituale, attività editoriale, impegno formativo e dedizione alla cura della sofferenza umana e animale. La relatrice ha ricordato il ruolo fondamentale di Daniela Muggia nella diffusione della tradizione buddhista tibetana in Italia e nella fondazione di realtà associative, Tonglen e Upics, che oggi testimoniano la vitalità del suo insegnamento.

Il contributo di **Paola Di Betta**, vicepresidente di Tonglen Odv, e di **Franco Picotto**, entrambi accompagnatori volontari dell'associazione, ha ripercorso l'evoluzione di Tonglen, fondata nel 2001 da Daniela Muggia e oggi presieduta da **Giovanna Erra**, nata per rispondere al crescente bisogno di un accompagnamento empatico alla fine della vita. Il nome "Tonglen" è stato scelto per il suo significato originario, "dare e ricevere": un principio che riflette ciò che accade nell'accompagnamento, dove nel dare si riceve. L'accompagnamento empatico porta beneficio non solo alle persone in fase terminale, ma anche a chi offre questo sostegno, favorendo una crescita interiore e una nuova comprensione della propria esistenza. È un processo di condivisione e di ascolto, di sé e dell'altro. I relatori hanno ricordato l'importanza del lavoro in équipe e della formazione continua basata sul metodo Ecel, promosso da Upics, ritenuta indispensabile per il benessere e l'armonia di tutti: accompagnati e volontari. Sono stati inoltre illustrati i progetti attivi dell'associazione, tra cui *Sos per chi resta*, realizzato in collaborazione con Essere-Channel, la cui direzione editoriale è affidata alla giornalista **Anna Tamburini Torre**; i *Dat café*, momenti informali di sensibilizzazione sul tema del testamento biologico e i webinar *"E se la morte fosse vita"*. Strumenti attraverso



so i quali Tonglen promuove una cultura che riconosce la morte come parte integrante della vita, e non come un tabù da rimuovere.

A illustrare l'impianto teorico e pratico del metodo Ecel è stata **Delia Ravetti**, presidente dell'Università Popolare In Corde Scientia e docente del corso, che ha spiegato come il percorso integri tanatologia tibetana, neuroscienze e neurocardiologia formando accompagnatori capaci di mantenere uno stato mentale lucido, quieto ed empatico. Delia Ravetti ha evidenziato come la pandemia abbia reso possibile estendere la formazione e gli accompagnamenti anche a distanza, ampliando l'accesso a un metodo che richiede presenza consapevole, ascolto profondo e capacità di accogliere il morente senza proiezioni né giudizi.

Un momento di forte rilevanza clinica e sociale è stato l'intervento di **Maria Antonietta Bälzola**, medico psichiatra e docente Ecel che ha illustrato i dati allarmanti diffusi dall'Oms Europa nel rapporto MeND (Mental Health of Nurses and Doctors) dell'ottobre 2025. *«L'indagine, condotta su oltre 90.000 operatori sanitari in 29 Paesi, rileva che un medico e un infermiere su tre soffrono di depressione o ansia, e uno su dieci ha riferito pensieri suicidari nelle due settimane precedenti. In Italia, i numeri restano drammatici, con il 28% dei medici e il 32% degli infermieri affetti da sintomi depressivi»*.

Maria Antonietta Bälzola ha descritto il burn out come *«una malattia dell'anima»*, riprendendo le definizioni di Christine Maslach, e ha mostrato come il metodo Ecel di Daniela Muggia e le pratiche contemplative basate sulla *Compassion* possano rappresentare un cambio di paradigma nella protezione psicologica dei professionisti, un approccio che migliora il benessere dell'operatore e del caregiver, l'efficacia della cura e riduce i costi sociali e sanitari. Ha così lanciato un appello a una "rivoluzione culturale" nelle organizzazioni sanitarie, che consideri il benessere dell'operatore parte integrante del percorso clinico.

L'intervento di **Paola Vivalda**, medico palliativista, ha messo in luce il ruolo fondamentale della comunicazione empatica nelle cure palliative. Richiamando evidenze internazionali, il modello Spikes per la comunicazione delle notizie difficili e le fasi emotive descritte da Elisabeth Kübler-Ross, la relatrice

ha mostrato come una comunicazione competente riduca ansia, sofferenza e senso di isolamento del paziente. Un caso clinico discusso durante il convegno ha testimoniato la portata trasformativa di un approccio relazionale consapevole nel percorso alla fine della vita.

La psicologa e antropologa **Tania Re** ha proposto un dialogo tra tradizioni ancestrali e ricerca contemporanea, presentando un video sul tema delle piante maestre e sugli stati di coscienza alla fine della vita, a partire dal volume curato da Daniela Muggia e dal Corso di perfezionamento "Fine vita: stati di coscienza, antiche tradizioni e nuove terapie" dell'Università di Pisa. La relatrice ha illustrato come neuroscienze, pratiche contemplative e antropologia possano integrarsi in una visione multidisciplinare orientata alla qualità dell'accompagnamento.

Il contributo di **Gioacchino Paggiaro**, psicologo psicoterapeuta già direttore della Psicologia Ospedaliera nell'ambito del Dipartimento Oncologico Ausl di Bologna, ha approfondito il rapporto tra pratiche meditative e processi quantitativi, evidenziando come le nuove frontiere della fisica stiano influenzando modelli psicologici e medici, aprendo a una comprensione ampliata del ruolo della mente nella cura.

L'esperienza di **Marie Noelle Urech**, formatrice e fondatrice dell'associazione Viriditas, ha intrecciato l'amicizia personale con Daniela Muggia a una riflessione sulle paure culturali legate alla morte, sulle esperienze di Nde (Near Death Experience) e bed vision, e sui bisogni profondi che emergono nel passaggio della soglia. Il suo intervento ha riportato l'attenzione sulla continuità dei saperi tradizionali e sul ruolo dell'accompagnamento per il "dopo".

L'antropologo **Alberto Fragasso** ha infine invitato a recuperare la relazione tra sogno, natura e processi di morte, mostrando come nelle società indigene sognare i defunti sia una forma di dialogo con l'"oltre" che restituisce profondità e senso all'esistenza. Una prospettiva che potrebbe aiutare anche l'Occidente a reintegrare la morte nella propria visione del mondo.

Sono stati proiettati anche due contributi video: **Anne Givaudan**, autrice tradotta da Daniela Muggia, ha ricordato la sua opera editoriale alla guida di Edizioni Amrita; **Claudia Rainville**, microbiologa e fondatrice della Meta-

medicina, ha reso omaggio alla sua attività di editrice e ricercatrice.

A chiusura della giornata, il giornalista **Daniel Tarozzi** ha condiviso un ricordo personale di Daniela Muggia, definendola "amica e maestra di vita", presenza viva e fondamentale nella sua vita, nonostante la sua scomparsa. Ne sottolinea l'ironia, la determinazione, la capacità di aiutare gli altri e l'impatto profondo sul suo percorso umano e spirituale. Ha raccontato episodi personali e la forza con cui Daniela Muggia ha affrontato la malattia con gratitudine e lucidità. Daniel Tarozzi ha invitato infine a non limitarsi a ricordarla, ma a viverne l'eredità ogni giorno. La giornata del 27 novembre non è stata solo un omaggio, ma un vero rilancio culturale e scientifico, un invito a rimettere al centro della cura la presenza, l'ascolto profondo e la dignità di chi si avvicina alla fine della vita. Un manifesto per un'assistenza integrale, capace di unire competenze cliniche, compassione e consapevolezza.

* Ufficio Stampa Ets



Il 43° Torino Film Festival 2025

Uno sguardo sui dolori e sulle disuguaglianze nel mondo

Mirella Calvano

È stato il TFF più elegante e mondano di sempre: a Torino il glamour sembrava non essere mai il fine evidente delle azioni di cultura, come se si preferisse restare sotto tono finché non fosse completato il quadro e scoprendo poi che, presenti tutti gli elementi per il salto di qualità, si può ediventare brillanti quanto e più degli altri festival che ormai proliferano nella penisola e in Europa.

Per i modesti cinefili che affollano le proiezioni non cambia molto, ma l'atmosfera più incantata e raffinata fa piacere e dimostra che si è raggiunto un livello di affermazione internazionale finalmente adeguato.

I film fuori concorso, quasi sempre di grande qualità e in particolare lo stupendo *"Highest 2 Lowest"* di Spike Lee, il colossale *"El cautivo"* sulla storia del grande scrittore spagnolo Cervantes, il

singolare *"L'incroyable femme des neiges"* il divertentissimo americano *"Untitled home invasion romance"*, *"Nuremberg"*, *"Kiss of the spider woman"* in unottimo remake, *"I, the song"*, il trasgressivo *"Pillion"*, lo sconvolgente *"The teacher"* sulla realtà palestinese nei territori occupati (prima della attuale guerra), *"Urchin"*, l'angosciante *"Le cri des gardes"* il noioso *"Sound of falling"* e l'avveniristico *"Luz"*, hanno dato al pubblico un'ampia visione di quello che in Inghilterra, in Cile, in Bhutan, in Spagna è lo sguardo dei registi sulla società e sul mondo che cambia. Molta attenzione alla "diversità" intesa come ricchezza e valore aggiunto, ma anche come ri-

Il bisogno di riscatto di cui soffrono i più fragili, le risposte sociali spesso insufficienti e, al fondo, ancora la speranza.

schio e conflitto. La povertà, la voglia di riscatto sono sempre un forte motore di ricerca, ma con conclusioni qualche volta deludenti. L'ottimismo è fattore ancora saldo solo nella cinematografia USA, ma il lieto fine non è contemplato nella maggioranza delle storie raccontate, spesso tragiche, come nel significativo *"The teacher"* o surreali come nel racconto cileno sulle conseguenze della diffusione dell'AIDS ne *"La misteriosa mirada del flamenco"*.

Quanti di questi film arriveranno nelle nostre sale sempre meno frequentate e poco desiderose di tormentarsi sui disastri causati dal pregiudizio e dalla paura nel mondo?

In concorso, pellicole insipide come la canadese *"Ailleurs la nuit"*, la singolare *"Todas la fuerzas"* che ci fa conoscere il lavoro degli ultimi (badanti, spazzini, camerieri) in America latina e film angoscianti come *"Cinema Jazireh"* sulla spaventosa società talebana, il bellissimo *"Dya"* che dimostra come il cinema africano sia vitalissimo, anche se del tutto sconosciuto, almeno in Italia, il tenebroso e crudele *"Mo papa"* che apre una finestra sulla realtà estone, fatta, al pari delle altre occidentali, di contraddizioni e di bisogno d'amore non soddisfatto da parte dei giovani. Assente il cinema russo per ovvi motivi, la dolente conspevolezza della solitudine nell'ex stato del blocco sovietico è la protagonista di questa pellicola: l'impossibile riscatto da un destino di emarginazione si conclude con la violenza.

Violenza ce n'è tanta in molte opere, di ogni latitudine e Paese, quasi sempre agita dagli uomini e subito da donne e, soprattutto, bambini. In *"Cinema Jazireh"* l'orrore della dittatura talebana si abbatte su una vedova che cerca il suo bambino scomparso e, per non essere



The garden of earthly delight

picchiata e uccisa in quanto donna sola, è costretta a travestirsi da uomo: non troverà il figlio, ma riuscirà a salvare un altro piccolo senza famiglia caduto nella rete di sfruttamento di bambini e giovani omosessuali che continua a prosperare pur nell'intransigente moralismo afgano. Il destino disperato di bambini soli ed in balia non solo della società in cui vivono (Filippine), ma anche di disgustosi turisti del sesso provenienti dall'Europa, è il tema del film vincitore del Torino Film Festival: *"The garden of earthly delight"* - Il giardino delle delizie terrene, un pugno nello stomaco che ci ricorda quanto poco siano ancora tutelati non solo i diritti dell'infanzia, ma anche la pura e semplice possibilità di sopravvivere per i piccoli senza famiglia in paesi dove lo stato sociale non esiste e tutti chiudono gli occhi di fronte alla ferocia della battaglia della vita.

Giovani donne sopraffatte dalla brutalità del maschio dominante anche in *"Fucktoys"*, premiato per la migliore performance dell'attrice protagonista, dove ad incontri sessuali assurdi e grotteschi, tra paesaggi industriali e cieli color zucchero filato, in un viaggio pop e allucinato, si aggiunge un tentativo di femminicidio che si risolve, inaspettatamente, nella brutta fine dell'aggressore.

Dall'Inghilterra, fuori concorso, invece un divertente messaggio di tolleranza sull'omosessualità con la pellicola *"Pillion"*, che, nel condannare ogni forma di sopraffazione, compresa quella del maschio dominante su altri maschi, lancia comunque un messaggio di libertà: difficilmente potremo vederlo nelle nostre sale, tanto sarà considerato scabroso.

Molto originale il giapponese *"Black ox"*, ispirato ai "Dieci quadri del mandriano di buoi" che rappresenta il percorso vero dell'illuminazione e il risveglio spirituale raccontando di un contadino il cui solo compagno di vita è un grande bue nero.

Parlando dei film italiani, fuori concorso, nella sezione "Zibaldone" ecco l'occasione sprecata di un biopic su Grazia Deledda: *"Quasi Grazia"* si dipana lentamente in tre fasi della vita della grande scrittrice, dalla giovinezza, contrastata dalla madre nel suo desiderio di scrittura, alla maturità con il giungere della fama, al momento più importante del Nobel per la letteratura, unica scrittrice italiana a ricevere tale riconoscimento, fino alla malattia finale. Il film non ci fa conoscere né amare questa no-



Strike-figli di un'era sbagliata

stra eroina culturale. Avremmo desiderato di più da un progetto che, evidentemente, aveva come obiettivo proprio rivitalizzare una figura importantissima della nostra cultura letteraria, purtroppo senza riuscirci.

Ugualmente poco entusiasmante *"Isola"* dove non basta una, comunque, brava Fanny Ardant a risollevarne le sorti di una trama piatta, non rianimata neppure dal risvolto noir per cui la protagonista, giovane moglie di un anziano moribondo, finisce per ucciderlo e per liberarsi anche dell'invadente e manipolatrice governante (Ardant appunto).

Acclamato dagli spettatori, invece, il sempre italiano *"Laghat-un sogno impossibile"* già arrivato nelle sale, che racconta le incredibili vittorie di un cavallo quasi cieco montato da un fantino appassionato. Sicuramente piacerà.

Se arrivassero al grande pubblico potrebbero piacere anche *"Avemmaria"* e *"Separazioni"*, due film molto diversi che sondano, il primo, la profondità dei desideri dei bambini, che, superando le difficoltà del contesto in cui vivono, riescono a diventare grandi e a realizzare i propri sogni, il secondo, in bianco e nero, il dolore causato dalla perdita, che si insinua nei legami familiari sgretolandoli. Sempre in bianco e nero e molto interessante il film, in concorso, *"Il protagonista"*: ambientato a Roma, che segue la vicenda di un giovane attore napoletano ossessionato dalla famiglia che vorrebbe per lui una vita "normale", il quale finisce per immedesimarsi nei personaggi che studia o vorrebbe interpretare. Alla fine, il fallimento e la delusione porteranno ad una vertiginosa discesa nel mondo dei clochard.

Nella sezione "Zibaldone", il miglior film italiano: *"Strike - Figli di un'era sbagliata"*. Per il nostro giornale, quello che più risulta meritevole di attenzione e di successo perché affronta in modo ironico e coinvolgente il tema delle dipendenze patologiche e della presa in carico da parte degli sgangherati servizi pubblici. Sgangerati sì, ma composti anche da operatori che ci credono, che mettono al centro le persone con i loro problemi e non solo la malattia. Pazienti e medici/psicologi imparano a fidarsi gli uni degli altri e a combattere insieme le proprie insicurezze. I tre giovani registi hanno saputo creare un'opera leggera e al tempo stesso profonda dimostrando che i valori esistono ancora e ci può ancora essere molta, molta speranza.

Alcuni dati sul Festival

Numero totale delle presenze **38.000**, 120 titoli suddivisi in tre sezioni di concorso e tre sezioni non competitive. Riempimento delle sale all'**83%** con 65 titoli sold out, maggior presenza di abbonati e accreditati e un incasso complessivo di oltre 152.000 euro. Il 43TFF firma un'edizione dal forte impatto social e risultati record di visibilità, raggiungendo oltre 7,3M impression (+211%) e 3,3M persone (+232%). Le condivisioni crescono del 116%, con interazioni più profonde: +149% di condivisioni su Instagram e +23% di salvataggi, a conferma di un interesse sempre più attivo. Il festival ha avuto un'ottima copertura mediatica sui mezzi di informazione, e per la prima volta la cerimonia di apertura è stata trasmessa in diretta su RaiPlay.

➤ Dalla prima Sanità piemontese: il Piano passa, i dubbi restano

ma ha prevalso il desiderio di concludere al più presto (appena un anno) un iter che rappresenta certamente la parte più importante della mission regionale e che avrà, bene o male, le maggiori ricadute sul benessere dei piemontesi. Si riuscirà davvero con queste le norme appena approvate a velocizzare i tempi di attesa delle prestazioni? Avremo una nuova sanità sociale con i 5 milioni riservati ai caregiver familiari? La centralità della persona nei piani di assistenza, la dichiarata volontà di dare priorità alla prevenzione e alla domiciliarità avranno gli strumenti per concretizzarsi? L'annunciata riforma delle residenze sociosanitarie metterà finalmente i bisogni delle persone fragili

al centro dell'azione regionale? E' previsto un ampio spazio per il volontariato, soprattutto come "corpo logistico sanitario" dedicato al trasporto e all'accompagnamento protetto di anziani e soggetti deboli nelle strutture ospedaliere per prestazioni programmate, ma sarà potenziata l'offerta di servizi a livello territoriale liberando l'ospedale stesso di una centralità che si è rivelata spesso ingestibile soprattutto nell'emergenza-urgenza?

Si prevede la costruzione di 11 nuovi ospedali, 91 case di comunità, 30 ospedali di comunità, 49 centrali operative territoriali con un investimento di 5 miliardi di euro, ma sappiamo che le risorse finanziarie (comunque sempre insufficienti) da

sole non bastano a portare avanti in modo celere ed efficace i progetti: le case di comunità, nonostante i fondi del PNRR e le scadenze molto pressanti che il loro utilizzo comporta, sono oggi in larga parte ancora sulla carta.....

Quindi, facendo ai politici ed ai tecnici i nostri migliori auguri che il nuovo Piano Socio Sanitario regionale riesca ad affrontare da subito e con efficacia i problemi della sanità piemontese, leggeremo attentamente le modalità individuate per riportare nell'alveo della sanità pubblica tutti i piemontesi mettendo al centro le persone. E', per la nostra associazione, il più grande desiderio per l'anno nuovo e per quelli che verranno.



Aloi e Milko per "Voto, dunque sono" di Simone Fissolo. Edizioni Il Pennino

