

## **Take advantage of a pandemic to critically review some assumptions of our common thinking: Excellent healthcare and psychologists who treat discomfort**

***Viviana Langher\****

### *Abstract*

This contribution is inspired by an article published by a group of Italian doctors on *Catalyst, New England Journal of Medicine*, a few days after the declaration of a healthcare emergency in Italy. In that article, some areas of crisis in the Italian healthcare system in general and Lombardy in particular were highlighted, and the need for a rethinking of the territorial health model in a multi-professional sense was underlined. Following this solicitation, the present study analyzes the current state of the public health system on the basis of some parameters: the business process, the meanings of efficiency in public health, the myth of excellence. Downstream of this analysis, a possible working space for psychologists in a rethought public health is highlighted, as long as it goes beyond the collective call, which appears to be poorly developed, to employ psychologists in the treatment of social distress of a population that has had to practice living conditions rigidly devoted to isolation, with repercussions on people's relational and economic life.

*Keywords:* pandemic; National Healthcare System; community medicine; clinical psychologists; health psychologists.

---

\* Associate professor in Clinical Psychology, Department of Dynamic and Clinical Psychology, University of Rome "Sapienza". E-mail: [viviana.langher@uniroma1.it](mailto:viviana.langher@uniroma1.it)

Langher, V. (2020). Approfittare di una pandemia per rivedere criticamente alcuni assunti del nostro comune pensare: Sanità eccellenti e psicologi curatori del disagio [Take advantage of a pandemic to critically review some assumptions of our common thinking: Excellent healthcare and psychologists who treat discomfort]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 17-27. doi:10.14645/RPC.2020.1.799

## **Approfittare di una pandemia per rivedere criticamente alcuni assunti del nostro comune pensare: Sanità eccellenti e psicologi curatori del disagio**

***Viviana Langher\****

### *Abstract*

Il presente contributo prende spunto da un articolo pubblicato da un gruppo di medici italiani su *Catalyst, New England Journal of Medicine* (NEJM), pochi giorni dopo la dichiarazione di emergenza sanitaria in Italia. In quell'articolo si mettevano in evidenza alcune aree di crisi del sistema sanitario italiano in generale e lombardo in particolare, e si sottolineava la necessità di un ripensamento del modello di sanità territoriale in senso multiprofessionale. Seguendo questa sollecitazione, il presente studio analizza l'attuale stato del sistema sanitario pubblico sulla base di alcuni parametri: il processo di aziendalizzazione, i significati dell'efficienza in sanità pubblica, il mito dell'eccellenza. A valle di questa analisi, viene messo in evidenza uno spazio possibile per gli psicologi in una sanità pubblica ripensata, a patto di andare oltre la chiamata collettiva, che appare poco elaborata, di impiegare gli psicologi nel trattamento del disagio sociale di una popolazione che ha dovuto praticare condizioni di vita rigidamente votate all'isolamento, con ripercussioni sulla vita relazionale ed economica delle persone.

*Parole chiave:* pandemia; Sistema Sanitario Nazionale; medicina di comunità; psicologi clinici; psicologi della salute.

---

\* Professore Associato di Psicologia Clinica, Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica, Università Sapienza di Roma. E-mail: [viviana.langher@uniroma1.it](mailto:viviana.langher@uniroma1.it)

Langher, V. (2020). Approfittare di una pandemia per rivedere criticamente alcuni assunti del nostro comune pensare: Sanità eccellenti e psicologi curatori del disagio [Take advantage of a pandemic to critically review some assumptions of our common thinking: Excellent healthcare and psychologists who treat discomfort]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 15(1), 17-27. doi:10.14645/RPC.2020.1.799

Più disperato dell'appello dei medici dell'ospedale Giovanni XXIII di Bergamo, pubblicato su NEJM Catalyst (Nacoti et al. 2020) poco più di un mese fa, c'è stato forse il viso di Attilio Fontana, governatore della Lombardia, quando ha ascoltato il bollettino della protezione civile del 26 marzo. Dopo due giorni di dati incoraggianti, nel segno della diminuzione di morti, malati e contagiati, il governatore ha dovuto dare notizia alla popolazione che quel giorno contagiati e morti erano nuovamente in aumento e il sollievo tanto agognato si dissolveva nel breve tempo necessario alla dettatura dei numeri di questa triste e angosciante statistica.

Per comprendere la natura di un andamento occorre una competenza statistica che in primo luogo inviti alla cautela e si esprima solo dopo che indici e cifre si sono così affastellati che qualcosa di ben probabile possa essere concluso. Fontana non è uno statistico, tuttavia l'angoscia che ha espresso di fronte a quella indesiderata impennata dei numeri non rappresenta soltanto la reazione di un laico che interpreta sommariamente i dati che gli vengono propinati; essa condensa l'angoscia di un popolo tutto intero che aspetta un segno dal cielo, o dai giornali o dagli esperti, che il pericolo cominci ad essere scampato.

Fontana fa sua l'angoscia di una regione che, a buon diritto, si considera ed è considerata all'avanguardia sul territorio italiano, "il motore d'Italia", sede di innumerevoli eccellenze: moda, imprese, sviluppo sostenibile, reddito pro capite, qualità dei servizi. La qualità eccellente della sanità lombarda è opinione condivisa, e ripetuta come una cantilena propiziatoria, forse per esorcizzare la paura: tutto sommato siamo stati fortunati che in Italia il focolaio peggiore e più violento di Covid-19 sia avvenuto lì, perché se fosse avvenuto in altre regioni meno dotate dal punto di vista delle strutture sanitarie, quella che in Lombardia è una innegabile tragedia sarebbe altrove stata una ecatombe di proporzioni epocali.

Eppure qualcosa non ha funzionato. Gli ospedali di Bergamo, di Brescia, di Cremona non sono riusciti a fronteggiare l'afflusso dei malati di Covid-19 bisognosi di assistenza per le loro condizioni critiche. A Milano si sono costruite nuove strutture, tirate su anche in tempi da record, come accaduto negli spazi dell'ex fiera. L'immagine è stata quella di un territorio assediato, che gioca la sua strenua resistenza nelle roccaforti costituite dagli ospedali e dai loro cuori pulsanti e respiranti della terapia intensiva e subintensiva, con medici e infermieri stremati da turni massacranti, pieni di dolore e di paura, malati che muoiono soli, a volte poco assistiti perché non c'è abbastanza personale disponibile, pochi dispositivi di protezione personale, medici e infermieri che si ammalano e poi alcuni muoiono, tamponi che possono esser fatti ai sanitari solo a patto di avere almeno due sintomi, solo negli ultimi giorni le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sono di effettuare i tamponi anche con un solo sintomo. Questa immagine somiglia piuttosto a un girone dell'inferno dantesco e mal si combina con quella di una sanità regionale eccellente. Anche se nelle ultime settimane questo scenario sia andato modificandosi, con coloriture un po' meno drammatiche (anche perché ci si sta apprestando ad affrontare la seconda emergenza, quella economica), chi scrive ritiene che sia un esercizio salutare quello di mantenere l'attenzione sulla emergenza sanitaria italiana, per poter individuare, meglio ancora se la dolorosa emergenza stia guadagnando lentamente l'uscita, alcune possibili aree di miglioramento. Ci si attende che in questi mesi l'attenzione politica, amministrativa e scientifica possa convergere sulla necessità di correggere i difetti di un sistema sanitario che ha dimostrato, in questa tragedia collettiva non solo italiana, molti dei suoi limiti.

### ***La competizione sull'eccellenza***

Io ritengo sia utile diluire la densità della parola "eccellente", che pronunciata ogni volta evoca nella nostra mente qualità ideali, ampiamente desiderabili e difficilmente raggiungibili.

L'eccellenza è diventata una sorta di formazione reattiva all'immagine deteriorata della sanità e di altre porzioni di cosa pubblica italiana, come ad esempio l'università e la ricerca, deturpata da bilanci spreconi e in disordine, da disinvoltura o malaffare nelle spese, da interpretazione feudale del potere e da connesso proliferare di baroni che controllano e governano i loro piccoli domini.

Lo scandalo della cattiva gestione nella cosa pubblica si è palesato violentemente durante il tempo austero della spending review, a partire dal 2007, con l'istituzione della Commissione Tecnica per la Finanza Pubblica (Carapella, Fontana, & Montanino, 2019). Se il nostro Paese voleva restare nel novero dei paesi civili avrebbe dovuto darsi una regolata e cominciare a mettere a posto i bilanci. La sanità è certamente una delle voragini della nostra spesa pubblica, anche perché, civilissimo tra i paesi civili, l'Italia garantisce da decenni i servizi di salute a tutti i cittadini, senza differenza di ceto, di etnia, di orientamento religioso, e anche di regolarità di presenza sul territorio italiano.

Tuttavia, la nobile spinta al risanamento dei bilanci, insieme ad alcune sue deleterie conseguenze, ha origini un poco più remote. All'inizio degli anni '90 del secolo scorso, con la riforma del titolo V della nostra costituzione, la sanità si "decentralizza" e passa alla gestione regionale. La trasformazione è imponente, anche perché si accompagna alla riforma della struttura organizzativa e funzionale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN): non più apparato burocratico della macchina dello stato, ma azienda. Il parametro principale influenzato da questa trasformazione è il modo in cui i soldi vengono spesi.

Permettendoci una grande semplificazione, nella versione precedente, "burocratica" (Guadagni, 2013), i soldi pubblici vengono spesi a valle di una generosa ricognizione dei bisogni degli utenti, dei professionisti, degli amministratori. I medici, organizzati in formali gerarchie, hanno gran voce in capitolo nell'individuare le voci di spesa dei bilanci sanitari, ciò sulla base dell'assunto che la competenza medica sia la prospettiva più attendibile nelle procedure di rifornimento e nella individuazione delle strategie di sviluppo di una organizzazione sanitaria. È una fase di grande espansione del potere e del sapere medico. Nella versione aziendale, diversamente, il denaro pubblico, diminuito e perciò molto valorizzato, viene erogato sulla base di spese razionalizzate e sottoposte e severe procedure di controllo atte a massimizzare l'oculatazza della spesa. Le organizzazioni sanitarie vengono guidate da top manager, di profilo professionale per lo più economico, affiancati da una direzione sanitaria che governa le materie di specifico interesse medico.

La regionalizzazione della sanità si poggia, almeno sulla carta, sulla convinzione che le regioni possano contribuire alla razionalizzazione della spesa pubblica, facilitandone il risparmio, in virtù della maggiore sensibilità dell'istituzione locale ai bisogni di territori certamente più circoscritti che non l'intero territorio nazionale. È però evidente che la potenza economica di territori più ricchi ha potuto sovvenzionare sistemi sanitari più completi, aggiornati e con maggiore capacità penetrativa sul territorio. Questo ha creato sperequazioni nel tempo, e messo in moto dinamiche ricorsive: i pazienti che migrano da regioni meno attrezzate verso regioni più attrezzate contribuiscono a far salire la qualità delle regioni attrezzate, sia in termini di attrattività sia in termini economici, poiché il rimborso delle prestazioni sanitarie viene erogato dalla regione di provenienza; e, per converso, abbassano il livello di quelle meno attrezzate, sia in termini di incapacità di rispondere alle esigenze della popolazione, sia in termini di spesa, cioè di finanziamenti non giustificabili in relazione alle prestazioni erogate.

Il processo di aziendalizzazione dei servizi sanitari ha avuto la pretesa di portare i principi di gestione delle imprese private (tagli alle spese superflue, razionalizzazione organizzativa e funzionale, efficienza, reddito) nelle organizzazioni pubbliche. Ciò malgrado il fatto che mentre l'impresa privata vive della scommessa imprenditoriale ed economica di una persona o gruppo di persone che investe su un progetto i propri soldi, l'organizzazione pubblica si finanzia, in maniera assai preponderante, con i soldi derivanti dalle tasse dei contribuenti, i quali hanno zero gradi di libertà relativamente alla scelta su dove investire, e pagano la quota obbligatoria e congruamente calcolata per il finanziamento del Sistema Sanitario Regionale (SSR) di pertinenza.

L'obbligatorietà del finanziamento rappresenta una dimensione scissa e contrastante con la scommessa imprenditoriale di una persona, o gruppo di persone che abbia in mente di azzardare su un progetto. Di fatto, essa crea una situazione *false sé*, una sorta di ibrido che prevede principi organizzativi propri della cultura imprenditoriale dentro una organizzazione finalizzata al servizio pubblico, che gode di investimenti finanziari da parte di investitori che non possono scegliere e che non possono negoziare; in altri termini, che sono tagliati fuori dal processo imprenditoriale stesso.

Una conseguenza di questa cultura organizzativa ibrida è che il management delle aziende sanitarie ha gradualmente perso di vista i committenti reali dell'impresa, cioè i cittadini che finanziano servizi e le aziende che li offrono nel territorio di pertinenza. Esso si è invece concentrato sullo sviluppo di strategie interne all'azienda della quale è a capo, importando dalla cultura imprenditoriale privata anche principi di concorrenza con le altre aziende, a maggior ragione in tempi di austerità e revisione della spesa durante i quali le risorse economiche sono limitate, e perciò eccellere in termini di efficienza, prestigio, razionalizzazione dei costi, miglior rapporto costi/servizi diventa criterio preferenziale per l'attribuzione dei fondi pubblici. In anni recenti, da questa stessa impostazione concorrenziale e competitiva è derivato un altro criterio di eccellenza che consiste nella capacità della struttura di attrarre fondi da enti terzi.

Il medesimo percorso di sviluppo è ravvisabile nelle università e nei centri di ricerca di matrice pubblica: (apparente) sburocratizzazione e spending review hanno catapultato anche la ricerca nell'universo del mercato privato, "come se" si trattasse di imprese private naturalmente portate a primeggiare le une sulle altre in termini di competizione tra loro, profitto incluso.

Quando le USL (Unità Sanitarie Locali) sono diventate ASL (Aziende Sanitarie Locali), siamo stati traghettati in una nuova epoca, dove la parola chiave “efficienza” ha significativamente contribuito a organizzare i processi decisionali, in termini di gestione, di struttura e di funzione. L’efficienza, per lo più intesa come sistema di riferimento per razionalizzare le spese, si è di volta in volta declinata in differenti modi: ridurre i tempi di ricovero negli ospedali, accorpate reparti, riorganizzare servizi ambulatoriali concentrandone la logistica, ridurre significativamente il numero di esami e visite specialistici da prescrivere e, ineluttabilmente, con la potenza di una mannaia, ridurre il personale, dai primari, agli specialisti, ai medici di base, agli infermieri, ai tecnici, agli operatori socio sanitari. A titolo di esempio, possiamo considerare che in Italia nel 1997 erano offerti 250.442 posti letto pubblici e ogni medico di base aveva assegnati 1.065 abitanti (Ministero della Salute, 1997); nel 2017 (anno dell’ultima statistica disponibile sul sito del Ministero della Salute) siamo scesi a 191.000 posti letto (che però in questa rilevazione comprendono il 23,3% di posti accreditati<sup>1</sup>) e ogni medico di base aveva assegnati 1.211 abitanti (Ministero della Salute, 2017). Questa media italiana nasconde in realtà enormi oscillazioni locali. La combinazione di regionalizzazione e spending review ha sostanzialmente determinato l’imponente dislivello tra le diverse regioni italiane in termini di servizi sanitari offerti alla popolazione.

La Lombardia, come detto, è ben salda nella fascia di eccellenza dei servizi sanitari regionali.

Sfogliando i documenti e le pubblicazioni ufficiali della regione Lombardia in tema di sanità degli ultimi venti anni circa, sembra abbastanza chiaro quale sia stata la linea di sviluppo della sanità lombarda: l’efficienza delle strutture, la presenza di percorsi di valutazione indipendente, l’internazionalizzazione, l’investimento sulla ricerca, la capacità attrattiva di finanziamenti internazionali o privati, la competizione pubblico-privato per l’accreditamento in regione.

Grazie a questo sforzo reiterato nel tempo, la sanità lombarda si è collocata al terzo posto in Italia per qualità del SSR, come è evidente nel rapporto del Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità (C.R.E.A. Sanità) del 2019 (Spandonaro, D’Angela, & Polistena, 2019). C’è però un appunto, chiaramente presente nel rapporto C.R.E.A., che viene spesso sottovalutato quando si parla di qualità della sanità italiana, e lombarda nello specifico. È vero che Trento, Bolzano e la Lombardia sono nell’ordine i tre SSR migliori in Italia, ma questo è vero considerando quella di C.R.E.A. come una valutazione comparativa. Nel rapporto infatti<sup>2</sup> è spiegato chiaramente che la fascia alta nella quale ricadono i tre SSR menzionati copre al solo 70% la definizione di performance di eccellenza data dal ricco panel di valutatori C.R.E.A., i quali ci tengono a precisare che questo scostamento del 30% dal SSR ideale indica chiaramente che tutti i SSR, compresi i tre che guidano la classifica, hanno ancora un bel percorso da compiere per raggiungere l’eccellenza.

Questa precisazione non è banale, soprattutto considerando che il panel di C.R.E.A. è composto da stakeholder<sup>3</sup>, compresi i cittadini, i negletti finanziatori dei servizi, immaginati dai servizi sanitari come passivi utenti ai quali, nelle situazioni più evolute, si chiede al massimo di esprimere una valutazione sulla qualità dei servizi ricevuti.

La nostra impressione, però, è che sia proprio una caratteristica di questa cultura imprenditoriale-*false sé* il correre a scalare le posizioni delle classifiche nazionali e internazionali, come se il vero prodotto di quelle organizzazioni fosse quello, e non il servizio che sono chiamate a erogare nei confronti dei loro reali, ancorché non liberi, finanziatori.

Lo stesso processo è avvenuto dentro le università: la corsa a scalare i posti delle classifiche nazionali e internazionali è il diktat che ossessiona il management/la classe dirigente, come se fosse quello l’obiettivo verso cui deve tendere l’organizzazione, dimenticando – anche in questo caso – i veri finanziatori dell’organizzazione stessa, che sono i cittadini, i quali affidano a quella istituzione il compito di formare i loro giovani a realizzare il proprio percorso di sviluppo, compresa una soddisfacente entrata nel mondo del lavoro, e la capacità di contribuire a sviluppare il Paese tutto.

---

<sup>1</sup> Pertanto, se volessimo fare un paragone pulito tra i due anni presi a confronto, considerando che nel 1997 i posti letto pubblici erano considerati scorporati rispetto a quelli accreditati, per il 2017 dovremmo contare 82.000 posti letto pubblici

<sup>2</sup> Si veda pag. 185.

<sup>3</sup> Il Panel è “composto da 97 membri provenienti da tutt’Italia, e afferenti a cinque Categorie di stakeholder, ‘Utenti’ (associazioni dei cittadini, sindacati, stampa), ‘Professioni sanitarie’ (medici di medicina generale, medici ospedalieri, del servizio di emergenza urgenza territoriale, farmacisti, etc.), ‘Management aziendale’ (Direttori Generali, Sanitari e Amministrativi di Aziende Sanitarie), ‘Istituzioni’ (Assessorati regionali, Agenzia Nazionale della Sanità, Agenzia Italiana del farmaco, Ministero della Salute) e ‘Industria medicale’” (p. 183).

Nella scalata ai ranking nazionali e internazionali, essere al primo, al secondo o al terzo posto diventa una qualità assoluta, indipendente cioè dai criteri con i quali vengono formate le classifiche. Essere primi in classifica diviene un precipitato di gratificazione e autocompiacimento: ha voglia il rapporto C.R.E.A. a dire che, al massimo, si sta soddisfacendo il 70% delle aspettative degli stakeholders; il posto occupato in classifica ingoia qualunque altra informazione rilevante, la domina, si trasforma in un contenuto mentale generalizzato, poco sensibile alle più complesse e articolate informazioni che un buon esame della realtà consente di avere. In altri termini, i redattori del rapporto C.R.E.A. raccomandano ai SSR di porre la loro migliore attenzione a quel 30% di performance da raggiungere; vi è però una buona probabilità che la classifica fornita sia diventato il significato semplice e assoluto dell'essere primi, o secondi o terzi, e non piuttosto il risultato sintetico di un complesso processo di valutazione.

Questa dinamica è interessante in quanto accentua lo scollamento tra il management al governo e i cittadini finanziatori. I due poli della relazione seguono sicuramente obiettivi trasformativi differenti: i primi l'eccellenza, i secondi l'accesso ai servizi e la risposta ai propri bisogni di salute. Ma più che la differenza tra i due obiettivi, che da sola basterebbe a far prevedere un andamento sbilenco dell'organizzazione, appare come estremamente problematica l'impossibilità della negoziazione: non vi è infatti un luogo di confronto tra gli uni e gli altri; uno spazio dedicato, nel quale il management si prenda carico delle richieste dei suoi finanziatori e cerchi di interpretarle in base alla sua competenza. Né potrebbe essere, perché i cittadini non vengono rappresentati come finanziatori, ma come utenti. Finanziatore è l'amministratore pubblico, a lui si deve dar conto, nella speranza che sappia interpretare correttamente, secondo scienza e coscienza, i bisogni di salute del suo territorio. In questa negoziazione al vertice, la relazione medico-paziente, carica di significato e portatrice di informazioni vitali sullo stato di salute e sul bisogno di cura, viene sostanzialmente tacitata. Ma questa stessa relazione diviene cruciale quando personale sanitario e cittadini si incontrano all'interno dei differenti servizi. Qualunque insoddisfazione del cittadino, difficoltà nella fruizione del servizio o sua inefficienza, ritardo, incompletezza, vengono riversati sugli operatori sanitari perché essi incarnano l'organizzazione nella quale lavorano e permettono ai cittadini la realizzazione della relazione. Mentre il management del servizio e l'amministratore pubblico sono entità destinate ad essere immateriali per il cittadino, il medico e l'infermiere sono lì, in carne ed ossa: con loro si parla, ci si affida, si spera, ci si lamenta e, se del caso, si litiga e si minacciano o percorrono davvero le vie legali.

Oppure diventano gli eroi di questi giorni straordinari, perché sono loro i corpi che si spostano spasmodicamente dentro i reparti affollati di persone sofferenti e soffocanti, sono loro in carne ed ossa che salvano le vite umane affidate alle loro cure, e piangono lacrime cocenti quando si debbono arrendere all'invincibile forza della malattia.

I medici di Bergamo che hanno scritto il loro appello, hanno detto alcune cose indimenticabili. La prima è che la sanità lombarda non ha saputo curare la propria medicina del territorio. Alla luce di questa disamina appare chiaro che la medicina del territorio, rappresentata dai medici di base e dagli ambulatori, per la sua composizione variegata e discontinua, si presta assai poco ai sistemi di valutazione nazionale e internazionale standardizzata, capace di decretare le classifiche di eccellenza. E forse anche, per la sua natura diffusa e frammentata, è incompatibile con modelli gestionali verticistici, rendendo presumibilmente troppo disarticolato il dialogo con i decisori. Per questo motivo appare la figlia minore e trascurata della sanità lombarda, e non solo lombarda.

L'ipotesi degli autori dell'appello è che il SSR si debba dotare di un sistema di vigilanza e intervento sulla comunità che deve essere quanto più capillare e flessibile possibile, che può essere ben interpretato dai medici di base e dalle cliniche mobili, unità operative specificamente attrezzate che penetrano la comunità e sanno utilizzare in maniera razionale le risorse presenti nella comunità, compresi i ricoveri domiciliari. Alla luce della dolentissima situazione che si è sviluppata in Lombardia, altre regioni sembrano aver imparato da questi errori e provato a correre ai ripari, sperimentando forme non estemporanee di assistenza domiciliare (vedi in particolare Emilia-Romagna e Campania).

La seconda è che gli ospedali lombardi sono stati assediati e non sono stati in grado di reggere il colpo. Anche questo è comprensibile. Gli ospedali della Lombardia sono noti in Italia e all'estero per essere dei punti di riferimento distintivi, sono preferiti anche dai cittadini di altre regioni, sono il fiore all'occhiello. È del tutto comprensibile che abbiano costituito la prima, la più importante risorsa giocata in questa battaglia. Essi rappresentano la base sicura della sanità lombarda, ma non sono stati, purtroppo, sufficienti in questo caso: da soli, non potevano reggere. Oltre a ciò, gli autori dell'appello hanno ben spiegato come almeno due ospedali lombardi abbiano costituito essi stessi due punti di propagazione dell'infezione sul territorio. Questo ruolo

paradossale degli ospedali sembra rappresentare perfettamente uno dei punti della crisi della sanità lombarda: laddove la domanda straripante è stata posta dalla comunità intera, poiché non di singoli malati si tratta, ma di porzioni intere di territorio, esseri umani che stanno a stretto contatto gli uni con gli altri e che perciò propagano il virus, la centratura sulla struttura chiusa e contenitiva, per quanto eccellente, non è appropriata. Intrisi della stessa fantasia contenitiva sembrano muoversi gli amministratori, che hanno costruito ospedali su dal nulla, aumentando di centinaia in centinaia i posti letto, quasi folli nella brama di contenerli dentro l'intera comunità per metterla al sicuro.

Ancora, i medici di Bergamo suggeriscono con forza al sistema sanitario di cambiare paradigma, di ricentrarsi sulla comunità. Ammettono il bisogno di arricchire l'azione sanitaria di altre competenze, perché l'oggetto della azione medica, la comunità, è troppo complesso perché la sua cura possa essere risolta entro i confini del sapere e dell'agire medico. Basti pensare a quanto si sia rivelato difficile far assumere alle popolazioni interessate comportamenti adeguati da un punto di vista sanitario, perché questi comportamenti costituiscono delle significative violazioni della rappresentazione che le persone hanno di sé stesse e delle loro prerogative. L'evento pandemico di questi giorni terribili ci sta costringendo a una revisione profonda di alcune rappresentazioni scontate. Se i medici e gli operatori sanitari in genere hanno riacquisito in breve, e a costi umani molto alti, la loro credibilità e sono tornati ad essere nell'immaginario condiviso, su un piano simbolico affettivo, delle figure bonarie e protettive; sono i sistemi sanitari, così come sono stati concepiti e gestiti nelle ultime decadi, ad essere entrati in sofferenza, perché inadatti a svolgere la funzione di cura della comunità, grazie alla quale funzione essi esistono. Questo, ovviamente, non vale solo per la sanità lombarda, pur sempre una delle migliori in Italia e in Europa; vale per i sistemi sanitari di molti paesi europei, di quelli che hanno subito tagli (sia pure per più che giustificati motivi), e che si portano addosso il lutto dei troppi morti che non sono riusciti a curare, neanche dando loro l'assistenza pietosa delle cure palliative.

### ***La chiamata degli psicologi***

Al culmine della disperazione collettiva, gli psicologi sono stati invocati a gran voce perché c'è un disagio generale che né la potente azione medica, né le meno potenti azioni di risanamento economico, nel frattempo assurte alle cronache per i pesanti effetti economici del perdurare del lockdown, riescono a trattare con successo.

Apparentemente un buon segno: politici e media televisivi, gli influencer più potenti del nostro Paese, cominciano a prender atto di una potenzialità in termini di professionalità e competenza che potrebbe essere finalmente impiegata a migliorare la qualità della vita delle persone. Reazioni calorose, da parte degli organi rappresentanti la categoria; esponenti accademici e parti sociali hanno sottolineato con un plauso queste dichiarazioni rivolte a una categoria che, una volta tanto, viene riconosciuta e le viene richiesto di intervenire. Vi sono però alcune insidie che occorre, a mio avviso, tener presente per accettare la sfida senza trasformarla in un boomerang.

Cercando di non esser troppo compiaciuti per una richiesta di partecipazione all'azione collettiva di risanamento del Paese, si può fare un sano esercizio di tolleranza della frustrazione e ricordare, ad esempio, un articolo di Alfonso Berardinelli pubblicato dal Foglio il 12 aprile scorso (Berardinelli, 2020). In quel breve, colto e antipaticissimo scritto, l'autore dileggia l'intera categoria (ci appella "psicospecialisti") che invita, con malcelata stizza, a tacere una buona volta e a smetterla di dare consolatori colpetti sulla spalla alle persone, delle quali indugia a descrivere e a prescrivere come debbano sentirsi, quanto disagio provino, e come sia opportuno evitare di cadere nel tranello dei pensieri negativi, giacché a ogni ansia, paura, preoccupazione provata o riferita, corrisponde certamente la possibilità di trasformare tali angosciosi sentimenti in vissuti positivi.

Quell'articolo ha giustamente suscitato le reazioni risentite di molti colleghi; il tono del contributo, decisamente sprezzante e non scevro da grossolani errori, assomigliava al rigurgito risentito di chi ospitasse in bocca un dente avvelenato per chissà quale personale, negativa attitudine. Io propongo però di prendere il testo di Berardinelli non troppo sul serio da offendersi, ma abbastanza sul serio da cercare di capire di quale crepa, nel rapporto con il pubblico, con le persone, con l'intero Paese, esso si fa messaggero.

Da quando è iniziata la pandemia, si è verificata una progressiva attivazione degli psicologi, da una parte con l'offerta di servizi di ascolto per la popolazione, dall'altra parte con la fulminea organizzazione di gruppi di ricerca che sono partiti nei giorni immediatamente successivi la dichiarazione del lockdown che si è

progressivamente impadronito di buona parte dei cinque continenti. Facendo anche io parte del mondo accademico, ho avuto modo di notare che la risposta immediata di avviare protocolli di ricerca è stata trasversale, Sud e Nord Europa, Sud e Nord America, mi sono arrivate notizie dall’Australia e della Nuova Zelanda. Ho avuto l’impressione che ogni università, dotata di una scuola di psicologia, abbia fatto partire almeno un protocollo di ricerca. La rapidità (pochi giorni) con cui questo fenomeno si è palesato può dirci solo una cosa: di fronte ad un evento inequivocabilmente mai accaduto prima, la chiusura in casa, tanto coatta quanto accettata, di mezzo mondo, gli psicologi si sono attivati energicamente portando avanti, ovviamente senza essersi tutti messi d’accordo, una sostanziale ipotesi centrale dei loro studi: quella del grado e del tipo di disagio che le persone necessariamente provano quando confrontate con una situazione massiccia, non negoziata, fortemente limitativa. L’articolo di Berardinelli sembra prendersela proprio con questa attitudine a “prescrivere emozioni”. Suona in effetti come una prescrizione, nel senso di ridurre a zero i gradi di libertà delle persone, nel fare spazio al mondo interno dei propri soggetti e imprevedibili vissuti, quella in base alla quale cento, mille gruppi di ricerca hanno inviato al mezzo mondo chiuso in casa questionari per misurare il livello di ansia, lo stress percepito, la depressione, i disturbi del sonno, il grado di vissuto ipocondriaco, la preoccupazione, le somatizzazioni, tutti associati al binomio Covid-lockdown. Qualcuno, in un impeto di genericità, si è pure lanciato nella misura degli affetti negativi che, *incredibile dictu*, sarebbero aumentati nel corso delle settimane dopo la dichiarazione dell’emergenza. Ieri, 18 maggio, una collega intervistata a Sky tg24, interpellata per commentare l’incertezza, dichiarata da molte persone, a riprendere la normale vita fuori casa, lasciandosi il lockdown cautamente alle spalle, ha sostanzialmente liquidato la questione affermando che l’abitudine alla “vita prima del lockdown” va ripresa con gradualità, come si fa con i convalescenti che riprendono, gradualmente, a uscire di casa e a muoversi sulle proprie gambe. Possibile che, nell’incertezza di riprendere “la vita di prima”, nessuno psicologo abbia desiderato cogliere altro, cercare di capire cosa potesse comunicarci quell’incertezza, quale interessante trasformazione delle rappresentazioni del tempo quotidiano stesse ad indicare, trattandola invece come sola debolezza, fragilità, disagio?

Un problema è certamente dovuto al fatto che i gruppi di ricerca si sono voluti muovere tempestivamente; ma per far ciò, hanno dovuto far riferimento a categorie empiriche e scientifiche tradizionali e consolidate, forse adatte per tempi normali, ma inadeguate a cercar di comprendere tempi straordinari. D’altro canto, la stessa rapidità nell’attivazione dei vari gruppi di ricerca, agli occhi di un’appassionata di psicologia clinica quale io sono, richiama una risposta impulsiva, un agito, l’irruzione di una fantasia. E quale fantasia, se non quella di “possedere” le chiavi di accesso al profondo disagio delle persone? Quale tentazione, se non quella - solita - di essere la controparte dei medici che liberano i corpi dal male come noi, psicologi, liberiamo dal male le menti?

Se questo può dirsi dei ricercatori del campo, similmente si può procedere verso i difensori istituzionali delle prerogative della categoria professionale. Molti hanno sottolineato l’importanza della salute mentale, a completamento di quella medica tradizionale; gli appelli all’assunzione degli psicologi nel Servizio Sanitario Nazionale vengono pronunciati dalle voci autorevoli di stimati professionisti, chiamati a svolgere compiti di promozione politica della professione, così come da petizioni firmate (materialmente) dal popolo degli psicologi di tutta Italia. La frustrazione del non riuscire a ottenere l’atteso riconoscimento fa alzare i toni del dibattito: vengono pronunciati *j’accuse* verso Ministeri sordi al richiamo e tirchi con le spese; fino all’imbarazzante lancio di anatemi, da parte di qualche rappresentante di ordini regionali degli psicologi in modalità passivo-aggressiva, verso tutti quelli che, nulla facendo per assicurare all’immensa comunità degli psicologi un futuro glorioso, dovranno certamente assumersi la responsabilità delle disgraziate evoluzioni che faranno soccombere i popoli schiacciati dal lockdown, dalla paura del virus e dalla crisi economica incombente. Anche queste reazioni, comprese quelle scomposte, raccontano una fantasia: quella di essere intrinsecamente buoni, intrinsecamente utili, anzi necessari. L’autocompiacimento, tutto valoriale, ha di fatto gratificato una dimensione narcisistica, ma ha reso impervio il cammino verso la formulazione di una proposta pragmatica, ancorata all’esame di realtà, basata sulla fine analisi dei bisogni delle parti in gioco, delle risorse disponibili, e di tutti quei meccanismi inconsci, intrisi di emozionalità, che decretano il successo o l’insuccesso delle iniziative di cambiamento.

L’attuale governo ha incluso una funzione psicologica nella task force ufficiale che si sta occupando della gestione della crisi, e il bisogno di psicologi è stato dichiarato in discorsi ufficiali, immediatamente rimbalzati dai media, ciò ad esprimere la preoccupazione dell’establishment per il benessere, o meglio il malessere, della popolazione. Il Corriere della Sera pubblicava, il 20 aprile scorso, che “gli scienziati [della task force – n.d.r.] avrebbero suggerito di sottoporre un campione di cittadini a un test psicologico per verificare quanto tempo



ancora siano in grado di sopportare il lockdown. Uno strumento che servirà a modulare i prossimi messaggi pubblici e le successive scelte. Soprattutto per *garantire quella tenuta sociale* [corsivo mio – n.d.r.] che ha finora retto ma che dopo un mese e mezzo rischia di vanificare quanto fatto finora” (Guerzoni & Sarzanini, 2020, n.d.). È evidente che politici, e media di rimando, riconoscono il disagio nella popolazione riguardante almeno due grandi ambiti: la cessione di quote delle libertà personali in cambio di sicurezza e la preoccupazione per l’impoverimento economico del Paese e per i relativi risvolti.

Anche la chiamata degli psicologi, da parte dei politici e dei media televisivi, a trattare il disagio della popolazione corrisponde a quella che potremmo senza problemi denominare una fantasia, con risvolti anche un po’ opportunistici: la fantasia della “madre preoccupata”, che usa la preoccupazione come pressione su un terzo per far sì che egli accetti di cavar le castagne dal fuoco al posto suo. Ora, uno psicologo appassionato di clinica di fronte a un Tizio preoccupato per il disagio che, secondo il Tizio medesimo, Caio sta provando e dal quale dovrebbe esser liberato, fa l’analisi della domanda a Tizio ed evita di farsi mettere in mezzo, collusivamente, a cercar di aiutare Caio a superare il disagio e a trasformarlo magari in un pensiero positivo. Tuttavia, il fermento e l’eccitazione che ha attraversato la comunità psicologica per questa insperata attenzione di politici e media ha impedito, ancora una volta, un adeguato processo di riflessione che avrebbe consentito, più che far generiche richieste di assunzioni a carico del SSN, di fare una proposta operativa, o più proposte, a quegli stessi decisori, dimostrando di aver compreso non solo qual è il problema e qual è il disagio, ma anche quali sono le risorse e le linee di sviluppo che possono essere percorse per contribuire ad evitare che questa crisi mondiale finisca con lo spezzarci le reni. Sollevare la popolazione dal disagio e decidere cosa fare, quali azioni di miglioramento della qualità della vita delle persone vanno attuate è compito della politica, non degli psicologi. È un segnale di debolezza della politica delegare gli psicologi a procurare sollievo dal disagio, ed è una sollecitazione dell’onnipotenza degli psicologi, che non va accettata ma restituita al mittente. D’altro canto, trattare il disagio come un problema della popolazione che va eradicato significa, da parte degli psicologi, spegnere i segnali di conflitto circa la gestione politica, il che li fa scivolare nella inconsapevole posizione di garanti dell’ordine costituito. Infine, la convocazione degli psicologi in questo momento difficile ha evidenti tratti utilitaristici. Il Ministero della Salute, ad esempio, ha offerto un servizio gratuito online di supporto psicologico (che ha riscosso un successo assai modesto in termini di richieste arrivate e prestazioni erogate). Ancora una volta, l’offerta è marcata “ansia, confusione, stress, solitudine, nervosismo, paura”. In termini comunicativi, questo lessico non si limita a selezionare un target che si identifica con quei vissuti; reifica una fantasia: lo psicologo ti aiuta a trattare questi disagi sentimenti e a farli sparire (mi duole ammetterlo, ma l’articolo di Berardinelli stigmatizza proprio questo aspetto); limita il campo dei significati, prima ancora che dell’azione plausibile, fa collassare il possibile emozionale di questa complessa situazione pandemica in poche parole dense, e così facendo contribuisce alla narrazione collettiva dell’apocalisse. E chi dovrebbe poi pagare questo servizio, nei pensieri dei decisori politici e amministratori della cosa pubblica? La popolazione che si sta impoverendo? Questo sarebbe un messaggio quanto meno paradossale, visto che gli psicologi imbarcati nel servizio online del Ministero della Salute avevano il compito di aiutare la popolazione, proprio in vista dell’anticipazione delle significative difficoltà economiche che si stanno approssimando all’orizzonte.

### ***Strade percorribili per il futuro***

Alla luce degli stanziamenti previsti dal decreto “Rilancio” (maggio 2020), gli investimenti economici destinati al SSN sono focalizzati sul rafforzamento della sanità ospedaliera e sul rafforzamento della sanità comunitaria. Nessuna menzione per gli psicologi. Prima che ciò diventi l’ennesima occasione perduta, sarà il caso di formulare delle proposte ragionevoli per partecipare al processo di revisione della sanità ospedaliera e territoriale, disponendo, peraltro, di profili specialistici perfettamente adeguati a sostenere queste funzioni. Almeno due profili specialistici, infatti, possono essere rintracciati nell’offerta formativa specialistica sanitaria dell’area psicologica. Il primo è lo psicologo specialista in psicologia clinica, con “compiti di ambito epidemiologico, metodologico, statistico, psicometrico ed informatico, [...] competenze gestionali per la progettazione di interventi in area sanitaria; lavoro multidisciplinare in équipe in contesti ospedalieri e sanitari” (Decreto n. 50/2019, p. 5). Il secondo è lo psicologo specialista in psicologia della salute, con il compito di “identificare e valutare, mediante test psicometrici, interviste, questionari e colloqui, i fattori psicologici, comportamentali e sociali di rischio e di protezione per la salute bio-psico-sociale, e i quadri patologici pertinenti nei diversi contesti di riferimento; interventi psicologici di promozione di comportamenti e stili di

vita salutari [...] volti a promuovere, tutelare e ripristinare il benessere bio-psico-sociale dell'individuo, della famiglia e dei gruppi, con particolare riferimento alle dimensioni collettive e alle strutture e istituzioni sanitarie" (Decreto n. 50/2019, p. 6).

La domanda dei medici di Bergamo che hanno firmato il contributo inviato a *Catalyst* è una domanda competente, perché differenziata, ancorata all'esame di realtà, e riconoscente una competenza specifica e correttamente attribuita. Questa domanda va raccolta, esplorata, integrata con il necessario studio e l'approfondita conoscenza, ancorata alla ricerca empirica che gli psicologi hanno già prodotto in tema di sanità territoriale, aggiornata e tradotta in una proposta. Forse, adesso che anche gli psicologi stanno uscendo da quel sentimento di urgenza che preme a far qualcosa di utile e di intelligente (e sbagliare miseramente, perché con l'urgenza uno psicologo non lavora bene), è il tempo giusto di dedicarsi allo studio di come contribuire a migliorare un servizio di salute, tenendo saldamente in mente bisogni, vissuti, simbolizzazioni, schemi relazionali, culture degli erogatori e dei destinatari di quel servizio. Il contributo della psicologia può essere determinante, nel prevenire una assai plausibile conseguenza indesiderata di questo momento di potere medico che si pone come perno centrale di una parte dell'azione politica. Non bisogna dimenticare, infatti, che il modello medico si basa, tra l'altro, su due dimensioni relazionali: la prescrizione e il controllo. Questa modalità asimmetrica funziona solo a patto che uno dei poli della relazione si senta "piccolo" e "dipendente" e sia perciò disposto ad accogliere la dominanza dell'altro. In linea di massima si adatta alla componente ospedaliera della sanità pubblica: si entra in ospedale perché fragili, ci si spoglia dei propri abiti, ci si fa mettere a letto, ci si affida, tra paura e speranza, all'azione potente di quell'adulto simbolico che saprà prendersi cura di noi. Ma questo modello relazionale, già lo sappiamo, non funziona nella sanità territoriale, dove ci si reca dal medico per scelta, con delle richieste precise - adeguate o meno questo non è rilevante - con l'attesa che il medico corrisponda al nostro bisogno e, soprattutto, con una assai maggiore propensione alla negoziazione che ci rende molto meno malleabili nel rapporto col curante. Se poi la sanità territoriale deve contemplare, come sembra ragionevole, nuovi modelli di assistenza domiciliare, allora il modello medico sarà duramente confrontato con l'esistenza dei confini privati il cui presidio, ci si può scommettere, gli abitanti delle case non cederanno tanto facilmente. La relazione tra cittadini e sanità territoriale andrà perciò saputa gestire, e non sarà sufficiente il buon senso o la soggettiva sensibilità del medico o dell'infermiere di comunità.

Il lockdown ha permesso, inaspettatamente, di forzare alcune soluzioni organizzative innovative, come il telelavoro, sul quale il nostro Paese è in significativo ritardo. Donne e uomini confinati in casa, e nella possibilità di lavorare a distanza, hanno continuato ad esser produttivi senza appesantire, con i loro spostamenti da una parte all'altra delle città, traffico stradale, qualità dell'aria e tempo personale. Molte persone, a quanto sembra, hanno beneficiato di questa nuova gestione del tempo, hanno gradito non dover correre rincorsi dai troppi impegni lavorativi e familiari, hanno scoperto di poter essere puntuali ed efficienti nelle riunioni tenute su piattaforma online. Ecco un interessante fenomeno psicosociale che può essere approfondito e sostenuto, al fine di una migliore regolazione della vita personale e lavorativa che, senza questo violento lockdown, non avremmo potuto sperimentare in tempi così brevi. Ed ecco anche un ambito in cui la ricerca psicologica può dare un contributo originale e di promozione di sviluppo. Esiste infatti una esperienza professionale e una ricerca di qualità in psicologia delle organizzazioni che può essere messa a frutto nel sostenere aziende, imprese e pubblica amministrazione a innovare la concezione arcaica di un lavoro che ancora oggi viene inteso esser punitivo, come il parto doloroso delle donne.

Gli scenari cittadini sono divenuti più amabili: cieli tersi, mari ripopolati, chiare fresche e dolci acque, uccelli cinguettanti, fiorellini di prato che spuntano nelle giunture dei sanpietrini non più transitati. Molti sono rimasti sorpresi da questi cambiamenti nella scenografia quotidiana; dalle finestre sui cortili hanno visto colori che non conoscevano, adornare quei luoghi abitualmente grigi e asfittici. È come se nella mente delle persone si fosse fatta posto una nuova immagine delle città, una possibilità di tempo lento e sprazzi di bellezza verso cui riuscire a provare anche sentimenti d'amore – non solo l'odiosa sensazione di essere stritolati da città matrigne o streghe, munite di fauci insaziabili e denti aguzzi. Il desiderio di bonificare il rapporto con i territori cittadini si sta facendo vivo da qualche anno, come dimostrano gruppi spontanei di cittadini che si fanno carico di pulire e abbellire strade e angoli altrimenti trascurati e diletteggiati, attaccati come a voler rappresentare il senso di abbandono, la solitudine, l'invisibilità da cui gli abitanti delle metropoli, specie quelli confinati nelle loro porzioni periferiche, cercano di liberarsi con queste aggressive messe in scena. Invece, lo spettacolo collettivo delle città vuotate da persone, oggetti e rumori è rimbalzato nei telegiornali, è stato fotografato dai balconi, si è rivelato come un improvviso, infantile incanto; come se anche le città avessero sofferto il frenetico e infernale passo di corsa che i loro abitanti sentono di dover tenere, e fossero per questo invecchiate male; mentre, liberate

da queste stregonerie, il loro volto avesse ripreso freschezza e colore. Vorranno gli psicologi promuovere il benessere delle comunità di cui fanno parte, aiutare i cittadini a esplorare i loro luoghi e a recuperare la bellezza, aiutarli a difendere il piacere di un tempo privato non assediato dalle torchiature che il tempo del lavoro gli infigge? Ci sono studi di avanguardia nel campo della psicologia che si occupa del complesso rapporto tra persone e loro contesto, che non è mai solo fisico ma anche sempre simbolico, i quali chiariscono gli intrecci complessi che regolano questo rapporto e che possono essere impiegati per superare l'attitudine educativa e pedagogica delle istituzioni locali, che prescrive buoni comportamenti, ma che non arriva a trasformare in bene sabotaggi e trasgressioni di norme che pure appaiono essere ben comprese e condivise. Fare a gara per accaparrarsi una fetta di disagio da trattare, e sulla base di questo rivendicare il diritto ad esistere professionalmente e a guadagnare reputazione, rischia di essere per noi l'ennesima perdita di tempo e d'occasione.

### Bibliografia

- Berardinelli, A. (2020, 12 aprile). Basta con gli psicospecialisti da megafono che ci danno colpetti sulla spalla [Enough of the megaphone psychospecialists who tap us on the shoulder]. *Il Foglio Quotidiano*. Retrieved from <https://www.ilfoglio.it/cultura/2020/04/12/news/basta-con-gli-psicospecialisti-da-megafono-che-ci-danno-colpetti-sulla-spalla-311810/>
- Carapella, P., Fontana, A., & Montanino, A. (2019). *Spending review: Imparare dal passato e favorire la crescita* [Spending review: Learn from the past and encourage growth]. Retrieved from <https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/valutazione-delle-politiche-pubbliche/tutti/dettaglio/spending-review-imparare-dal-passato-e-favorire-crescita>
- Decreto n. 50/2019 [Riordino degli ordinamenti didattici delle scuole di specializzazione di area psicologica] (19A02329) [Decree n. 50/2019, Reorganization of the educational systems of the specialization schools in the psychological area]. Retrieved from <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2019/04/09/19A02329/sg>
- Guadagni, L. (2013). *Il processo d'aziendalizzazione nel servizio sanitario nazionale* [The company process in the national health service]. Retrieved from [https://www.academia.edu/32375584/A\\_IL\\_PROCESSO\\_D\\_AZIENDALIZZAZIONE\\_NEL\\_SERVIZIO\\_SANITARIO\\_NAZIONALE\\_GENERALITA](https://www.academia.edu/32375584/A_IL_PROCESSO_D_AZIENDALIZZAZIONE_NEL_SERVIZIO_SANITARIO_NAZIONALE_GENERALITA)
- Guerzoni, M., & Sarzanini, F. (2020, 20 aprile). Coronavirus, la fase 2: Le condizioni per le Regioni che vogliono partire prima del 4 maggio [Coronavirus, phase 2: The conditions for the Regions that want to start before May 4th]. *Corriere della Sera*. Retrieved from [https://www.corriere.it/cronache/20\\_aprile\\_20/coronavirus-fase-2-condizioni-le-regioni-che-vogliono-partire-prima-2a328f02-82bc-11ea-86b3-8aab0c7cf936.shtml](https://www.corriere.it/cronache/20_aprile_20/coronavirus-fase-2-condizioni-le-regioni-che-vogliono-partire-prima-2a328f02-82bc-11ea-86b3-8aab0c7cf936.shtml)
- Ministero della Salute (1997). *Attività gestionali ed economiche delle U.S.L. e Aziende Ospedaliere, Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, anno 1997* [Management and economic activities of the U.S.L. and Hospitals, Statistical Yearbook of the National Health Service, year 1997]. Retrieved from [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1916\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1916_allegato.pdf)
- Ministero della Salute (2017). *Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale, Assetto organizzativo, attività e fattori produttivi del SSN, anno 2017* [Statistical Yearbook of the National Health Service, Organizational structure, activities and productive factors of the NHS, year 2017]. Retrieved from [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2879\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2879_allegato.pdf)
- Nacoti, M., Ciocca, A., Giupponi, A., Brambillasca, P., Lussana, F., Pisano, M., ... Montaguti, C. (2020). At the Epicenter of the Covid-19 Pandemic and Humanitarian Crises in Italy: Changing Perspectives on Preparation and Mitigation. *Catalyst non-issue content*, 1(2), 1-5. doi:10.1056/CAT.20.0080
- Spandonaro, F., D'Angela, D., & Polistena, B. (Eds.) (2019). *15° Rapporto Sanità: Il ritorno della politica nazionale in sanità* [15<sup>th</sup> Health Report: The return of national health policy]. Roma: C.R.E.A. Sanità. Retrieved from [https://www.creasanita.it/15volume\\_dwn/Libro\\_exe\\_01.pdf](https://www.creasanita.it/15volume_dwn/Libro_exe_01.pdf)