

PERIODICO MENSILE DI INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

ANNO XXXIV • N. 2 FEB 2021

**PS**

**PANORAMA  
DELLA  
SANITÀ**



# RIFONDARE IL SSN?





## QUOTIDIANA E STRAORDINARIA

Ogni giorno, da 35 anni, OSA porta assistenza sanitaria e socio-sanitaria nelle case, nelle RSSA, negli ospedali, nei centri diurni e nella riabilitazione. Lo fa con oltre 4.000 soci e per più di 45 mila persone, su gran parte del territorio nazionale. Ma soprattutto, lo fa con una forza e una capacità straordinarie, che nascono dalla formazione, dall'esperienza e soprattutto dall'amore con cui ogni socio affronta la propria missione. Che sia nella vita di tutti i giorni o, come è successo per il Covid 19, nelle emergenze sanitarie fuori dall'ordinario.



[www.osa.coop](http://www.osa.coop) [info@osa.coop](mailto:info@osa.coop)



di MARIAPIA GARAVAGLIA

Presidente Istituto Superiore Studi Sanitari Giuseppe Cannarella

## Post Scriptum

**Se non ora quando?** Stanno venendo alla luce ragionamenti e proposte riguardo l'efficienza del nostro Sistema sanitario, che vale la pena appuntare in vista di un dibattito, si spera, di riordino e rilancio. Sembra che dobbiamo tornare al passato ma per i politici contemporanei sarà tutto nuovo. La legge n.833, approvata il 23 dicembre 1978 (si noti la data), – la Riforma sanitaria – è stata conquistata con un ampio dibattito fra le forze politiche e le aggregazioni sociali, sindacati ed enti locali e ha creato cultura, quella capacità acquisita dai cittadini nell'esigere i diritti di tutela della salute. Covid-19 ha rilanciato l'attenzione dei cittadini che ne hanno registrato anche le manchevolezze. Trascuro per ora i finanziamenti e i problemi degli organici e contratti dei dipendenti del sistema per ricordare cosa è mancato nella erogazione di prestazioni per servizi territoriali inesistenti o inadeguati, non in tutto il Paese e, ovviamente, non nella stessa misura. La legge 833 e le sue revisioni ponevano come finalità primaria la realizzazione di presidi sanitari il più vicini possibili al cittadino con un decisivo ridimensionamento dell'ospedale come centro quasi esclusivo di prestazioni sanitarie. Venivano valorizzati altri obiettivi di salute – prevenzione e riabilitazione – importanti quanto la cura e anche il Fondo sanitario nazionale prevedeva finanziamenti dedicati. La zonizzazione, prima in Unità sanitarie locali e poi in Aziende sanitarie, avrebbe delimitato il livello territoriale nel quale dovessero essere presenti tutti i servizi di prevenzione, di diagnosi, di cura (ospedali, cliniche, case di cura, Rsa) e di riabilitazione. Il livello gestionale era affidato al distretto che integrava sia l'assistenza sanitaria che sociale, realizzando quella integrazione sociosanitaria, che viene ancora oggi vanamente invocata. Un disegno così definito che fine ha fatto? L'autonomia regionale – costituzionalmente garantita – non sarebbe stata lesa se, pur organizzando e regolamentando con propria normativa, avesse mantenuto una certa uniformità nelle definizioni affinché in tutta Italia i cittadini sapessero riconoscere i vari servizi presenti. Invece ci si è sbizzarriti, dalle Atss della Lombardia, alle case della salute; il Veneto ha opportunamente mantenuto Ulss e la seconda esse significa sociale, ecc. Ora il Recovery plan battezza la “casa della comunità”. Francamente ridicola. Si decida una nomenclatura facile e uguale per tutti i cittadini. Si incomincia così a suscitare senso di appartenenza da parte dei cittadini e affezione al proprio servizio sanitario. Merita tutta la nostra attenzione e sostegno, per cui, durante tutto l'anno, Panorama della Sanità accompagnerà ogni utile riflessione, con questo obiettivo.

**8**  
COSE  
dell'altroMondo

Conver  
sando  
con **20**  
SANDRA  
ZAMPA

**78**  
QUESTO

**10**  
RiTagli

**28**  
#COVER  
STORY

**80**  
Liber@mente

**14**  
hiSTORIA

**60**  
Learning

**82**  
hanno  
scritto  
per noi

**18**  
LEADING  
CHANGE

**70**  
LEGAL  
BOX

Valle d'Aosta Piemonte Liguria Lombardia Trentino-Alto  
Adige Veneto Friuli-Venezia Giulia Emilia Romagna  
**74**  
Toscana Umbria Marche Lazio Abruzzo Molise  
Campania Puglia Basilicata Calabria Sicilia Sardegna

#### Panorama della Sanità

Reg. del Tribunale di Roma n. 429/88 del 23 luglio 1988

Direttore editoriale Mariapia Garavaglia

Direttore responsabile Sandro Franco

Progetto grafico e impaginazione Giuliana Caniglia

Hanno collaborato a questo numero

Velia Cantelmo, Maria Elisabetta Gramolini,  
Clelia Palanza

Realizzato in collaborazione con l'Istituto Superiore  
di Studi Sanitari "Giuseppe Cannarella"

Presidente Mariapia Garavaglia

Direttore Generale Sandro Franco

#### Editore **KOS** | EDITRICE

Kos Comunicazione e Servizi srl  
Via Vitaliano Brancati, 44 - 00144 Roma  
segreteria@koscomunicazione.it

Redazione redazione@panoramasanita.it  
www.panoramasanita.it

Ufficio abbonamenti Istituto Superiore Studi Sanitari  
"Giuseppe Cannarella"

Tel. 0659290256 - segreteria@istitutostudisanitari.it

Non è possibile richiedere numeri arretrati oltre 1 anno  
dalla data di pubblicazione.

Concessionaria per la pubblicità

Kos Comunicazione e Servizi S.r.l.

Tel. 0631052392 - segreteria@koscomunicazione.it

#### Stampa Tipografia Facciotti Snc Roma

Panorama della Sanità garantisce la riservatezza dei dati forniti  
dai propri abbonati nel rispetto regolamento Ue 2016/679  
sulla tutela dei dati personali. Qualora non foste interessati a  
ricevere la rivista a titolo promozionale si può mandare una  
comunicazione a: segreteria@koscomunicazione.it

Poste Italiane S.P.A. Spedizione in Abbonamento Postale -  
D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/2/2004 n. 46) art. 1 comma 1  
DCB - Roma - ISSN 1827-8140

Per la produzione di questa rivista  
è stata utilizzata carta naturale e senza legno.  
Nessun albero è stato abbattuto.





## Post Scriptum *Sandro Franco*

### Dov'è il piano attuativo per la vaccinazione di massa?

I lunghi mesi del primo lockdown li abbiamo superati in qualche modo bene perché c'era la speranza. Alla fine, ce l'avremmo fatta. "Andrà tutto bene", era scritto sulle lenzuola appese fuori gli ospedali e dei condomini.

Sono seguiti mesi di alti e bassi, di fiducia e di aspettative deluse, di gioia per la fine del lockdown e nuovi timori per la recrudescenza del virus.

Ma anche di inaspettati successi. Contro le previsioni e le più rosee aspettative, con uno sforzo mai visto fin'ora della scienza, della tecnologia e dell'industria e con un'imponente massa di finanziamenti dei governi finalmente, a fine novembre, sono stati autorizzati i primi vaccini. Anche la Gran Bretagna, che tra le nazioni europee era stata la più scettica sugli effetti del Covid-19, è poi partita in contropiede autorizzando, prima dell'Ema, i vaccini giunti alla fine della sperimentazione e ha poi cominciato a vaccinare in massa i propri cittadini.

**E noi? Come abbiamo messo a punto l'imponente macchina organizzativa necessaria per la vaccinazione, attesa da mesi, della popolazione?** Abbiamo presentato il concept della campagna vaccinale, financo il progetto dei padiglioni temporanei da utilizzare per la somministrazione del vaccino (ma chi lo dovrà fare?) nelle principali piazze italiane enunciando solennemente, per bocca del Commissario Arcuri, il 14 dicembre scorso, "Stiamo lavorando senza sosta perché la vaccinazione inizi da metà gennaio".

La vaccinazione, come è noto, è cominciata anticipatamente, simbolicamente il 27 dicembre. E fino ad ora non è neanche andata male: a fine gennaio sono stati somministrati 1.903.334 vaccini ma 564.490 persone hanno completato la vaccinazione. Si è trattato di personale sanitario e di pazienti delle Rsa. E le 293 strutture individuate sono state sufficienti. Se tanto ci da tanto, anche ottimisticamente triplicando le vaccinazioni giornaliere, ci vorranno più di 10 mesi per vaccinare gli altri 40 milioni di italiani che sono considerati la soglia minima per l'immunità di gregge. Sperando sempre nella continuità delle consegne dei vaccini. **Questione di aritmetica.**

Con buona pace di Ursula von der Leyen che auspica la vaccinazione del 70% della popolazione adulta prima dell'estate.



# Verso una vision di un sistema “flessibile”

di FEDERICO SPANDONARO

Si abbia il coraggio di uscire dalla logica top-down, ovvero da quella della mera ripartizione dei fondi su capitoli di spesa, e si sviluppi invece **un algoritmo trasparente per misurare il rendimento atteso, per il Ssn e per il Paese, delle progettualità**

L'emergenza Covid-19 ha inevitabilmente creato consapevolezza su alcuni pregi, ma anche su alcuni significativi limiti del Servizio sanitario nazionale: limiti, peraltro, noti da tempo e persistenti a causa del fallimento di alcune azioni rimaste meramente sulla carta, tra cui il potenziamento dell'assistenza primaria. Non si può pensare che l'inerzia delle politiche sanitarie sia casuale: è, piuttosto, ascrivibile a una mancanza di visione; e in mancanza di visione prospettica si determina il rischio di rima-

“NON POSSIAMO PERMETTERCI DI COMMITTERE L'ERRORE  
DI INVESTIRE PER MANUTENERE L'ESISTENTE”

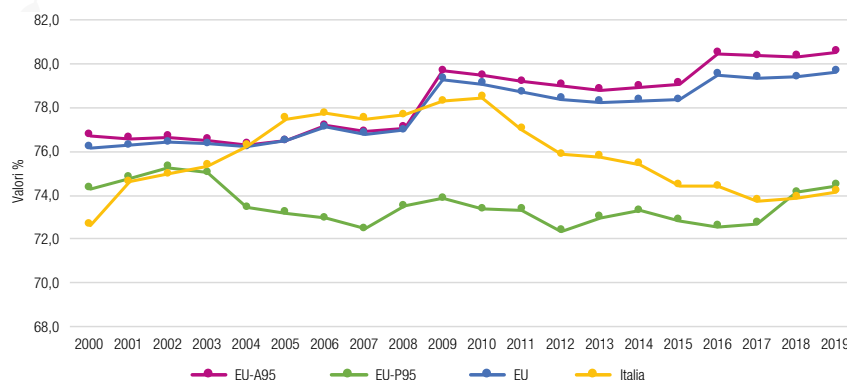
neri sempre schiavi di una gestione del settore sanitario in “continua emergenza”, con costi economici e umani che si sono dimostrati significativi. Il momento, per il Ssn italiano, è topico; prima di tutto per effetto del probabile arrivo di ingenti risorse: senza una chiara progettualità, e un adeguato orizzonte temporale, il rischio immediato e concreto è quello di sprecare le risorse in investimenti inutili; e, in definitiva, di provocare il “suicidio” del Ssn. Non possiamo permetterci di commettere l'errore di investire per mantenere l'esistente o tentare di recuperare ritardi su politiche ormai obsolete alla luce della dirompente innovazione che caratterizza il settore; è, invece, necessario creare le condizioni per la transizione verso un nuovo e innovativo modello di servizio sanitario: un modello che risulti efficace ed efficiente anche fra dieci o più anni. Non si può neppure equivocare sul significato del termine investimento; un mero impegno di risorse in conto capitale non rappresenta di per sé un re-



## FINANZIAMENTO PUBBLICO IN RITIRATA

La quota di finanziamento pubblico della spesa sanitaria in Italia si è, negli anni, progressivamente ridotta, risultando ormai inferiore a quella dei Paesi dell'Europa dell'Est (Eu-Post 1995). Il settore pubblico, pur rimanendo la principale fonte di finanziamento della spesa sanitaria in tutti i Paesi dell'Unione Europea, nei Paesi definiti Eu-Ante 1995 (Europa occidentale) fa fronte in media all'80,5% della spesa sanitaria corrente, mentre in Italia e nei Paesi dell'Est rispettivamente al 74,1% e al 74,5%

### Finanziamento pubblico della spesa sanitaria corrente



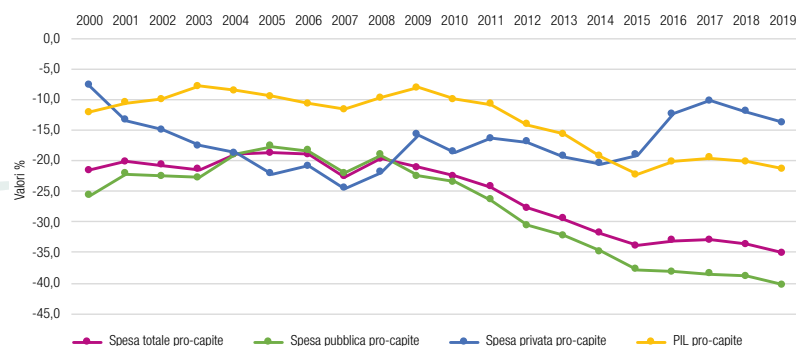
Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

## SPESA SANITARIA

In Italia si spende per la Sanità il 35,1% in meno rispetto ai Paesi dell'Europa occidentale e il gap continua a crescere: nell'ultimo anno si è registrata una ulteriore riduzione dell'1,5% rispetto al 2018; rispetto al 2000 la forbice si è allargata del 13,6%. Il gap della spesa pubblica risulta ancora più consistente, essendo arrivato a superare il 40% (-40,2%). Di contro, sul fronte della spesa privata, il gap risulta contenuto (-13,7%) e sostanzialmente allineato al differenziale di reddito nei vari Paesi.

### Trend della spesa sanitaria corrente e del PIL pro-capite in euro.

Gap Italia vs EU-Ante 1995



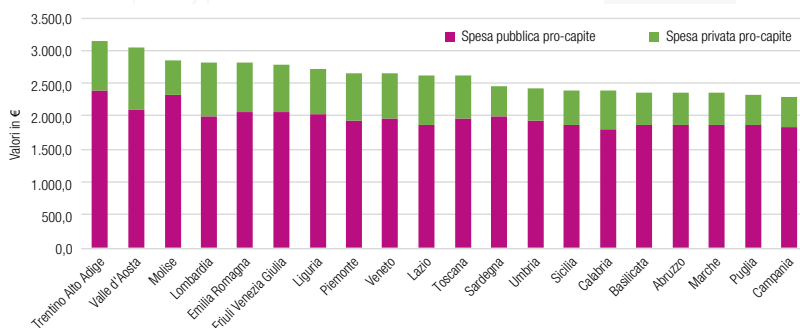
Malgrado il gap citato, l'indice composto di Salute e Benessere sviluppato da ASviS (Alleanza Italiana per lo Sviluppo Sostenibile), posiziona l'Italia al settimo posto in Europa: quindi pur con risorse scarse l'outcome di salute prodotto in Italia è relativamente alto, dimostrando un utilizzo complessivamente efficace ed efficiente delle risorse.

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

## CRESCENTI DISUGUAGLIANZE DI SPESA SANITARIA

Permangono differenze di spesa rilevanti tra le diverse Regioni, nonostante i tentativi di standardizzazione in base ai diversi bisogni delle popolazioni; se la spesa pubblica comporta disuguaglianze modeste (con esclusione di alcune Regioni e Province a statuto speciale che hanno livelli di spesa pubblica decisamente maggiori della media), di contro il contributo della spesa privata delle famiglie è estremamente diversificato: fra le Regioni agli estremi il gap è di 544,1 euro, e genera una disuguaglianza pari al 33,6% della spesa sanitaria media. Malgrado la natura universalistica ed egualitaria del Ssn, nei fatti le differenti possibilità di spesa delle popolazioni regionali continuano a comportare una disuguaglianza nelle opportunità di tutela sanitaria.

Spesa sanitaria totale pro-capite standardizzata Anno 2019



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

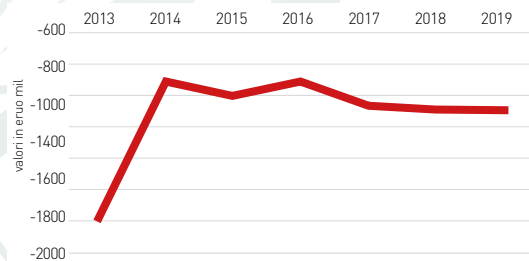
## I DISAVANZI IN SANITÀ: NUOVAMENTE IN CRESCITA

Il disavanzo del Ssn, che si era ridotto in maniera consistente negli ultimi 15 anni, negli ultimi 3 anni ha ricominciato a crescere, malgrado una lieve flessione fra il 2019 e il 2018. Il risultato di esercizio complessivo è attualmente negativo per 1,1 miliardi di euro, ovvero un mero 0,9% del finanziamento, ma in aumento del 18,3% rispetto al 2014.

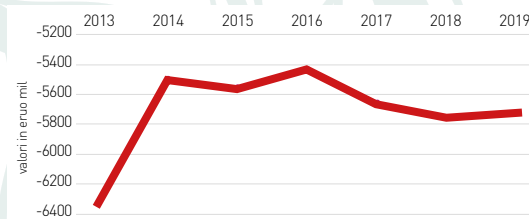
**L'equilibrio finanziario poggia, peraltro, su un consistente "contributo" delle compartecipazioni:** in assenza di queste (che comprendono anche quelle sul differenziale rispetto al prezzo di riferimento dei farmaci equivalenti) rimarrebbe un deficit di 5,7 miliardi di euro.

**L'incidenza delle compartecipazioni, da parte sua, pone un problema equitativo:** infatti è maggiore nel Sud che nel Nord (quindi in modo inverso alle possibilità economiche), con l' "aggravante" che nel Sud si concentra su un numero minore di cittadini non esenti.

Risultati di esercizio



Risultati di esercizio al netto delle compartecipazioni



Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

ale "investimento"; un investimento è tale se permette di sviluppare progettualità capaci di generare un "rendimento" al Ssn, e a tutto il sistema Paese: in termini di salute, produttività ed efficienza; il "rendimento" è, altresì, condizione necessaria affinché il debito che si creerà possa essere onorato in futuro senza gravare ulteriormente sulle prossime generazioni. Per investire in modo oculato è, allora, necessario avere una vision ben strutturata, che può definirsi solo con un apporto corale di idee, abbandonando un diffuso conformismo che si nasconde dietro slogan a volte ondivaghi e spesso non supportati da evidenza scientifica; ci vuole anche piena consapevolezza sul fatto che la programmazione delle azioni deve essere "ancorata" alla vision di sistema.

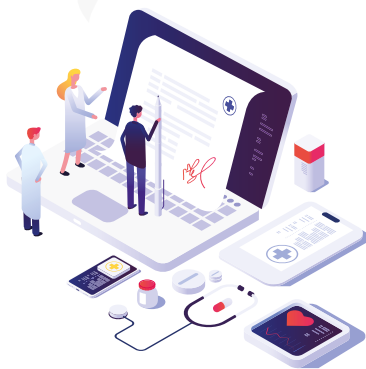
**In una fase in cui l'aggettivo "resiliente" sembra essere diventato la moda stagionale anche in sanità, una corretta vision dovrebbe piuttosto adottare come aggettivo guida "flessibile":** la sostenibilità (che non è una questione risolta) richiede un ammodernamento



## “ LA SFIDA SARÀ TRASFORMARE UNO DEI SERVIZI SANITARI PIÙ SOBRI DEL MONDO IN QUELLO PIÙ FLESSIBILE ”

delle nostre strutture e delle nostre organizzazioni, capace di renderle “adattabili” alle future “anomalie”, più o meno impreviste, nella evoluzione dei bisogni, senza però cadere nella proliferazione di eccessi di capacità produttiva. In termini più accademici, si devono rimettere sullo stesso piano l'efficienza allocativa e quella tecnica, ma aumentando la consapevolezza dell'importanza della prima (perseguibile con la flessibilità) e non dimenticandosi della seconda. Nella vision del Ssn la flessibilità (che in qualche modo è un aspetto proattivo della resilienza) dovrebbe essere un obiettivo primario; la sfida sarà trasformare uno dei servizi sanitari più sobri del mondo in quello più flessibile.

Anche se i tempi oramai stringono, Crea Sanità propone che si abbia il coraggio di uscire dalla logica top-down, ovvero da quella della mera ripartizione dei fondi su capitoli di spesa (che storicamente si è dimostrata politica inefficace

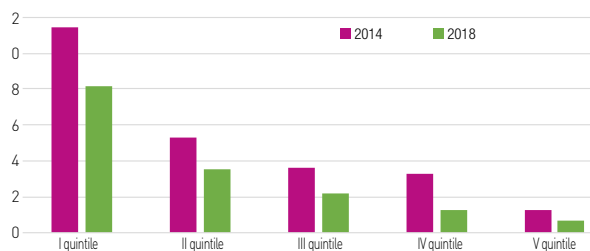


inefficiente); che si sviluppi, invece, un algoritmo trasparente per misurare il rendimento atteso (per il Ssn e per il Paese) delle progettualità; sulla base di questo, vengano resi prioritari tutti i progetti (appartenenti alle aree strategiche quali l'Assistenza primaria, la digitalizzazione, l'ammodernamento infrastrutturale, ma anche e soprattutto la ricerca, e non solo di queste) che potranno essere trasparentemente raccolti promuovendo bottom-up una gara di idee. Questo approccio ci sembra l'unico foriero di innescare un processo virtuoso, perché costringerebbe a consolidare la vision di sistema e a indirizzare la

### DISAGIO ECONOMICO PER I CONSUMI SANITARI PRIVATI

Nel 2018, 3,1 milioni di famiglie hanno dichiarato di aver cercato di limitare le spese sanitarie per motivi economici, e di queste 819.482 le hanno annullate del tutto: i due terzi di queste famiglie appartengono ai quintili di minor consumo. Rispetto all'anno precedente, il fenomeno delle “limitazioni” ha coinvolto 1,1 milioni di famiglie in meno, e quello delle “rinunce” circa 300.000 in meno. Se nel 2014 il fenomeno coinvolgeva l'11,5% e il 5,3% delle famiglie del I e II quintile rispettivamente, nel 2018 tali valori si sono ridotti rispettivamente all'8,2% e al 3,6%.

#### “Nuove” rinunce alla spesa per consumi sanitari



Malgrado ciò, il disagio economico per le spese sanitarie, combinazione di impoverimento per consumi sanitari e “nuove” rinunce per motivi economici, rimane significativamente superiore nel Sud del Paese (8,3% a fronte del 7,9% dell'anno precedente); segue il Centro (5,9% a fronte del 6,4% del 2016) e il Nord (4,1% a fronte del 3,5% del 2016).

Fonte: elaborazione su dati OECD.Stat, 2020 - © C.R.E.A. Sanità

programmazione, limitando il rischio di logiche a silos e sprechi: tutte condizioni davvero essenziali per non sprecare l'opportunità, forse irripetibile, che si è generata a seguito della pandemia.

Il virus fa chiudere la scuola. La prevenzione non si contesta. Però la scuola chiusa apre nei ragazzi grosse ferite. Quelle invisibili, le più insidiose. Non facciamo finta che non esistano. Il nostro compito è intervenire in tempo sugli studenti per scongiurare le cicatrici e tutelare l'apprendimento. I dati che abbiamo raccolto ci svelano che fra i ragazzi costretti a casa c'è un senso diffuso di stress, nervosismo, irritabilità e depressione.

David Lazzari, presidente del Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi, Cnop

14 gennaio 2021



Nello tsunami del Covid la Rete trapiantologica ha dimostrato tutta la sua solidità, mantenendo sempre in funzione la macchina delle donazioni e dei trapianti e addirittura mettendo a punto nuovi interventi e protocolli innovativi a livello mondiale. Ma non possiamo nascondere la preoccupazione per l'aumento delle opposizioni alla donazione raccolte al rinnovo delle carte d'identità: si tratta di un dato che rischia di essere insostenibile sul lungo periodo ed è tempo di affrontare strutturalmente il problema rafforzando l'informazione ai cittadini.

Massimo Cardillo, direttore Centro nazionale trapianti

20 gennaio 2021



L'attuale pandemia ha fatto emergere tante inadeguatezze dei sistemi sanitari e carenze nell'assistenza alle persone malate. Agli anziani, ai più deboli e vulnerabili non sempre è garantito l'accesso alle cure, e non sempre lo è in maniera equa. Questo dipende dalle scelte politiche, dal modo di amministrare le risorse e dall'impegno di coloro che rivestono ruoli di responsabilità.

Papa Francesco

13 gennaio 2021



Mi prefiggo di continuare a sostenere ed enfatizzare l'importanza della nostra Società e le competenze dei nostri membri per tracciare le linee guida della Sanità Pubblica e definire l'assetto dei dipartimenti di Prevenzione, particolarmente in questo momento storico che vede l'Italia impegnata nella programmazione e organizzazione di una campagna vaccinale senza precedenti.

Antonio Ferro, presidente Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica, SItI

7 gennaio 2021



L'obbligo vaccinale non è incompatibile con la Costituzione. L'art. 32 definisce la salute, "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività". La minaccia del virus mostra l'interdipendenza tra le due dimensioni – personale e generale – del "bene salute". Perciò, secondo la Costituzione, con certe garanzie può essere prescritto un determinato trattamento sanitario, quindi anche una vaccinazione, a tutela della salute collettiva. La prima garanzia è che l'obbligo vaccinale sia disposto con legge dello Stato. Non basta una legge regionale o un Dpcm.

Vitalba Azzollini, giurista

22 gennaio 2021



Il sistema della prevenzione agisce in logica One Health; ne segue che l'organizzazione degli assetti medico veterinari non potrà che essere relazionata a quella delle professioni che agiscono nello stesso contesto, dai medici igienisti, ai medici del lavoro, Irccs, Arpa, ecc. È quindi necessario ipotizzare azioni che perseguano l'obiettivo di rivedere e ridisegnare l'assetto organizzativo di una professione, la nostra, tanto centrale. E questo si può fare, in modo strutturato, ricorrendo alle opportunità che scaturiscono dal Next Generation Eu.

Gaetano Penocchio, presidente Fnovi, Federazione Nazionale degli Ordini Veterinari Italia

21 gennaio 2021



## In questo numero hanno scritto per noi

**TONINO ACETI**  
Presidente Salutequità

**AMERICO CICHETTI**  
Direttore dell'Alta Scuola di  
Economia e Management  
dei Sistemi Sanitari  
dell'Università Cattolica di  
Roma

**ROSSANA DETTORI**  
Segretario confederale Cgil

**RAFFAELE DONINI**  
Assessore alle politiche per  
la salute Regione Emilia  
Romagna

**BERNARDINO FANTINI**  
Professeur Honoraire  
d'Histoire de la  
Médecine, Faculté de  
Médecine, Université de  
Genève

**PIERO FERRANTE**  
Presidente Commissione  
d'Albo Nazionale  
Fisioterapisti - Fno Tsrp  
Pstrp

**IGNAZIO GANGA**  
Segretario Confederale  
Cisl, responsabile  
dipartimento Sanità

**MARIAPIA GARAVAGLIA**  
Presidente Istituto

Superiore Studi Sanitari  
"Giuseppe Cannarella"

**GIUSEPPE LIMONGELLI**  
Responsabile del Centro  
di Coordinamento Malattie  
Rare della Campania;  
Cattedra di Cardiologia  
all'Università degli Studi  
della Campania "Luigi  
Vanvitelli"

**GIUSEPPE MARIA  
MILANESE**  
Presidente Cooperativa  
OSA, Operatori Sanitari  
Associati e Confcooperative  
Sanità

**GIANDOMENICO NOLLO**  
Vice Presidente vicario  
SIHTA; Dipartimento di  
Ingegneria Industriale,  
Università di Trento

**CARLO PALERMO**  
Segretario nazionale Anaa  
Assomed

**DOMENICO PROIETTI**  
Segretario confederale Uil

**FRANCESCO  
RIPA DI MEANA**  
Presidente Fiaso,  
Federazione Italiana  
Aziende Sanitarie e  
Ospedaliere

**FEDERICO SPANDONARO**  
Professore di Economia  
presso l'Università degli  
Studi di Roma Tor Vergata;  
Presidente C.R.E.A. Sanità

**ANGELO TANESE**  
Direttore generale Asl Roma 1

**MARCO TRABUCCHI**  
Professore di  
neuropsicofarmacologia,  
Università Tor Vergata di  
Roma; Presidente  
dell'Associazione Italiana di  
Psicogeriatría, Aip

**MARCO ZECCA**  
Presidente AIEOP,  
Associazione Italiana  
Ematologia Oncologia  
Pediatria





UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



**ALTEMS**

ALTA SCUOLA DI ECONOMIA  
E MANAGEMENT DEI SISTEMI SANITARI

MASTER UNIVERSITARI,  
CORSI DI  
PERFEZIONAMENTO  
E DOTTORATI  
DI RICERCA NELL'AMBITO  
DELL'ECONOMIA E DEL  
MANAGEMENT SANITARIO

"Creare un contesto in cui le discipline mediche, quelle economiche e gestionali, quelle giuridiche e tecniche possano incontrarsi in uno spazio in cui la riflessione filosofica, etica e bioetica siano fonte di ispirazione per le decisioni ai diversi livelli del sistema."

*Prof. Americo Cicchetti. Direttore Altems*



**NDILIFE**  
advanced digital life

La tecnologia dell'informazione, del controllo e del pronto intervento: per una sanità a misura del paziente, dell'anziano, del cittadino. La soluzione che consente di vivere in piena libertà e sicurezza mettendo in sinergia le attività, il movimento, i parametri vitali ed il controllo.

+39 0651607174 - [adilife@gilologica.it](mailto:adilife@gilologica.it)  
[www.adilife.net](http://www.adilife.net)