

Il secondo pilastro assicurativo: un cavallo di Troia per demolire il Servizio Sanitario nazionale

Di Roberto Polillo

Premessa

Nella storia del nostro Servizio sanitario Nazionale (SSN) le riforme che si sono succedute nel tempo hanno avuto tra le principali motivazioni che ne determinavano l'urgenza, sempre e costantemente, la insostenibilità finanziaria del sistema preesistente. La riforma avrebbe posto fine a questo stato e avrebbe finalmente dischiuso una nuova era in cui efficienza economica e qualità assistenziale, libere da vecchie e obsolete incrostazioni, avrebbero dato nuovi frutti.

Declamazioni di principio di certo non sempre inconsistenti, ma sicuramente parziali perché ben altre erano le forze e i soggetti del campo istituzionale che spingevano al cambiamento. Ed infatti nessun processo di riforma dalla legge 833/78 al d.lgs. 229/99 passando per il d.lgs. 502/92 e 517/93 ha raggiunto tale risultato; anzi al contrario è proprio a partire dall'era della aziendalizzazione della sanità (avviata con le riforme degli anni '90 di stampo neo-liberista) che il disavanzo è cresciuto in modo esponenziale, portando alla attuale condizione di vero default (finanziario, sanitario e politico) di quasi tutte le regioni del centro e Sud Italia, oggi sottoposte ai Piani forzosi di rientro dal disavanzo. Basta pensare infatti che nel solo periodo 2001-2011, il disavanzo complessivo cumulato ammontava a 40,061 miliardi di euro, di cui 30,493 miliardi (corrispondenti al 76,1% del disavanzo cumulato) sono rimasti a carico dei bilanci regionali, mentre la parte rimanente è stata coperta da assegnazioni dello Stato (Cergas Bocconi, Rapporto OASI 2012).

Con il costituirsi dei grandi disavanzi degli ultimi 15 anni anche il processo di *devoluzione* delle regioni da parte dello Stato, avviato forzosamente con la riforma del Titolo V ed introdotto, anche esso, con la enfatica certezza che le regioni, padrone del loro destino e affrancate dalla Stato, avrebbero efficientizzato i propri sistemi regionali, ha mostrato la propria inadeguatezza. Con un ulteriore paradosso non meno imbarazzante, perché se le regioni con deficit strutturali cronici danno oggi qualche timido segno di miglioramento questo è dovuto solo alla surroga da parte dello Stato il quale, attraverso i poteri sostitutivi, ha imposto loro "o*pe legis*" di attuare quelle riforme di riorganizzazione del proprio sistema regionale che il decisore politico dell'era federalista non poteva, non voleva o non riusciva ad implementare.

Il quadro attuale

La situazione finanziaria attuale del nostro Sistema Sanitario Nazionale suscita più di una preoccupazione. A partire dall'inizio della crisi economica (il PIL è decresciuto del 10% rispetto al 2008 e la disoccupazione generale ha toccato il 12%) il Fondo Sanitario Nazionale ha subito ridimensionamenti importanti che nel solo periodo 2011- 2015 varranno ben 31,5 miliardi di euro (vedi Tabella successiva) tra tagli effettivi e mancanti adeguamenti (già concordati in sede di patto per la salute).

Riduzione finanziamenti al SSN - analisi delle leggi approvate							
Leggi	Argomento	Anno 2011	Anno 2012	Anno 2013	Anno 2014	Anno 2015	Totale
Art. 9, comma 16, L. 122/2010*	Misure sul personale dipendente e convenzionato-blocco contrattuale	418	1.132	1.132	1.132	1.132	4.946
Art. 11, comma 5, 7 e 12, L. 122/2010	Economie di spesa farmaceutica	600	600	600	600	600	3.000
Patto per la salute 2010-2013 - non raggiunto accordo	Indennità <i>Vacanza contrattuale</i> - Mancato stanziamento	466	466	466	466	466	2.330
Art. 17, comma 1, L. 111/2011**	Riduzione della percentuale di incremento del finanziamento			2.500	5.450	?	7.950
Art. 17, comma 5, lettera b), L. 111/2011	Oneri derivanti da accertamenti medico legali svolti dalle Asl per la PA			70	70	70	210
Art. 17, comma 6, L. 111/2011	Reintroduzione superticket di 10 euro	381,5	834	834	834	834	3.718
Art. 15, comma 22, L. 135/2012*** (<i>spending review</i>)	Spesa farmaceutica, beni e servizi, erogatori privati e accreditati		900	1.800	2.000	2.100	6.800
Art. 1, comma 132, L. 228/2012	Riduzione finanziamento Fondo sanitario nazionale			600	1000	1000	2.600
	Totale	1865,5	3.932	8.002	11.552	6.202	31.554
Livello finale del finanziamento del SSN rideterminato		106905,3*	107960,68*	106.824	107.716	/	

* L'IMPORTO INCLUDE I 167,8 MILIONI DELLA SANITA' PENITENZIARIA E NON COMPRENDE I 50 MLN DELL'OSPEDALE BAMBINO GESU'

* LEGGE 30 luglio 2010, n. 122, recante Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica.

** D.L. 6 luglio 2011, n. 98 recante Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria, convertito in legge n. 111 del 15 luglio 2011

*** LEGGE 7 agosto 2012, n. 135, recante Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini.

**** LEGGE 24 dicembre 2012, n. 228 recante Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2013)

Elaborazione: Giada Polillo

Di fatto il 2011 è per la sanità *l'annus horribilis* in quanto per la prima volta il finanziamento pubblico, pari a 112 miliardi, è decresciuto in termini assoluti rispetto all'anno precedente passando da un rapporto Spesa/PIL del 7,3% a 7,1%. Nello stesso 2011 la spesa privata ha raggiunto i 28 miliardi portando la spesa complessiva a 140 miliardi di euro.

Nel periodo 2009-2011 inoltre si è verificato un ulteriore fenomeno, il cosiddetto *cost-shifting* dal pubblico al privato per i differenti tassi di crescita delle due componenti: 2,4% di quella privata vs 0,7% di quella pubblica.

Oggi la tenuta del sistema è a rischio e i responsabili di questa situazione sono molteplici e diversamente sedimentatisi nel tempo: scarsa capacità gestionale delle regioni, inadeguatezza dei modelli organizzativi (ancora incentrati su un uso quasi esclusivo e quindi inefficiente dell'assistenza ospedaliera) inappropriata e mancanza di protocolli diagnostico terapeutici validati e rispettati, spreco delle risorse ed ora sottofinanziamento da parte dello Stato centrale. Una situazione plurifattoriale, dunque, che bisognerebbe correggere con politiche ampie e pertinenti e che invece viene rappresentata ancora una volta esclusivamente in termini di insostenibilità finanziaria del sistema.

Una visione semplicistica, non corrispondente al vero e a cui si vorrebbe porre rimedio, oggi, attraverso uno *snaturamento* del servizio sanitario, ovvero sia attraverso la costituzione di un secondo pilastro assicurativo a cui, con vantaggio per tutti, sarebbe "ceduta" parte dell'assistenza non ospedaliera iniziando dalla diagnostica e dalla specialistica ambulatoriale per finire alla *long term care* e alle *prestazioni socio-sanitarie* per la non autosufficienza.

Il secondo pilastro in sanità: le proposte della fondazione Ambrosetti

La prospettiva di istituire un secondo pilastro di natura assicurativa nel nostro sistema sanitario, attraverso il quale reperire le risorse mancanti, è prepotentemente rientrato nella agenda pubblica attuale dopo gli inutili tentativi perpetrati diversi anni orsono dall'ex Ministro della salute Prof. Sirchia. Allora quella proposta fu battuta, ma oggi si deve registrare come questa prospettiva sia sostenuta sempre meno timidamente da una molteplicità di soggetti: da quanti sono a favore da sempre di una sussidiarietà più ampia possibile, da *think tank* come la Fondazione Ambrosetti (di cui si analizzerà la proposta), da associazioni imprenditoriali, da alcune componenti del sindacato (sic!), ed ora anche da esponenti importati del Partito Democratico (tradizionalmente contrario a sistemi duali) come l'attuale Presidente del Consiglio On. Letta e l'importante Presidente della

Toscana Enrico Rossi, che pure ha amministrato per lunghi anni il servizio sanitario regionale con grande efficacia e ottenendo risultati da tutti riconosciuti di grandissimo rilievo.

Altri Istituti invece, come la Bocconi (rapporto OASI), si limitano a fotografare la situazione attuale evidenziando le criticità presenti nelle politiche sanitarie relative a tali problematiche.

Quali sono dunque le motivazioni che spingono verso la istituzione di un sistema integrativo oggi? Tra i vari lavori, che auspicano tale soluzione, ci sembra che il rapporto Sanità della Fondazione Ambrosetti, che annovera tra i propri collaboratori politici e tecnici che di tale opzione sono fautori, sia quello che affronti in modo più elaborato la problematica e a questo faremo riferimento.

Il ragionamento che la Fondazione sviluppa è in estrema sintesi il seguente:

“considerato le dinamiche di crescita attese nei prossimi 5 anni attraverso le stime del Fondo Monetario Internazionale, l’Italia potrà contare su un tasso di crescita medio annuo del PIL reale nettamente inferiore agli altri paesi (0,3% all’anno rispetto a 1,3% degli altri paesi citati). Questo trend porterà presumibilmente il gap della spesa sanitaria disponibile per ciascun cittadino italiano fino a circa il 35% rispetto ai tedeschi, al 30% rispetto ai francesi, al 25% rispetto agli inglesi, ovvero circa 1000 e 650 euro pro capite a parità di potere d’acquisto.”

Alla luce di tali considerazioni la Fondazione Ambrosetti considera obbligatorio porsi la domanda di quale sia il modo per potere continuare a garantire l’esistenza del Servizio Sanitario nazionale almeno nella sua impostazione di base; e a tale domanda risponde con la elaborazione di 10 proposte che si concentrano nelle seguenti tre aree di intervento:

1. Rivedere le scelte di allocazione delle risorse pubbliche attraverso una ridefinizione dell’assetto organizzativo del SSN.
2. Eliminare le disparità che penalizzano l’Italia nel confronto europeo in termini di accessibilità alle cure e ridurre le forti disomogeneità regionali presenti nel nostro paese.
3. Rafforzare la sanità integrativa in modo tale da rendere il finanziamento del sistema socio-sanitario più flessibile.

Per quanto riguarda l’ultimo punto il rapporto tuttavia non riesce ad andare oltre una certa genericità e, ribadita la necessità (da noi fortemente condivisa), di “rifocalizzare l’attenzione sul ruolo primario di “integrazione” (e non sostituzione) del SSN da parte della sanità integrativa” in coerenza con fabbisogni sociosanitari emergenti (cronicità, long term care, odontoiatria)” lancia come unica proposta quella di trasformare una parte dei contributi monetari della indennità di accompagnamento (valore complessivo di 13 miliardi di euro) in servizi, attraverso fondi integrativi o società di mutuo soccorso per l’erogazione di prestazioni ad hoc per persone non autosufficienti.

Si tratterebbe dunque di una semplice partita di giro in cui risorse ora affidate alla disponibilità del singolo verrebbero indirizzate a un fondo integrativo per la realizzazione di servizi alla persona. Se questo è, però, non si capisce il motivo per cui lo Stato non potrebbe affidare la gestione delle stesse risorse al distretto o alle aggregazioni avanzate delle cure primarie, realizzando in proprio quello che si vorrebbe delegare, senza nessun vantaggio aggiuntivo dimostrabile, a un fantomatico soggetto terzo di cui dovrebbe, in ogni caso, ricoprire i costi di transazione e di produzione da questo sostenuti.

La proposta appare dunque debole e contraddittoria in quanto se il problema del SSN è quello del progressivo de-finanziamento, la soluzione più logica è quella di *ri-orientare* verso di esso tutte le

risorse che si potrebbero rendere disponibili, ivi comprese, in questo caso, quelle legate alla indennità.

Per i fondi integrativi rimangono in realtà irrisolti gli stessi problemi di sempre: i fondi esistenti sono più sostitutivi che integrativi e non sono per nulla orientati a garantire ciò di cui si ha bisogno come le cure dentarie e che non è ricompreso nei LEA. Questo è il giudizio sintetico espresso dal citato Rapporto della Cergas Bocconi :

“Critica, inoltre, è la tipologia di prestazioni attualmente coperte dai fondi, che non sono né complementari né supplementari rispetto al SSN, bensì prevalentemente duplicative rispetto a quanto già garantito dal sistema sanitario pubblico, con una recente apertura (indotta dalla normativa) verso la copertura delle prestazioni odontoiatriche, ma una persistente (e comprensibile, nell'attuale contesto demografico e regolatorio) riluttanza ad avventurarsi nel mondo della non-autosufficienza.”

La pretesa insostenibilità della spesa sanitaria

Dicevamo in premessa che alla base di ogni riforma della sanità (una vera e propria “epidemia” come è stata definita da più di uno studioso) il decisore politico ha sempre posto la insostenibilità finanziaria del preesistente modello di servizio sanitario.

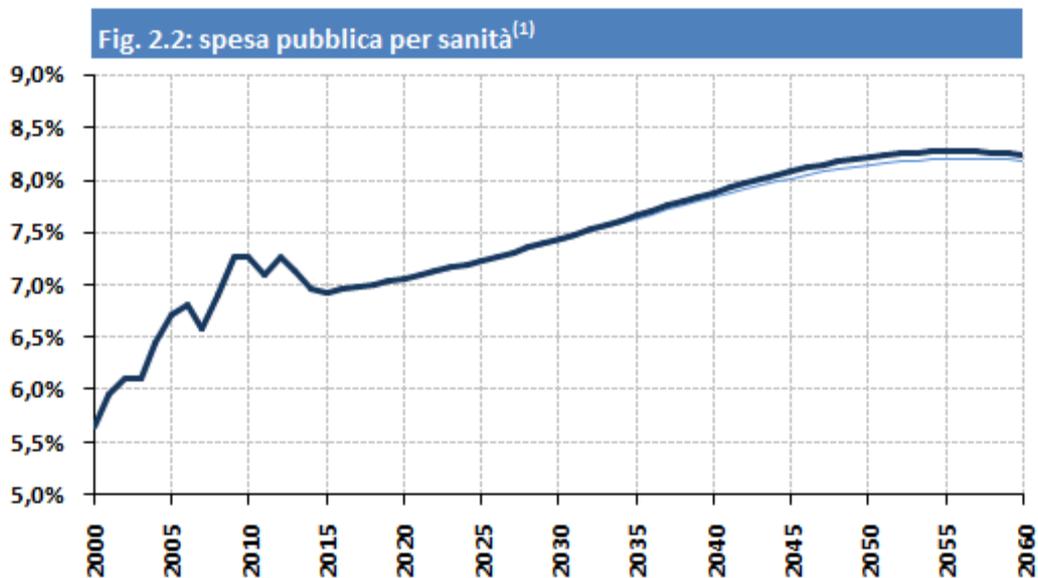
Anche oggi la motivazione, per cui si ritiene indispensabile introdurre un secondo pilastro assicurativo è la previsione di un incremento della spesa sanitaria a lungo termine difficilmente compatibile con le nostre possibilità.

Tale posizione viene fortemente sostenuta dalla Fondazione Ambrosetti nel già più volte citato rapporto che ha, allo scopo elaborato, un proprio modello previsionale.

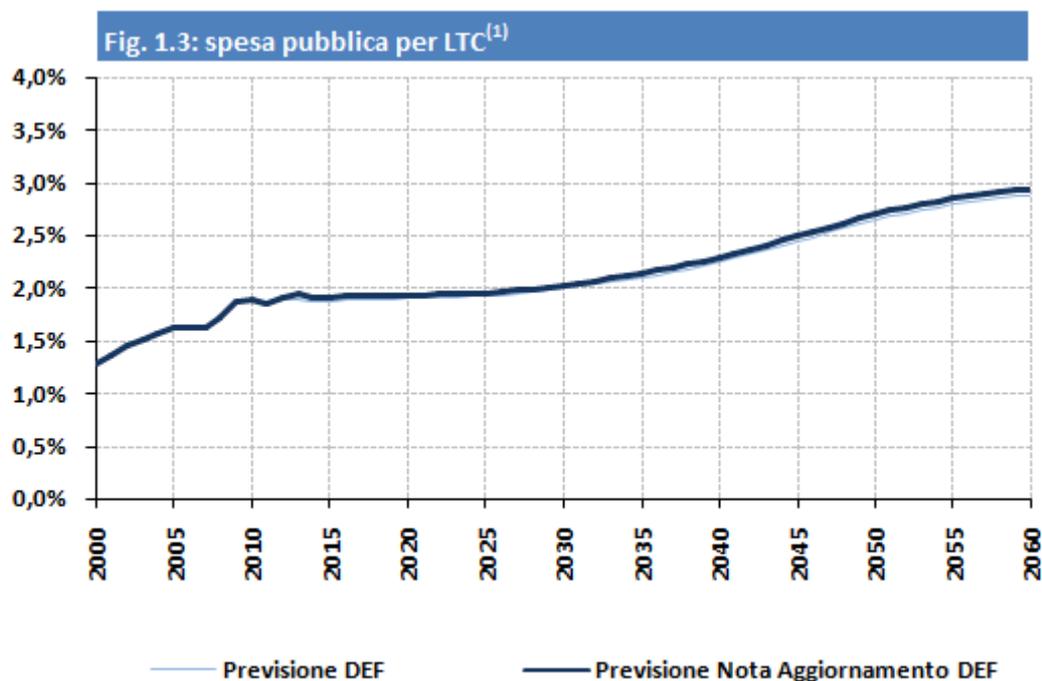
Nello specifico, secondo il Rapporto Meridiano Sanità, il livello di spesa al 2050 risulterebbe pari al 9,7% del PIL. A questo si deve aggiungere poi un ulteriore elemento di correzione: atteso infatti che il numero di malati diabetici toccherà i 5,5 milioni di unità (rispetto agli attuali 3 milioni circa) e che il costo per ciascun paziente è pari a 3000 euro, al 2050 ci sarebbe un surplus di spesa di circa 2,3 miliardi di euro che porterebbe l'incremento percentuale rispetto al PIL al 9,8%.

Tali stime, però, risultano fortemente disallineate per eccesso, rispetto a quanto invece sostenuto dalla stessa Ragioneria Generale dello Stato nel suo ultimo rapporto LE TENDENZE DI MEDIO-LUNGO PERIODO DEL SISTEMA PENSIONISTICO E SOCIO-SANITARIO. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012.

Secondo la Ragioneria Generale dello Stato da qui al 2060 la spesa sanitaria mostrerebbe un incremento molto più contenuto sia della componente “acuta” che passa dal 7,1% del PIL del 2011 al 8,2% del 2060 (tabella successiva),



e sia della componente rivolta agli anziani e ai disabili non autosufficienti, meglio nota come spesa per LTC, (includente, oltre alla componente sanitaria, la spesa per indennità di accompagnamento e la spesa per “Altre prestazioni LTC” che corrisponde essenzialmente ad interventi socio-assistenziali erogati a livello locale) che passa dal 1,8% al 2,9% (tabella successiva).



La risultante di entrambe le componenti è dunque un incremento di 2,2 punti di PIL al 2060 che non dovrebbe rappresentare certo un problema insormontabile a patto ovviamente che l’Italia riesca finalmente a mettere in campo adeguate politiche di rilancio della crescita.

Una valutazione simile, sul modesto impatto determinato sui costi della sanità dal progressivo invecchiamento della popolazione è sostenuta dalla autorevole rivista *The Lancet*, in un lavoro di M. McKee e colleghi del 2013 dal titolo “SALUTE IN EUROPA 6. L’INVECCHIAMENTO NELL’UNIONE EUROPEA”. Secondo lo studio infatti

“Nonostante le persone anziane pesano per un parte sostanziale sull’assistenza sanitaria, altri fattori, in particolare lo sviluppo tecnologico, producono un effetto complessivo molto più pesante sulla spesa. Nell’Unione europea, gli aumenti previsti della spesa sanitaria al 2060 sono moderati, e rappresentano solo un ulteriore 1,5% del PIL (tab. 1). Se l’aumento della speranza di vita è accompagnato da una proporzione simile di vita in buona salute (in linea con l’ipotesi di equilibrio dinamico), si prevede un aumento per la spesa sanitaria di appena lo 0,7% del PIL.” (vedi tabella successiva).

TABELLA : PREVISTI AUMENTI DELLA SPESA PUBBLICA ASSOCIATI ALL’ETÀ COME PERCENTUALE DEL PIL NELL’UNIONE EUROPEA, 2007-60

	Pension		Health care		Long-term care	
	2007 (%)	Change 2007-60 (% of GDP)	2007 (%)	Change 2007-60 (% of GDP)	2007 (%)	Change 2007-60 (% of GDP)
Austria	12.8	0.9	6.5	1.5	1.3	1.2
Belgium	10.0	4.8	7.6	1.2	1.5	1.4
Bulgaria	8.3	3.0	4.7	0.7	0.2	0.2
Cyprus	6.3	11.4	2.7	0.6	0.0	0.0
Czech Republic	7.8	3.3	6.2	2.2	0.2	0.4
Denmark	9.1	0.1	5.9	1.0	0.9	1.4
Estonia	5.6	-0.7	4.9	1.2	0.1	0.1
Finland	10.0	3.3	5.5	1.0	1.8	2.6
France	13.0	1.0	8.1	1.2	1.4	0.8
Germany	10.4	2.3	7.4	1.8	0.9	1.4
Greece	11.7	12.4	5.0	1.4	1.4	2.2
Hungary	10.9	3.0	5.8	1.3	0.3	0.4
Ireland	5.2	6.1	5.8	1.8	0.8	1.3
Italy	14.0	-0.4	5.9	1.1	1.7	1.3
Latvia	5.4	-0.4	3.5	0.6	0.4	0.5
Lithuania	6.8	4.6	4.5	1.1	0.5	0.6
Luxembourg	8.7	15.2	5.8	1.2	1.4	2.0
Malta	7.2	6.2	4.7	3.3	1.0	1.6
Netherlands	6.6	4.0	4.8	1.0	3.4	4.7
Poland	11.6	-2.8	4.0	1.0	0.4	0.7
Portugal	11.4	2.1	7.2	1.9	0.1	0.1
Romania	6.6	9.2	3.5	1.4	0.0	0.0
Slovakia	6.8	3.4	5.0	2.3	0.2	0.4
Slovenia	9.9	8.8	6.6	1.9	1.1	1.8
Spain	8.4	6.7	5.5	1.6	0.5	0.9
Sweden	9.5	-0.1	7.2	0.8	3.5	2.3
UK	6.6	2.7	7.5	1.9	0.8	0.5
European Union	10.2	2.4	6.7	1.5	1.2	1.1

Data are from the European Commission. ¹⁰ GDP= gross domestic product.

Table: Projected increases in age-associated government expenditure as proportion of GDP in the European Union, 2007-60

Posizioni, dunque, estremamente diverse e incompatibili tra loro che meriterebbero ulteriori verifiche prima di essere assunte, con superficialità, come incontrovertibili dati di fatto di cui dover necessariamente prendere atto.

Il feticismo delle prestazioni

Un ulteriore *asset* utilizzato dai sostenitori del secondo pilastro in sanità è quello relativo alla eccessiva lunghezza dei tempi di attesa per le prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali delle prestazioni (essendo quelle non ricomprese escluse per legge dal regime di rimborsabilità da parte dello Stato).

Anche in questo caso per un problema reale si prospettano non solo soluzioni sbagliate o quantomeno parziali (implementazione dal lato dell'offerta), ma soprattutto si evita accuratamente di analizzare per quale motivo i tempi di attesa siano eccessivamente lunghi.

Ebbene al primo posto deve essere posta non tanto la inadeguatezza della offerta (sempre possibile e correggibile con maggiore facilità) ma soprattutto la domanda inappropriata di prestazioni specialistiche. Per le prestazioni radiologiche (RMN e TAC compresa) rese in regime ambulatoriale una stima prudenziale fissa il livello di inappropriata all'ordine del 35-40% degli esami eseguiti. Un dato che necessita di adeguate verifiche ma su cui concordano la maggior parte dei professionisti consultati.

In regime di ricovero ospedaliero le cose non sembrano andare certamente meglio: in questo caso pesa infatti la medicina difensiva, che risente in modo determinante dalla mancata effettiva implementazione di un valido sistema assicurativo della *malpractice* e le duplicazioni degli esami a cui sono sottoposti i pazienti nel passaggio dal territorio all'ospedale o da ospedale ad ospedale (risolvibile facilmente attraverso una implementazione della smaterializzazione dei dati e l'adozione della cartella elettronica) .

Il vero problema, dunque, è più dal lato della domanda; e allora la nostra attenzione deve essere rivolta a valutare i tempi di attesa, non genericamente intesi, ma quelli relativi alle prestazioni effettivamente necessarie: quelle prestazioni che necessitano tempi congrui di esecuzioni e che le regioni possono e devono garantire attraverso la adozione di specifiche classi di priorità.

Il punto di caduta, dunque, non è tanto il non riuscire a garantire tempi accettabili per l'erogazione dell'insieme delle prestazioni, ma di non riuscire garantire quelle appropriate specie se urgenti dal punto di vista clinico.

Astrarsi da questo processo di valutazione significa trasformare le prestazioni in *feticci* di cui resta celata la vera natura e il loro concreto processo di "produzione" sociale; un processo, come ho cercato di evidenziare, solo in parte dettato da motivi esclusivamente sanitari, restando la sanità un settore in cui è l'offerta a generare la domanda e in cui i diversi attori possono mettere in campo procedure di auto-tutela reciproca che vanno oltre la salute intesa in senso stretto.

Conclusioni

I problemi che investono il nostro SSN sono di natura molteplice. Da un lato la crisi economica ha determinato un sottofinanziamento della sanità che rischia di mettere in serie difficoltà anche le regioni più virtuose dal punto di vista della efficienza economica. Dall'altro permane in gran parte del paese un livello inaccettabile di inappropriata sia prescrittiva (farmaci e accertamenti diagnostici non necessari) che organizzativa (uso improprio dell'ospedale e sottoutilizzazione del sistema di cure primarie) che contribuisce a mantenere bassa la qualità complessiva del sistema, a rendere difficile l'accesso alle prestazioni veramente necessarie e a sprecare risorse, sempre più rare.

Serve un grande progetto di riforma, soprattutto di tipo *culturale-cognitivo*, che punti ad incrementare i livelli di appropriatezza specie oggi, in questo momento di fortissima recessione economica. Migliorare il nostro sistema (anche a iso-risorse) è ancora possibile se la programmazione dei servizi sarà adeguata alla nuova condizione epidemiologica caratterizzata dalla fortissima prevalenza delle cronicità. Implementare il *Chronic care model*, rendere i Medici di medicina generale dei veri e propri protagonisti in team multi-professionali (Case della salute e altro) capaci di lavorare su protocolli validati e periodicamente aggiornati è l'unico mezzo per incrementare la qualità complessiva dell'offerta sanitaria. Solo medici convinti di operare secondo le *migliori pratiche* disponibili e condivise, possono contrastare e non restare vittime di quel *consumismo sanitario* di cui spesso sono portatori gli stessi pazienti e che viene fortemente sponsorizzato dal complesso sanitario privato. In questo processo di riordino del sistema la introduzione di un sistema assicurativo sarebbe un errore imperdonabile. Da un lato si incrementerebbe quella inappropriata da cui siamo già ora pesantemente penalizzati, dall'altro un sistema misto (da elevati e crescenti costi di transazione come insegnano gli USA) finirebbe per drenare via risorse dall'assistenza pubblica, perché è difficile chiedere a un cittadino di continuare a pagare per il SSN se ha una polizza assicurativa tesa verso la totale sostituibilità. Il risultato di questa scelta sciagurata sarebbe la creazione di un sistema duale di ancora minore qualità rispetto all'attuale e ancora più diseguale in termini di assistenza realmente erogata. E poi chi farebbe la prevenzione e la promozione della salute già drammaticamente carente allo stato attuale? Bisogna dunque fare chiarezza e contrastare senza esitazione una linea che tende ad approfittare delle difficoltà economiche del paese per snaturare quel che resta del nostro sistema di protezione universalistico. Ancora più grave che per raggiungere tale scopo si prospetta un'insostenibilità dei costi a cui non corrisponde nessuna evidenza ma che anzi viene smentita dalla ragioneria Generale dello Stato ed ora anche dalla più prestigiosa rivista scientifica di medicina del mondo.