

## La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo

*Alessandra Pioggia*

### *1. Organizzazione sanitaria e diritto fondamentale alla salute*

Le vicende legate all'epidemia di Covid-19 ci hanno mostrato e ci stanno mostrando, in maniera più evidente che mai, lo stretto rapporto che esiste fra diritti fondamentali e organizzazione amministrativa.

Al centro delle riflessioni che seguiranno c'è il diritto alla salute e quindi la sanità, ma considerazioni del tutto analoghe a quelle che saranno proposte valgono per il diritto all'istruzione e la scuola, il diritto al lavoro e le amministrazioni che lo curano, il diritto all'assistenza e i servizi sociali, e così via. Tutti diritti che non solo sono stati messi in forte fibrillazione dallo stress economico e sociale dovuto alla pandemia, ma che hanno anche subito una ridefinizione dei loro confini e della loro consistenza come conseguenza della reazione organizzativa delle amministrazioni preposte alla loro garanzia.

Ma torniamo a salute e sanità. Vorrei muovere qui da alcune prime considerazioni su natura del diritto e dovere della sfera pubblica, con particolare riferimento alla doverosità organizzativa che discende dalla qualificazione di un diritto come fondamentale. La natura dei diritti costituzionali è infatti tale per cui ciascuno va considerato come oggetto di piena tutela in sé, e al tempo stesso come parte di un progetto più ampio, consistente nel pieno sviluppo dell'individuo e nella realizzazione di una società "migliore". Questa loro duplice valenza si riflette sulla complessa doverosità gravante sull'amministrazione chiamata a soddisfarli, che non deve semplicemente garantire una prestazione, ma deve anche assicurarsi che la soddisfazione del diritto sia funzionale alla realizzazione del progetto nel quale si iscrive. Ciò richiede la presenza di una amministrazione "operativa", che non si limiti a regolare

e controllare l'erogazione di prestazioni da parte del mercato, ma che sia presente come organizzazione che predispone, eroga, indirizza, dirige e verifica.

Tutto questo vale naturalmente anche per il diritto alla salute, diritto fondamentale che, quindi, non può essere degradato a diritto di credito in termini di pretesa ad un rimborso o al diretto finanziamento di prestazioni fruitive. Il diritto alla salute, al pari degli altri diritti fondamentali, deve essere assicurato in un contesto organizzativo capace di garantire il bene primario (in questo caso la salute) in un quadro di piena tutela del singolo nel suo sviluppo come persona e di interesse della collettività. Da ciò discende una doverosità organizzativa, prima ancora che operativa, che non è possibile imporre all'impresa privata. Possono essere infatti prescritti requisiti, condizioni, ma non è possibile conformare con regole pubbliche l'intera organizzazione, altrimenti la quantità diventa qualità e quel soggetto, quell'organizzazione non è più privata, ma pubblica.

Il primo elemento dal quale muovere, quindi, è che l'amministrazione pubblica deve esserci e deve anche funzionare. Per questo occorrono risorse. Dovere della sfera pubblica discendente dalla sanzione costituzionale del diritto alla salute come diritto fondamentale è organizzare e finanziare la sanità.

## *2. Una sanità economicamente impoverita*

La questione del finanziamento in questi mesi è stata oggetto di particolare attenzione e ne è emerso con maggiore precisione un quadro da tempo noto, che ha confermato come i tagli di spesa di quest'ultimo decennio abbiano impoverito economicamente la sanità, con conseguenze organizzative in termini di minore capacità di risposta alle esigenze correnti e, logicamente, di più drammatica portata nella risposta alle esigenze eccezionali verificatesi a causa della pandemia di Covid-19. I dati sono noti: la nostra sanità pubblica ha affrontato la pandemia nella fase iniziale con una capacità di ricovero in terapia intensiva di 5.100 posti letto<sup>1</sup>. Una percentuale rispetto alla popolazione pari a circa metà

---

(1) Dati Ministero della Salute, Annuario Statistico del Servizio sanitario Nazionale, 56, [www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pub-blicazioni\\_2879\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pub-blicazioni_2879_allegato.pdf).

di quella francese e a poco più di un terzo di quella tedesca. Nel corso dell'ultimo ventennio il numero dei posti letto *pro capite* negli ospedali italiani è calato di circa il 30 per cento, arrivando a 3,2 ogni 1.000 abitanti, ben al di sotto della media dell'Unione europea di circa 5 posti ogni 1.000 abitanti<sup>2</sup>. Anche la disponibilità di personale infermieristico è fra le più basse d'Europa. Solo per avere un'idea, nel 2019 il numero di infermieri in Italia era 5,5 ogni 1.000 abitanti, mentre la media UE era di 8,4<sup>3</sup>.

Potremmo continuare con ulteriori esempi: i dati diffusi in questi ultimi mesi e le analisi sono numerosissimi. Ma l'aspetto che più conta in questo quadro è che tagli di questa portata non si sono verificati tutti in corrispondenza (o perlomeno in un contesto) di interventi mirati ad eliminare "sprechi" o di riorganizzazioni operate nella prospettiva di correggere impieghi inappropriati delle risorse, ma si sono realizzati nella maggior parte dei casi in termini di semplice contrazione organizzativa imposta dalla riduzione delle risorse dedicate. Se a questo aggiungiamo, poi, che una sanità che funziona (e quindi garantisce una migliore sopravvivenza, che vuol dire più popolazione anziana o con patologie cronicizzate) costa fisiologicamente sempre un po' di più, è evidente come l'effetto della contrazione dell'incremento di spesa<sup>4</sup> sia stato quello di mettere una sanità come la nostra, che ancora funziona, di fronte alla necessità di fare sempre di più con meno, moltiplicando paradossalmente (proprio attraverso il "buon" funzionamento) gli effetti dei tagli di spesa sull'organizzazione.

Di qui un diritto alla salute che nelle fasi più drammatiche dell'epidemia ha certamente sofferto. Sono di questi giorni le notizie sulle denun-

---

(2) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Italia: Profilo della sanità 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285248>.

(3) <https://www.oecd.org/italy/health-at-a-glance-italy-IT.pdf>.

(4) In Italia, la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul PIL è costantemente diminuita nei dieci anni che vanno dal 2009 al 2019. Questo ha fatto "perdere", rispetto al trend precedente, circa 37 miliardi di euro. Nel corso dell'ultimo decennio il finanziamento pubblico è cresciuto in media solo dello 0,90% per anno, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%). Si veda in proposito il Report Osservatorio GIMBE n. 7/2019, *Il defianziamento 2010-2019 del Servizio Sanitario Nazionale*, 3, in [https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2019.07\\_Definanziamen-to\\_SSN.pdf#page=13](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2019.07_Definanziamen-to_SSN.pdf#page=13).

ce per responsabilità delle strutture per danno da contagio, per mancata diagnosi, mancato ricovero, ecc. Eventi che nella gran parte dei casi sono stati determinati proprio dalle carenze di posti letto, di personale, di materiale diagnostico, di strumenti di protezione, e così via.

### *3. Una sanità impoverita anche "culturalmente"*

La seconda conseguenza che emerge dalla garanzia costituzionale del diritto alla salute come diritto fondamentale è che l'amministrazione non deve solo esserci e funzionare, ma deve essere anche organizzata in modo da garantire il diritto nella sua pienezza e al tempo stesso nella sua strumentalità al più ampio progetto costituzionale. Una questione, cioè, non solo di "presenza", ma anche di "essenza". Questo comporta che l'organizzazione e il funzionamento di un servizio pubblico (posto sotto la responsabilità anche operativa della pubblica amministrazione) è cosa diversa e più complessa dal servizio privato che eroghi le medesime prestazioni. Del resto, la questione organizzativa nel caso del servizio pubblico ha una dimensione non solo tecnico-produttiva, ma anche e soprattutto "politica": il modo in cui è organizzato rispecchia, infatti, l'idea di persona, di società e di ruolo delle istituzioni nella sua trasformazione; è conformato da queste idee e conseguentemente le riflette.

Questa differenza può essere immediatamente compresa attraverso un esempio: una struttura privata che eroga prestazioni sanitarie sul mercato deciderà il numero di posti letto in terapia intensiva considerando la domanda media. Non è infatti economicamente produttivo mantenere in efficienza una dotazione di posti superiore a quella che, funzionando, retribuisce l'investimento organizzativo. Diversamente, una organizzazione pubblica che debba decidere il numero dei posti letto in terapia intensiva di cui dotarsi dovrà tenere conto anche del ruolo del sistema sanitario nel garantire, ad esempio, la società di fronte alle incertezze del futuro e commisurare anche a questo la risposta organizzativa. Una volta effettuata la scelta occorre poi anche assicurarne la sostenibilità, che, di conseguenza, non potrà derivare soltanto dalla retribuzione delle prestazioni effettuate.

Perdere di vista questa specificità dell'organizzazione pubblica determina un impoverimento ben più grave di quello, comunque già di per sé

grave, determinato dalla riduzione dei finanziamenti. Si tratta, infatti, di un impoverimento culturale, con riflessi ancora più radicali sul diritto, dal momento che incide sulla sua dimensione e natura, prima ancora che sulla sua effettività.

La sanità che si è presentata di fronte alla sfida posta dall'esigenza di fronteggiare la diffusione del Covid-19 era significativamente impoverita anche sotto questo profilo. La seconda riforma sanitaria degli anni '90, caratterizzata dalla regionalizzazione del governo sanitario e dall'aziendalizzazione delle strutture di committenza ed erogazione dei servizi, è stata attuata in una atmosfera culturale di grande entusiasmo nei confronti delle modalità operative e organizzative tipiche dell'impresa privata. Se l'espulsione delle logiche politiche e, nel peggiore dei casi, clientelari dalla gestione dei servizi era certamente un obiettivo auspicabile (anche alla luce della cattiva prova di sé che aveva dato la gestione fortemente politicizzata delle Unità sanitarie locali), la piena adesione ad un'idea di efficienza produttiva a sfondo economico ha finito per immiserire la concezione di servizio "pubblico" su cui si era fondata l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale. Le aziende sono state pensate come apparati di produzione di prestazioni, "pesate" in termini economici attraverso i DRG (*Diagnosis Related Group*), da mettere in concorrenza fra loro e con i privati accreditati. Si è così completamente persa di vista la specialità del servizio in quanto pubblico e il riflesso di questa specialità sul suo funzionamento, da rendere sostenibile, senza dubbio, ma senza snaturarlo. Così la sanità pubblica è diventata una questione "aziendale" e le scelte sulla sua organizzazione e sul suo funzionamento sono state presentate tutte come tecnicamente dovute, perché necessarie a rendere efficiente il sistema.

L'epidemia ha drammaticamente amplificato le conseguenze dello svuotamento del diritto alla salute, non più parte di un progetto di società, ma unicamente pretesa ad una prestazione da erogarsi da parte di una organizzazione informata da criteri di efficienza produttiva. L'esempio dei posti in terapia intensiva è paradigmatico: nel 2015, il regolamento per gli standard ospedalieri ha stabilito che un utilizzo medio dell'80-90% dei posti letto durante l'anno deve essere ritenuto "efficiente". Come qualsiasi azienda privata, il nostro sistema ha ritenuto che la capacità produttiva debba essere commisurata alla domanda media e

non alla domanda di picco. Un ragionamento inattaccabile in una prospettiva imprenditoriale, ma che applicato ad una organizzazione pubblica ne immiserisce il ruolo da strumento di cura del bene collettivo a mera macchina da prestazioni. Le conseguenze, come sappiamo, si contano anche nel numero dei morti.

Ma gli effetti di un approccio tutto economico produttivo sulla capacità di risposta alla pandemia non si fermano qui. Un altro esempio è quello dei dati e della capacità previsionale dell'amministrazione. Si comincia a parlare proprio in questi giorni del fatto che già nel mese di novembre 2019 fossero presenti in Italia casi di polmonite atipici, con un numero e una frequenza (con contagi intrafamiliari) insoliti e allarmanti. Ma l'allarme non è scattato perché non esisteva un sistema di raccolta dati di questo tipo, né a livello regionale, né a livello nazionale. I dati raccolti e processati dalla sanità pubblica sono essenzialmente dati economico-quantitativi, che poco e tardi ci dicono cosa sta succedendo in termini di salute.

#### 4. *Quale eguaglianza in sanità?*

L'impoverimento culturale del sistema sanitario si riflette in maniera particolarmente pernicioso anche sulla dimensione dell'eguaglianza del diritto alla salute, questione che nel nostro modello chiama in causa le Regioni e l'organizzazione dei sistemi sanitari regionali. Fino a qualche mese fa ci siamo accorti unicamente delle diseguaglianze derivanti dalla diversa efficienza produttiva dei sistemi regionali e il Governo centrale ha adottato politiche mirate prevalentemente a rendere le Regioni eguali nella gestione economica della sanità<sup>5</sup>. Ad essere completamente trascurato dal livello centrale nelle decisioni (spesso concordate con le Regioni) a proposito dei controlli, dei livelli essenziali, dei principi fondamentali in materia di tutela della salute è stato l'aspetto dell'eguaglianza

---

(5) Paradigmatiche in questo senso sono le considerazioni svolte dall'Ufficio parlamentare di Bilancio, secondo il quale «la regolazione sempre più rigida e il controllo centrale progressivamente più stringente sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) sono stati finalizzati prioritariamente, e con successo, al rientro dai disavanzi sanitari e sono stati rivolti solo con ritardo alla garanzia del rispetto uniforme sul territorio dei livelli essenziali di assistenza (LEA), rimanendo a tal fine meno efficaci». Così nel Focus Tematico n. 6 del 2.12.2019, [http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus\\_6\\_2019-sanit%C3%A0.pdf](http://www.upbilancio.it/wp-content/uploads/2019/12/Focus_6_2019-sanit%C3%A0.pdf).

profonda, quella che riguarda la dimensione e la consistenza del diritto, prima ancora della sua effettività. Anche nel rapporto con le Regioni e fra le Regioni la sanità è diventata questione aziendale da governare con i numeri relativi alla spesa. Così elementi chiave di carattere prettamente organizzativo, come il rapporto con il privato, la relazione fra assistenza domiciliare e ricovero, il ruolo del territorio, la funzione della medicina di base, l'integrazione con il sociale e così via, sono stati relegati in posizione marginale, lasciando che su di essi ciascuna Regione facesse scelte anche profondamente diversificate e guidate, in certi casi, ancora una volta da logiche prevalentemente economico-produttive. L'epidemia è stata rivelatrice anche in questo senso: ci ha mostrato che la mortalità non è solo questione di efficienza produttiva, ma anche "di sistema" e che le disegualianze discendono non solo dalla diversa capacità di erogazione, ma anche dalla diversa organizzazione.

Il confronto fra le Regioni del Nord Italia, che hanno *performance* di efficienza gestionale della sanità simili, è significativo. Le differenze fra tasso di contagio, ma soprattutto fra la mortalità per Covid sono drammatiche e rivelatrici della presenza di fattori diversi da quelli relativi alla sola gestione economica dei servizi. La percentuale di decessi sul numero dei positivi alla fine di aprile in Lombardia era ben più elevata di quella dell'Emilia-Romagna e addirittura tripla rispetto a quella del Veneto, rispettivamente 18%, 14% e 6%. Differenze queste ultime che si amplificano se si considera il tasso di mortalità espresso per 100.000 abitanti: rispetto a quello della Lombardia quello del Veneto è pari a meno 84,5% e quello dell'Emilia-Romagna a meno 46,5%<sup>6</sup>. Certo le spiegazioni possono essere diverse, relative alla sottostima del numero dei contagiati in Lombardia o anche al conteggio dei decessi, che può essere stato amplificato in quest'ultima Regione dal forte tasso di ospedalizzazione dei malati. Ma, al netto di tutto questo, restano comunque numeri sorprendentemente diversi e il riferimento al diverso approccio organizzativo dei sistemi regionali ha certamente un ruolo che dovrà essere meglio indagato.

---

(6) M. MARANGOLO, M. DE ROSA, *Covid-19. regioni a confronto*, <https://www.saluteinternazionale.info/2020/04/covid-19-regioni-a-confronto/>.

### *5. Come riprendere a parlare di sanità nel dopo Covid*

Le considerazioni svolte sinora impongono una riflessione approfondita sul futuro e sul modo di riprendere a parlare di sanità pubblica. L'importante investimento che il nostro Paese ha fatto in questi mesi e intende fare per il futuro in termini di rifinanziamento della sanità rischia, infatti, di lasciare molte questioni irrisolte se non accompagnato da un ripensamento profondo del "come", prima ancora che del "cosa", riformare.

Se non si può negare che la sanità debba essere sostenibile, prima ancora di renderla economicamente tale occorre però intendersi su cosa debba essere la sanità pubblica e a cosa debba servire. I servizi pubblici per la salute sono una parte essenziale del progetto costituzionale e nel loro modo di essere e di funzionare esprimono una precisa idea di persona, di società e dei suoi bisogni e di ruolo delle istituzioni nella loro soddisfazione. Questo vuole anche dire che le questioni relative all'organizzazione e al funzionamento della sanità non sono questioni da affrontare unicamente in ambito tecnico-economico, ma richiedono una discussione collettiva, una assunzione di responsabilità anche politica e un controllo democratico.

La questione deve essere posta in questi termini anche e soprattutto nel rapporto con le Regioni, in modo da presidiare, complessivamente e nel rispetto della leale collaborazione, una eguaglianza profonda nella definizione del diritto e nelle ricadute organizzative che da ciò discendono. Un'eguaglianza che passa non solo per l'uniforme capacità produttiva e di controllo della spesa, ma anche e ancor di più attraverso la condivisione del modo in cui le istituzioni mediano fra i bisogni della società e la loro soddisfazione, esprimendo una idea di servizio pubblico e del suo ruolo. In questa prospettiva la discussione sui livelli essenziali e la definizione dei requisiti anche organizzativi di quanto è funzionale alla loro effettiva attuazione rappresentano un momento chiave nella condivisione dell'idea della salute e del fondamentale diritto ad essa collegato. Ma accanto al tema, certamente essenziale, delle prestazioni e della loro effettività occorre tornare a discutere delle funzioni del sistema sanitario, del rapporto fra pubblico e privato, fra ospedale e territorio, della medicina di base, della domiciliarità, dell'approccio alla non autosufficienza, alla cronicità, alla patologia psichiatrica, e così via.

Molto si è parlato in questi mesi del coordinamento verticale, ma bisogna investire anche sul coordinamento orizzontale. Mancano sedi istituzionali di raccordo adeguate fra le Regioni. Occorre rafforzare la Conferenza dei Presidenti creando un apparato tecnico interregionale per consolidare anche la capacità delle Regioni di auto-coordinamento. Ugualmente occorre investire nella relazione fra Regioni e autonomie locali con l'obiettivo di promuovere una integrazione sociosanitaria effettiva e diffusa. Una volta garantita uniformità nella visione della salute e della sanità sarà possibile riconoscere alla differenziazione regionale il suo importante ruolo di adeguamento dei sistemi alle specificità territoriali, ai particolari bisogni della collettività, alla composizione e alle vocazioni della società, permettendo ad essa di esprimersi anche in alcuni di quegli ambiti in cui è stata tradizionalmente compressa.

Accanto all'uniformità necessaria ad assicurare l'eguaglianza dei diritti e della loro effettività, esiste infatti una differenziazione ragionevole, che non solo è costituzionalmente possibile, ma in diversi casi è anche necessaria. I cosiddetti determinanti di salute mettono in piena evidenza come il benessere dipenda strettamente dall'ambiente di vita, dai fattori culturali, economici e sociali che lo caratterizzano, aspetti dei quali, conseguentemente, anche i servizi a tutela di questo benessere debbono tenere pienamente conto, atteggiandosi in modo diverso a seconda delle diverse condizioni che si trovano a fronteggiare.

Se questo riguarda il "come" si deve tornare a parlare di sanità e di sistemi, qualche ultima battuta sul "cosa".

La crisi pandemica ha messo in evidenza la grave carenza della capacità conoscitiva del nostro sistema sanitario per ciò che concerne elementi diversi dai costi e dai volumi di attività. A questo limite occorre rimediare con un investimento sulla qualità dell'amministrazione che deve dotarsi di strumenti, ma anche di personale tecnico adeguato. La qualità del sistema è anche una chiave essenziale per affrontare le questioni di sostenibilità della spesa, riducendo gli sprechi che derivano dal cattivo impiego delle risorse e dalla penetrazione di fenomeni corruttivi nel sistema<sup>7</sup>.

---

(7) *Transparency International* Italia ha calcolato una perdita di 13 miliardi l'anno per corruzione e cattiva amministrazione in sanità. Così in *Rapporto Curiamo la Corruzione 2017*.

Accanto a questo ci sono due lezioni importanti delle quali non possiamo non fare tesoro.

L'aspetto che forse è emerso con maggiore evidenza è che destinatari della protezione che un servizio sanitario deve assicurare sono le persone, non solo in quanto singoli individui malati, ma anche in quanto parte di una comunità, in cui il benessere di ciascuno è legato a quello degli altri. Questa riscoperta consapevolezza deve tradursi necessariamente in un ridisegno dei servizi che non si esaurisca in un rafforzamento della prevenzione, ma rimetta al centro l'idea di un servizio della collettività per la collettività, in cui ciascuno, oltre che utente di prestazioni, è anche attore responsabile del bene comune. Pensiamo come il comportamento sanitario responsabile si possa e si debba tradurre oltre che nel rispetto delle regole di distanziamento sociale, quando necessarie, anche in atteggiamenti ragionevoli in materia di uso dei farmaci, accesso al pronto soccorso, e così via.

Tutto questo passa preliminarmente per quanto già considerato a proposito della restituzione della questione dell'organizzazione sanitaria al dibattito pubblico e democratico, al quale il discorso tecnico sul funzionamento del sistema e sui suoi costi si aggiunge in funzione di garanzia dell'efficacia e della sostenibilità. In termini di contenuti non c'è dubbio che, accanto alla prevenzione, occorra allora tornare sull'informazione, sul ruolo della medicina di base, sugli stili di vita, sull'alimentazione, e così via.

Un'altra serie di indicazioni che provengono dall'esperienza della pandemia riguardano l'orientamento del sistema in ordine alle modalità di presa in carico dei pazienti. In particolare appare evidente come sia necessario rimettere pesantemente in discussione, più di quanto si sia fatto sino ad ora, l'approccio centrato su una medicina per acuti, che, da un punto di vista organizzativo, è alla base della centralità dell'ospedale. Non sono solo l'invecchiamento e l'aumento della cronicità che rendono necessari una presa in carico complessiva della persona, coordinamento, continuità, domiciliarità delle cure, ma anche, come abbiamo visto, patologie virali a diffusione pandemica. Nella prospettiva di un serio investimento sulla medicina territoriale e su un moderno sistema di cure primarie, occorre procedere con il metodo della condivisione istituzionale, valorizzando il ruolo dei Comuni e, con loro, dei servi-

zi sociali, garantendo il potenziamento dell'integrazione tra strutture e professionisti sanitari e non sanitari e accelerando la costituzione di soluzioni organizzative dell'integrazione socio-sanitaria che si pongano in maniera efficace come primo punto di contatto e di risposta ai bisogni di salute espressi dalla popolazione.

Perché tutto questo possa realizzarsi è essenziale anche un investimento economico che rafforzi i servizi sociali e la loro capacità organizzativa di essere parte di un rinnovato sistema integrato. Le tragiche conseguenze dei contagi che hanno coinvolto le persone ospitate nelle Rsa sono il segno di una duplice fragilità: quella delle strutture, impoverite da un punto di vista professionale e impossibilitate a reagire tempestivamente alle nuove richieste che venivano dalla diffusione dell'epidemia, e quella di sistemi regionali che non sono stati in grado di proteggerle da quanto stava avvenendo.

Gli esempi potrebbero continuare, ma conclusivamente possiamo dire che l'amministrazione sanitaria deve in generale elevare la propria qualità in regime ordinario, per essere in grado di affrontare sfide eccezionali. Ma attenzione a non dimenticare che la qualità non è solo questione tecnico-economica, ma anche, se non soprattutto, politica e di visione.