

# Commento

a cura di Antonio D'Andreamatteo\*

La proposta FIASO su transizione ecologica e green delle aziende sanitarie e ospedaliere italiane evoca immediatamente, per i temi trattati, il concetto di complessità (Butera, 2021). La complessità scaturisce sia dagli “oggetti” e dai “soggetti” della transizione, sia dalle interconnessioni tra i primi e i secondi.

Tra gli “oggetti” della transizione vanno considerate non solo le strutture di offerta dei servizi sanitari, ma anche i materiali e le tecnologie utilizzate nei processi, le risorse energetiche assorbite, i rifiuti quotidianamente prodotti. È evidente come tutti questi elementi impattino direttamente o indirettamente su diversi aspetti analizzati nella proposta FIASO. Innanzitutto, molto resta da fare per ridurre il consumo energetico, nonostante gli interventi decennali dei programmi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario italiano (Commissione permanente 10<sup>a</sup> – Senato della Repubblica, 2024). La mole dei soli rifiuti sanitari trattati in Italia, circa 227mila tonnellate (ISPRA, 2023), è poi tale da essere indizio della magnitudine degli sforzi necessari non solo per trattarli, ma soprattutto per ridurre la produzione. La quantità di materiali e tecnologie impiegati è direttamente connessa agli enormi sviluppi delle possibilità diagnostiche e di cura degli ultimi decenni, che hanno progressivamente incrementato però sia i rifiuti trattati sia il consumo energetico.

Le soluzioni in via di sperimentazione sono d'altro canto molteplici, tra le quali: valutare e migliorare l'efficienza energetica degli edifici sanitari; promuovere l'utilizzo di energie rinnovabili; adottare strategie di riduzione dei rifiuti sanitari (favorendone al contempo il riciclaggio), di riutilizzo dei materiali (qualora ne sussistano le condizioni) e di uso di prodotti biodegradabili; promuovere politiche di acquisto “verdi”, incentivando la scelta di fornitori orientati a pratiche green (avvalorate da sistemi di certificazione aziendale); integrare l'edilizia sanitaria con aree verdi, ogniqualvolta sia possibile; diffondere la pratica del Life Cycle Assessment, al fine di identificare le fasi di vita in cui il prodotto o la tecnologia hanno l'impatto ambientale maggiore e, quindi, proporre soluzioni mirate; stipulare contratti di rendimento energetico o di prestazione energetica (come valorizzato nel position paper di FIASO). Rispetto a quest'ultima proposta, uno strumento da valorizzare, nonostante le criticità emerse in passato, è quello del partenariato pubblico-privato, attraverso il quale promuovere collaborazioni che all'interesse pubblico coniughino le disponibilità finanziarie e le competenze tecniche dei privati. Tutti questi interventi, e altri, consentirebbero alle aziende sanitarie progressi nella realizzazione del cosiddetto “ospedale green” (WHO, 2020), un ospedale progettato e gestito secondo pratiche sostenibili, nel quale l'uso efficiente delle risorse sia a servizio della salute e del benessere di pazienti e operatori, oltre che a determinare un minore impatto sull'ambiente.

Rispetto ai “soggetti”, in prima analisi, verrebbe superficialmente da attribuire le uniche responsabilità agli attori istituzionali incaricati di disegnare le policy e finalizzarne i finanziamenti per l'implementazione, tanto a livello centrale quanto regionale, oppure alle direzioni strategiche delle aziende sanitarie. Senza voler assolutamente minimizzare le responsabilità degli attori suindicati, questa visione non terrebbe conto del fatto che il contributo è di tutte le professionalità coinvolte, dall'energy manager al coordinatore della gestione dei rifiuti, fino al singolo operatore impegnato in un atto di assistenza e cura. Se i primi due (e altri ruoli simili) possiedono le “hard skill” attraverso le quali intervenire tecnicamente sulle questioni di interesse, è vero anche che

\* *Alessandro D'Andreamatteo*, Dipartimento di Economia aziendale, Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti Pescara. E-mail: antonio.dandreamatteo@gmail.com.

un cambiamento radicale è possibile solo se ognuno, nel compiere i propri atti quotidiani, integra comportamenti sostenibili rispettosi dell'ambiente.

Tuttavia, seppur in sé condizione necessaria, questi singoli interventi andrebbero inseriti in iniziative coordinate e sistemiche guidate da un framework comune. Una recente ricerca a iniziativa di Altis, Cerismas, Bcg e Quantis ha per esempio evidenziato come, sebbene le aziende del settore sanitario siano ora più proattive nell'avviare pratiche sostenibili, gli interventi sono ancora poco strutturati (Pedrini *et al.*, 2023). Infatti, le interconnessioni tra “oggetti” e “soggetti” chiamano in causa un concetto più complesso rispetto a quello di cambiamento. Esperienze a livello internazionale (sistema sanitario olandese) confermano che nel caso del settore sanitario l'evoluzione verso sistemi più sostenibili ha i caratteri di una vera e propria transizione (Johansen *et al.*, 2018). Quest'ultima comporta una trasformazione radicale dei sistemi che si evolve su periodi estesi e segue un andamento che non è lineare ma piuttosto caotico, caratterizzato da variazioni graduali che si intensificano e si accumulano nel tempo. La gestione e gli esiti della transizione non sono quindi scontati e richiedono interventi coordinati e ripetuti nel tempo. La transizione ecologica e green del nostro sistema sanitario non è quindi (solo) una questione di finanziamenti, ma è innanzitutto un cambio epocale di cultura. Non si può chiedere ai “soggetti” della transizione di aggiungere alle loro già fitte agende ulteriori gravami e impegni, solo perché il “mainstream” è ora (giustamente) il rispetto dell'ambiente, senza orientarne la scala di valori, né si può ipotizzare che la diffusione dei contratti di rendimento o prestazione energetica realizzi da sola la transizione auspicata. Su questo fronte sono da promuovere iniziative con le potenzialità di affrontare adeguatamente quella complessità di “oggetti”, “soggetti” e “interconnessioni” che una transizione ecologica richiede, come quella recentemente adottata in provincia di Bergamo nella quale un apposito comitato si occuperà di coordinare l'impegno di una serie di istituzioni, tra le quali enti locali, istituti di ricerca, università e aziende sanitarie, nel ridurre l'impronta ambientale delle prestazioni sanitarie, promuovendo quindi le sinergie di un elevato numero di attori.

## Bibliografia

- Butera F. (2021). *Affrontare la complessità. Per governare la transizione ecologica*. Milano: Edizioni Ambiente.
- Commissione permanente 10ª – Senato della Repubblica (2024). *Documento conclusivo dell'indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico, anche nel quadro della missione 6 del PNRR (DOC. XVII, n. 2)*.
- ISPRA (2023). *Rapporto Rifiuti Speciali Edizione 2023*.
- Johansen F., Loorbach D., & Stoopendaal A. (2018). Exploring a transition in Dutch healthcare. *Journal of Health Organization and Management*, 32(7): 875-890. DOI: 10.1108/JHOM-07-2018-0185.
- Pedrini M., Zaccone M.C., Francesca B., Alessandra C., Andrea P., Monolo G., Marco O., & Simone P. (2023). *Sostenibilità in sanità*. – <https://publicatt.unicatt.it/handle/10807/228482>.
- WHO (2020). *WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. World Health Organization.