



Associazione Italiana per la
Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

ASIQUAS Review

Newsletter della Associazione Italiana per la Qualità
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale.

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 5 agosto 2023



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, Francesco Medici, Maria Piane, Mario Ronchetti, Andrea Vannucci

Review realizzata in collaborazione con:

DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

1921 — 2021
UN SECOLO
DI STORIA
D'AVANTI ANNO



UNIVERSITÀ
CATTOLICA
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

I materiali (articoli e dati) vengono selezionati da fonti accreditate:

The Lancet, Science/AAS, Nature, The New England Medical Journal, The British MJ, Salute Internazionale, Sanità Informazione, Quotidiano Sanità, La Repubblica, Corriere della Sera, Gedi Visual, ALTEMS, GIMBE, etc.

Per le Istituzioni:

WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Per i dati:

WHO/OMS, UE Centri di Prevenzione; OCDE, ONU, Protezione Civile, ISTAT, INAIL, Ministero Salute, ISS, AGENAS, CNR, Regioni, ARS, ASL, AO, AOP, IRCCS, Centri Studi e ricerche nazionali e internazionali e altri;

Criteri di selezione:

I materiali sono scelti in base ai seguenti criteri: Materiali di analisi recenti; Fonti accreditate; Tematiche inerenti a COVID19; Procedure internazionali e nazionali; Studi e ricerche epidemiologici; Studi su procedure per operatori sanitari e sociali; Linee Guida internazionali, nazionali e regionali; Linee Guida di società scientifiche e professionali.

Le traduzioni sono fatte in automatico con il software “google” per rapidità di fruizione.

Ci scusiamo se le traduzioni non sono sempre adeguate, ma riteniamo più utile la tempestività di divulgazione.

I curatori

Giorgio Banchieri

Segretario Nazionale del CDN ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale; Docente presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche, Progettista e Coordinatore Didattico dei Master MIAS, MEU e MaRSS, Università “Sapienza” Roma; Già Direttore dell’Osservatorio della Qualità del SSR del Molise; Docente ai master e Direttore di progetti di ricerca e di consulenza organizzativa e gestionale in aziende sanitarie (Asl e AO) presso la LUISS Business School di Roma, presso L’Università Politecnica della Marche, presso Università del Salento; Direttore di www.osservatoriosanita.it; già Direttore FIASO, Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere, membro Comitato Programma Nazionale Esiti – PNE; Membro Comitato del Tavolo Tecnico AGENAS e Regioni Re.Se.T., Reti per i Servizi Territoriali.

Antonio Giulio de Belvis

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Professore Associato di Igiene e Medicina Preventiva presso la Facoltà di Economia dell’Università Cattolica del Sacro Cuore. Dal 2009 al 2012, Coordinatore e Segretario Scientifico dell’Osservatorio Nazionale sulla

Maurizio Dal Maso

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria e Sociale. Ha svolto la sua attività professionale come medico clinico dal 1979 al 1999. Successivamente come medico di Direzione sanitaria e Project Manager aziendale, Direttore Sanitario aziendale, Direttore Generale e Commissario straordinario. Dal luglio 2019 svolge attività di consulente in Organizzazione aziendale e formatore in Project Management per Accademia Nazionale di Medicina

Emanuele Di Simone

Socio di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laureato in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, ha conseguito nel 2020 il Dottorato di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica. Dopo aver lavorato per diversi anni nella sanità privata è poi passato al Servizio Sanitario Nazionale (Policlinico Universitario di Ferrara). Attualmente coordina le attività di innovazione e sviluppo per le professioni sanitarie presso un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico oncologico e dermatologico (IRCCS IFO di Roma). La sua attività assistenziale è stata da sempre affiancata a quella di ricerca soprattutto nell'ambito della prevenzione degli errori farmacologici; autore e co-autore di numerose pubblicazioni scientifiche di rilievo nazionale e internazionale, da diversi anni ricopre incarichi di docenza presso diversi corsi di laurea negli atenei romani di "Sapienza" e "Tor Vergata".

Nicoletta Dasso

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Infermiera pediatrica presso l'IRCCS Istituto G. Gaslini di Genova. Conseguito il Dottorato di Ricerca in Scienze della Salute, Curriculum Nursing presso il Dipartimento di Scienze della Salute dell'Università di Genova. Membro di ANIARTI, Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica, e della SISI, Società Italiana di Scienze Infermieristiche

Lidia Goldoni

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice www.perlungavita.it, giornalista pubblicista, consulente servizi anziani e disabili, consulente per l'organizzazione e la gestione dei servizi sociosanitari, coordinatrice scientifica Forum sulla non autosufficienza, direttrice rivista Servizi sociali oggi, Rivista sulle politiche sociali e sanitarie e i servizi per le persone, già dirigente amministrativo del Comune di Modena, Dirigente servizi sociali e assistenziali per anziani.

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore ff della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali ANNAO. Docente in Igiene nella scuola infermieri Università "Sapienza" di Roma. Docenza nel Master MIAS - "Governance della qualità nelle strutture sanitarie", presso il Dipartimento di Scienze sociali ed economiche. Università degli studi "Sapienza" di Roma.

Maria Piane

Socia ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Laurea in Scienze Biologiche, Specializzazione in Genetica Medica, Dottorato in Genetica Medica e Master in Management E Innovazione nelle Aziende Sanitarie, tutti conseguiti presso "Sapienza" Università di Roma. È ricercatore universitario SSD MED/03 presso il Dipartimento di Medicina Clinica e Molecolare della Facoltà di Medicina e Psicologia, "Sapienza" Università di Roma dove svolge la sua attività di ricerca in ambito di neurogenetica, cardiogenetica e oncogenetica. Svolge attività diagnostica presso l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, UOD Genetica Medica, dove è strutturata come Dirigente biologo di I livello. Si occupa principalmente diagnosi di tumori eredo-familiari e di cardiopatie su base genetica.

Mario Ronchetti

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Esperto di formazione e organizzazione dei servizi sanitari. Docente a contratto di Economia aziendale, Università di Tor Vergata. Consulente di organizzazione aziendale presso varie ASL e AO. Responsabile organizzazione percorsi di Formazione a Distanza per personale DEA e ARES 118. Membro Gruppo di lavoro regionale per la formazione del Middle Management del SSR. Docente in corsi di formazione ECM e Master. Già Direttore Sanitario aziendale. Blogger ProssimaMente.org

Andrea Vannucci

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Già Direttore dell'Agenzia regionale di sanità della Toscana, Coordinatore della Commissione Qualità e Sicurezza del Consiglio sanitario regionale e Rappresentante per la Regione Toscana nel Comitato Scientifico del Programma Nazionale Esiti – PNE. Ad oggi Membro del Consiglio Direttivo di Accademia nazionale di Medicina e co-coordinatore della sezione Informazione Scientifica e Innovazione, Direttore Scientifico del Forum sistema salute 2019 e 2020; Vicepresidente di AISSMM - Associazione Italiana di Medicina e Sanità Sistemica; Professore a contratto per l'insegnamento di Organizzazione e programmazione delle aziende sanitarie del corso di laurea in Ingegneria gestionale dell'Università di Siena.

Contatti.

giorgio.banchieri@gmail.com; **Antonio.DeBelvis@unicatt.it; **maurizio.dalmaso@gmail.com; **emanuele.disimone@uniroma1.it; **nicolettadasso@gmail.com; **fam.medici@mac.com; **maria.piane@uniroma1.it ; **mario.ronchetti@gmail.com; **andrea.gg.vannucci@icluod.com; **perlungavita@gmail.com.******************

Per chi è interessato a leggere in numeri pregressi di “Covid 19 Review 2020-21” li può trovare su:

- Volume 1 dal n. 1 al n. 14: https://issuu.com/comsrl/docs/banchieri_1-14_rev
- Volume 2 dal n. 14 al n.29:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_parte_2
- Volume 3 dal n. 30 al n. 34:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_from_prof_giorgio_banchieri_e_andre
- Volume 4 dal n. 35 al n. 60:
https://issuu.com/comsrl/docs/covid19_review_parte_4_from_banchieri_e_vannucci
- Volume 5 dal n. 16, Prima serie settimanale:
https://issuu.com/comsrl/docs/weekly_series_covid19_review_2020_published
- Volume 6 dal n. 1 al n. 4, Prima Serie quindicinale; www.asiquas.it Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale; www.asiquas.org

Tutti i numeri pregressi di “ASIQUAS Covid 19 Review” sono reperibili su:

- “ASIQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30, su www.asiquas.org

Tutti i numeri pregressi di “ASIQUAS Review” sono reperibili su:

- “ASIQUAS Review” 2023, numeri 1-4, su www.asiquas.org

Per leggere le monografie “Covid 19 Review 2020”: www.asiquas.org

- Monografia 1 – Tomas Pueyo –The Hammer and the Dance
- Monografia 2 – On Covid19 pandemic data
- Monografia 3 - Ethic and Equity
- Monografia 4 – Tomas Pueyo – Formaggio svizzero
- Monografia 5 – Vaccini Covid19 1
- Monografia 6 – Vaccini Covid19 2
- Monografia 7 – Residenze e Covid 19
- Monografia 8 – Covid19 e Salute Mentale

Per leggere le Monografie – “ASIQUAS Covid19 Review”: www.asiquas.org

- Monografia 1– Long Covid
- Monografia 2 – ASIQUAS, Covid 19 e PNRR

Sommario

BREAKING ARTICLES	12
<i>PNRR: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati... S. Scelsi, G.Banchieri A.G. de Belvis,,M. Del Maso, A. Vannucci. quotidianosanita.it</i>	<i>12</i>
<i>La cura per il clima è cura per la salute, Salute internazionale</i>	<i>21</i>
<i>L'ospedale che cambia e il medico "hospitalist", C. Amodeo, G. Banchieri, S. Scelsi, A.Vannucci quotidianosanita.it</i>	<i>26</i>
<i>Edgar Morin: "Adesso ho paura per la democrazia", Anais Ginori, La Repubblica</i>	<i>32</i>
<i>Il tavolo tecnico ministeriale sul Dm 70 e il Dm 77 tra la terza e la quarta legge di Parkinson, Claudio Maria Maffei. quotidianosanita.it</i>	<i>34</i>
DOCUMENTI ISTITUZIONALI	36
<i>Istituzione del tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dell'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera, Ministero della salute</i>	<i>36</i>
<i>Rapporto annuale 2023. Ka situazione del Paese. ISTAT</i>	<i>41</i>
<i>Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2022, Consuntivo. AIFA.....</i>	<i>42</i>
<i>COVID-19. Weekly Epidemiological update. WHO</i>	<i>43</i>
A PROPOSITO DI SOSTENIBILITÀ	45
<i>La programmazione nazionale e organica del Ssn è essenziale per rilanciare il sistema salute, R.Polillo, M. Tognetti, quotidianosanita.it</i>	<i>45</i>
<i>Al punto di rottura o già rotto? Il Servizio Sanitario Nazionale nel Regno Unito. David J. Hunter, MB, BS, F.Med.Sci.</i>	<i>48</i>
SCENARIO SSN	51
<i>Gimbe: "La Sanità va esclusa dalle materie oggetto dell'Autonomia differenziata" quotidianosanita.it</i>	<i>51</i>
<i>La Cisl presenta la sua "piattaforma" sanità con 16 proposte per il rilancio del Ssn e denuncia la deriva verso una pericolosa privatizzazione, quotidianosanita.it.....</i>	<i>56</i>
<i>La cura della persona, Documento programmatico, CISL.....</i>	<i>61</i>
<i>Italia al vertice per aspettativa di vita alla nascita e in salute tra i principali paesi occidentali. Male i finanziamenti e sulle strutture residenziali per anziani. L'indagine dell'Ufficio valutazione impatto del Senato, Giovanni Rodriquez quotidianosanita.it</i>	<i>62</i>
<i>Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni, Ufficio valutazione impatto, Senato della Repubblica</i>	<i>69</i>
<i>Tra proposte e piattaforme il rischio è doverci accontentare della manetta della Meloni. Ivan Cavicchi, quotidianosanita.it</i>	<i>70</i>
<i>URGENZA SANITA'. Cittadinanza Attiva</i>	<i>71</i>
SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA	74
<i>Terzo Outlook Deloitte/ Gli italiani promuovono la sanità pubblica con la sufficienza ma il 32% rinuncia alle cure. Avanzano digitale e polizze, Il Sole 24 Ore.....</i>	<i>74</i>

<i>Pubblico, privato e comunità. Una collaborazione multi-attoriale per le nuove sfide della sanità. C. Collicelli, quotidianosanita.it</i>	76
<i>Professioni sanitarie, dalle Regioni le linee guida sul lavoro "privato" tra incompatibilità e gestione delle liste d'attesa, Il Sole 24 Ore</i>	79
ONE HEALTH, CLIMA, SALUTE E AMBIENTE	80
<i>Avvicinamento a limiti non sicuri: disuguaglianze sanitarie legate al clima all'interno e all'esterno dell'Europa. Kim et al., The Lancet</i>	80
<i>"Abbiamo superato i limiti: la Terra non è più un luogo sicuro per gli esseri umani", L. Fraioli. La Repubblica</i> ...	83
<i>"Ondate di calore impossibili senza il cambiamento climatico". I. D'Aria, La Repubblica</i>	84
<i>Caldo record, come cambia il clima (e cosa possiamo ancora fare). R.Raicaldo, La Repubblica</i>	87
<i>Tra Covid, shock meteorologici e guerre alla fame ci sono 122 mln di persone in più rispetto al 2019 per un totale di 783 mln di denutriti. quotidianosanita.it</i>	90
<i>The state of food security and nutrition in the world. Unicef</i>	91
<i>I paesi della regione europea dell'Oms adottano la Dichiarazione di Budapest. In campo misure per migliorare l'ambiente e la salute quotidianosanita.it</i>	94
<i>Qualità dell'aria e salute dei cittadini. Istat: "In Italia oltre 50 mila decessi prematuri dovuti ad un'elevata esposizione al particolato Pm 2,5, quotidianosanita.it</i>	95
<i>Il poker di tecnologie mature per salvare il clima Redazione QualEnergia.it</i>	96
PANDEMIE OGGI E DOMANI	99
<i>Monitoraggio fase 3 report settimanale, ISS e Ministero della Salute</i>	99
<i>Affrontare l'iniquità: il mondo ha bisogno di un ambizioso accordo pandemico. Tovar et al., The Lancet</i>	104
<i>Covid, spunta la nuova variante EG.5: è un'osservata speciale. D. Zorzetto. La Repubblica</i>	105
<i>L'elevata temperatura corporea aumenta la resistenza dell'ospite dipendente dal microbiota intestinale al virus dell'influenza A e all'infezione da SARS-CoV-2. Minami et al., Nature</i>	107
<i>Ventilazione a volume corrente ultra-basso per ARDS correlata a COVID-19 in Francia (VT4COVID): uno studio multicentrico, in aperto, a gruppi paralleli, randomizzato, Richard et al., The Lancet</i>	108
<i>L'elevata temperatura corporea aumenta la resistenza dell'ospite dipendente dal microbiota intestinale al virus dell'influenza A e all'infezione da SARS-CoV-2. Nagal et al., Nature</i>	113
<i>Covid, svelato il mistero degli asintomatici. Donatella Zorzetto. La Repubblica</i>	115
<i>L'influenza aviaria si diffonde tra cani e gatti. Allerta dell'Oms per un focolaio in Polonia, E.Dusi, La Repubblica</i>	117
PIANO NAZIONALE RINASCITA E RESILIENZA	118
<i>Pnrr, stop a progetti per 16 miliardi: fuori dissesto idrogeologico e idrogeno. Nuovo ecobonus da 4 miliardi, G. Colombo, la Repubblica</i>	118
<i>Pnrr/ Ministero Salute, centrato target 1.800 borse medicina generale. Speso l'1,15% delle risorse. Ecco lo stato di avanzamento del Piano. Il Sole 24 Ore</i>	120

<i>Il Pnrr riveduto e corretto stralcia case, ospedali di comunità e Cot e rinvia nuove apparecchiature e interventi antisismici. La ciambella dei fondi ex art. 20 e di coesione. B. Gobbi, Il Sole 24 Ore</i>	122
<i>'Nuovo' PNRR, il governo taglia sull'ambiente. Tutte le novità nel piano. F, Santelli, La Repubblica</i>	125
<i>Il PNRR e la gestione delle cronicità sul territorio. Quotidiano Sanità.it</i>	126
<i>Proposte per la revisione del PNRR e capitolo REPowerEU. Italia Domani</i>	128
OSPEDALE CHE CAMBIA	132
<i>Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI. Società Scientifica di Medicina Interna</i>	132
<i>L'ospedale nel suo contesto. R. Polillo. quotidianosanita.it.....</i>	134
<i>Quaderni dell'Italian Journal of Medicine. La figura dell'Hospitalist in Italia</i>	135
<i>L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro. I quaderni di Quotidiano Sanità.it</i>	137
<i>Summary of the occupational therapy profession in Europe. COTEC</i>	138
NURSING	143
<i>OMS e OCS: professione infermieristica; FNOPI.....</i>	143
<i>Violenza sul posto di lavoro contro gli infermieri: Sfide e soluzioni per l'Europa, Raeve et al., Policy, Politics & Nursing Practice</i>	146
<i>Rendere il caso aziendale per una pratica basata sull'evidenza con ritorno sull'investimento e valore dell'investimento. B. Mazurek, K. Browne. Worldviews on evidence-based nursing. Sigma</i>	147
<i>Come possiamo soddisfare i bisogni dei pazienti, delle loro famiglie e delle loro comunità? Uno studio qualitativo che include medici, rappresentanti dei consumatori, pazienti e membri della comunità. Roberts et al., BMC Health Services Research</i>	150
MEDICINA TERRITORIALE	151
<i>Sul futuro della medicina generale la discussione sia costruttiva. R. Polillo, quotidianosanita.it</i>	151
<i>Position statement della card per l'appropriata strutturazione dei distretti e le procedure di selezione dei direttori di distretto. CARD</i>	153
<i>LEPS: il percorso assistenziale integrato – Parte I, F. Pesarese. Welforum.it</i>	162
SANITÀ, SOCIALE E LONG TERM CARE.....	167
<i>Migrazioni forzate e sostituzione etnica. G. Maciocco. Salute Internazionale</i>	167
<i>Indagine Italia Longeva. Tra il 2011 e il 2021 aumentati dal 26 al 40% gli italiani in condizioni di fragilità lieve, moderata o severa. quotidianosanita.it</i>	170
<i>Statistiche sulla popolazione e sui cambiamenti demografici. Eurostat. Statistics Explained.....</i>	173
<i>Guerre, clima, pandemia. La fame è in aumento nel mondo. Oggi ne soffre quasi un individuo su dieci. E.Dusi. La Repubblica</i>	181
<i>INTERVISTA L'allarme di Monsignor Paglia: «Nostri anziani non muoiono di caldo, ma di solitudine e abbandono». Sanità Informazione</i>	182
<i>Italia sempre più vulnerabile, 11 milioni di over 50 con fragilità V. Arcovio, Sanità-Informazione</i>	183

<i>Social Marketing for one health. Cultura e Salute. Editore Perugia</i>	185
DIGITALIZZAZIONE TELEMEDICINA	186
<i>L'effetto globale delle tecnologie sanitarie digitali sulle competenze degli operatori sanitari e sul posto di lavoro sanitario: una rassegna generale di revisioni sistematiche e meta-analisi. Borge do Nascimento et al., The Lancet</i>	186
<i>Spesa per sanità digitale a 1,8 mld (+7%) nel 2022 ma fascicolo sanitario "lento". I-Com: promuovere le PPP. Radiocor Plus. Il Sole 24 Ore.....</i>	190
<i>Europa, ForumDD: "Nel Rapporto EU sulle lezioni dalla pandemia anche la nostra proposta di infrastruttura pubblica europea per farmaci e vaccini. Ma serve più coraggio su limitazione brevetti". Forum Disuguaglianze, Diversità.....</i>	191
<i>Assistenza domiciliare e telemonitoraggio: le strategie delle aziende sanitarie per affrontare l'ondata di calore. Il Sole 24 Ore.....</i>	192
ECONOMIA E SANITÀ.....	194
<i>Banca 'Ndrangheta. C Bonini et al., La Repubblica</i>	194
<i>Evasione fiscale, con la modifica al Pnrr 15 miliardi di tasse non recuperate. V. Conte. La Repubblica</i>	204
VENTI FAVOREVOLI SULLA ROTTA DELL'ECONOMIA ITALIANA NELLA PRIMA PARTE DEL 2023. CONFINDUSTRIA	206

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento normativo e di letteratura scientifica
 Lunedì 21 novembre 2022 ore 8.30/11.00 / 14.00/17.00
 AULA CONVEGNI D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

Help Desk Aslteramo
 14 video 73 visualizzazioni Ultimo aggiornamento in da...

Riproduci tu... Casuale

Convegni e seminari ASIQUAS ASL Teramo su PNRR e suoi modelli organizzativi Distretti, Case di Comunità, Ospedali di Comunità COA, COT, Infermieri di Comunità, USCA

Convegno su «Ospedale che cambia

Convegno su «Appropriatezza prescrittiva»

Teramo Novembre-Dicembre 2022



<https://youtube.com/playlist?list=PL1OfOwSHUI9jkndevHP23dClqD477VnKH>

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
Quadro di riferimento normativo e di letteratura scientifica

ASL Teramo

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

Help Desk Asiteramo
14 video 73 visualizzazioni Ultimo aggiornamento in da...

Riproduci tu... Casuale

- 1 **Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari - PRIMA PARTE**
Help Desk Asiteramo • 23 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:57:01
- 2 **Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari - SECONDA PARTE**
Help Desk Asiteramo • 20 visualizzazioni • 3 mesi fa
2:37:13
- 3 **SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - prima parte**
Help Desk Asiteramo • 22 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:59:22
- 4 **SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - seconda parte**
Help Desk Asiteramo • 19 visualizzazioni • 3 mesi fa
2:31:07
- 5 **SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - Prima parte**
Help Desk Asiteramo • 31 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:40:32
- 6 **SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - seconda parte**
Help Desk Asiteramo • 18 visualizzazioni • 3 mesi fa
1:57:14

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
Quadro di riferimento normativo e di letteratura scientifica

ASL Teramo

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

Help Desk Asiteramo
14 video 73 visualizzazioni Ultimo aggiornamento in da...

Riproduci tu... Casuale

- 7 **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Prima parte**
Help Desk Asiteramo • 12 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:04:18
- 8 **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Seconda parte**
Help Desk Asiteramo • 21 visualizzazioni • 3 mesi fa
2:32:46
- 9 **CONVEGNO Appropriata Prescrittiva - 10dic22 - Prima parte**
Help Desk Asiteramo • 30 visualizzazioni • 3 mesi fa
4:01:26
- 10 **CONVEGNO Appropriata Prescrittiva - 10dic22 - Seconda parte**
Help Desk Asiteramo • 16 visualizzazioni • 3 mesi fa
1:39:57
- 11 **SEMINARIO PNRR e Centrali Operative Territoriali - 12dic22 - Prima parte**
Help Desk Asiteramo • 24 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:44:08

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
Quadro di riferimento, norme e voce da letteratura scientifica

ASL Teramo

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

Help Desk Asisteramo
14 video • 73 visualizzazioni • Ultima aggiornamento in da...

Riproduci tu... Casuale

- 7  **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Prima parte**
Help Desk Asisteramo • 12 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:04:18
- 8  **SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Seconda parte**
Help Desk Asisteramo • 21 visualizzazioni • 3 mesi fa
2:32:46
- 9  **CONVEGNO Appropriata Prescrittiva - 10dic22 - Prima parte**
Help Desk Asisteramo • 30 visualizzazioni • 3 mesi fa
4:01:26
- 10  **CONVEGNO Appropriata Prescrittiva - 10dic22 - Seconda parte**
Help Desk Asisteramo • 16 visualizzazioni • 3 mesi fa
1:39:57
- 11  **SEMINARIO PNRR e Centrali Operative Territoriali - 12dic22 - Prima parte**
Help Desk Asisteramo • 24 visualizzazioni • 3 mesi fa
3:44:08

<https://youtube.com/playlist?list=PL1OfOwSHUI9jkndevHP23dClqD477VnKH>

BREAKING ARTICLES

PNRR: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati... S. Scelsi, G.Banchieri A.G. de Belvis,,M. Del Maso, A. Vannucci. quotidianosanita.it

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ASQUAS, Istituto "Gaslini", Genova
Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente Dipartimento DISSE, Università "Sapienza", Roma

Antonio Giulio de Belvis, membro CDN ASQUAS, Università "A. Gemelli", Roma
Maurizio Dal Maso, membro CDN ASQUAS, Direttore Sanitario dell'Istituto Ricerche Cliniche "Fanfani" di Firenze

Andrea Vannucci, socio ASQUAS, Docente di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM Università di Siena

Riprendiamo la riflessione partendo dai dati PNRR ufficiali e dal recente articolo, pubblicato su [Quotidiano Sanità](http://quotidianosanita.it) "Che fine faranno i nuovi presidi di assistenza territoriale con la modifica del PNRR salute?"

04 AGO

Riprendiamo la riflessione partendo dai dati PNRR ufficiali e facciamo riferimento al recente articolo, pubblicato su "Quotidiano sanità", da Franco Pesaresi, membro CDN ASQUAS, intitolato "Che fine faranno i nuovi presidi di assistenza territoriale con la modifica del PNRR salute?"^[1] in cui si chiedeva "... quale futuro per le case della comunità, gli ospedali di comunità e le COT? La fase della selezione delle opere da realizzare immediatamente sarà una fase molto delicata da cui dipende il successo del PNRR, ma anche molto rilevante al fine della riorganizzazione della rete dei servizi territoriali per cui bisognerà portarla avanti con attenzione ed equilibrio. Inoltre riprendiamo la verifica dei dati partendo dall'articolo pubblicato sempre su "Quotidiano sanità" il 15 maggio 2023, intitolato "PNRR I conti non tornano...", in cui cercava di verificare "la veridicità e la coerenza dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali."^[2] Come già scritto, in permanenza della pandemia da SARS-COV-2, il perseguimento deitre principi fondamentali del nostro SSN (universalità, uguaglianza ed equità) richiedevano e richiedono un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni a sistemi sanitari vicini alle "persona" e alle "comunità". Nel PNRR si assumeva l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Pertanto per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla "persona" in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, il SSN dovrebbe perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari. Questo era quanto scritto nel PNRR, vedi DM 77. La strategia perseguita con il PNRR era volta ad affrontare in maniera sinergica tutti gli aspetti critici preesistenti. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti era finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. L'"incipit" del PNRR, infatti, era mettere in grado le ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare una analisi della "stratificazione dei bisogni delle popolazioni" per patologie. Conseguentemente una larga parte delle risorse era o doveva essere destinata a migliorare le dotazioni, le infrastrutture e le tecnologie, e a promuovere la ricerca e l'innovazione. In particolare la Missione 6 del PNRR si articolava in due componenti, ovvero, sviluppo delle reti di prossimità, delle strutture intermedie e della telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, compreso un forte rinnovamento degli ospedali.

Rinnovamento degli ospedali su cui come ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale, abbiamo sviluppato con altri colleghi esperti una riflessione che sarà presentata ai primi di settembre come "Quaderno n. 45 di "Quotidiano sanità" in collaborazione con ASQUAS" dal titolo "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro". Per innovare l'assistenza

territoriale, come ipotizzato nel PNRR, la “presa in carico del paziente” dovrà essere determinata da un Piano/Progetto Assistenziale Individuale, che raccoglie e descrive in una ottica multidisciplinare le informazioni salienti relative ai soggetti in condizioni di bisogno, classificati per livello di complessità e per livelli di assistenza specifici, nonché per i tempi e le modalità di erogazione.

Tutto ciò per favorire le migliori condizioni di salute e di benessere raggiungibile per la persona malata. Per la realizzazione di questi investimenti il fabbisogno era stato stimato in 4,00 miliardi di euro, di cui 3,48 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,48 miliardi per l’istituzione delle COT e 0,04 miliardi per i sistemi informativi. Per la realizzazione di tali interventi era prevista l’utilizzazione degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti. Nel dicembre del 2020, in preparazione del DM 71, poi DM 77, il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha elaborato la “Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle regioni italiane (anno 2020)” pubblicata nel febbraio 2021.

Dalla rilevazione svolta la consistenza delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità per Regione era la seguente:

[Fonte: Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1 marzo 2021].

Il punto chiave della progettazione delle strutture intermedie e delle reti di prossimità nel PNRR erano, e dovrebbero ancora essere, i Distretti Sociosanitari della ASL che assumono non solo il ruolo di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali, ma anche quello di “agenzie di salute” della popolazione di riferimento, costruendo nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali.

In base ad una survey MES di Pisa, CARD 2022 in collaborazione con AGENAS venivano censiti i Distretti in Italia al momento di emanazione del PNRR. I Distretti erano 568 con un numero di abitanti compreso tra i 60.000 e i 190.000.

Case della Salute

Nel PNRR con il passaggio da “Casa della Salute” a “Casa della Comunità” si perseguiva l’obiettivo di migliorare la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un *approccio integrato e multidimensionale* con il settore sociale.

Regione/PA	Case della Salute dichiarate attive	Ospedali di Comunità dichiarati attivi	
	N	N	PL
Valle d'Aosta	-	-	-
Bolzano - Alto Adige	-	-	-
Trentino	-	-	-
Piemonte	71	5	30
Lombardia	-	20	467
Veneto	77	69	1.426
Friuli Venezia Giulia	-	-	-
Emilia-Romagna	124	26	359
Liguria	4	1	20
Toscana	76	20	245
Marche	21	14	616
Abruzzo	N.C.	5	-
Lazio	22	-	-
Umbria	8	-	-
Molise	6	2	-
Basilicata	1	-	-
Puglia	-	-	-
Campania	-	1	-
Calabria	13	-	-
Siciliana	55	-	-
Sardegna	15	-	-
Totale	493	163	3.163

La “*Casa della Comunità*”, quindi, era il modello organizzativo per l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. Gli standard di riferimento, in base al DM 77, erano i seguenti:

Le Case della Salute erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 493. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, sempre fonte AGENAS 554 (+ 61). L’obiettivo previsto nel PNRR era di finanziare 1.350 Case di Comunità.

Quindi 1 su 2 dovevano essere realizzate “*ex novo*”.

Nel monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive si riducevano a 122, nel POR, + 11 extra POR, per un totale di 133. Rispetto ai dati 2020 ne mancavano all’appello 360 ...

Sono state tutte chiuse? Erano dati non corretti? Abbiamo una differenza pari a – 73%.

Tabella 2: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità (i contenuti della presente tabella hanno valore prescrittivo)

Servizi	Modello organizzativo	
	Casa della Comunità hub	Casa della Comunità spoke
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMC, PLS, Specialisti ambulatoriali interni (SAI), IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici, (sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l’attività dell’Infermiere di Famiglia o Comunità (IFeC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali)	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg anche attraverso l’integrazione della Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici di base (finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telefertazione, ecc.)	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	
Interventi di salute pubblica (Incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	
Programmi di screening	FACOLTATIVO	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Fonte: Decreto del Ministero della Salute n. 77/2022 “*Modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*”.

Tabella 2 – Case delle Comunità finanziate con il PNRR e Case della Salute[3]

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Il Ministero della Salute ora propone di ridurre il numero delle Case di Comunità dalle previste 1.350 a 936, ovvero – 414 (-30,66%). La principale motivazione è l'aumento dei costi di investimento e dei tempi di attuazione. Per il Governo il piano precedente non può essere più considerato attuabile. Non si capisce perché, come durante la pandemia, non si può procedere con un regime di “*de-regulation*” provvisoria e con modelli e strumenti di verifica “*ex post*” ... per snellire le procedure e ridurre i tempi di esecuzione ... L'idea, quindi, sembra quella di privilegiare le “*ristrutturazioni*”, ma non risolve il problema perché le CdC da finanziare sarebbero 936, mentre le CdC da ristrutturare, secondo le Regioni, sarebbero ben 1.121 ... quale fonte dati è più veridica?

Per allineare i dati occorrerebbe selezionare ancora, operando altre 185 esclusioni di progetti. Con quali criteri e su quali territori? Nelle scelte delle Regioni le CdC “*hub*” erano 937, nonostante che i Distretti siano 598, vedi censimento AGENAS, CARD, MES Pisa, e nonostante che negli standard del DM 77 sia prevista 1 CdC “*hub*” per Distretto, ovvero 598. Quindi saltano tutte le CdC “*spoke*”? Rischia di cambiare tutto il disegno delle reti territoriali del PNRR ...

Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 163 con 3.163 PL attivi. Diventavano al momento della pubblicazione del PNRR, applicando gli standard del DM 77, sempre fonte AGENAS, 1.204 con l'obiettivo di raggiungere ulteriori 7.620 PL attivi, per arrivare infine ad un numero di 400 nella versione finale del PNRR. Quindi circa 1 su 2 doveva essere realizzato “*ex novo*”. In base al monitoraggio AGENAS 2023, quelli attivi erano 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un totale complessivo 56 su 554 previsti, pari a poco più del 10,00%.

Anche per gli Ospedali di Comunità conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati che circolano sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali. La proposta di modifica del Governo prevede di ridurre il numero degli OdC da 400 a 304, destinando le risorse ai progetti di ristrutturazione di edifici esistenti che non presentano complessità attuative. La proposta viene giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione.

Alcuni dati sembrano confermare questa soluzione. Se sottraiamo i 94 ospedali di comunità che le Regioni hanno previsto come nuove edificazioni dai 400 previsti dal PNRR, otteniamo 306 interventi negli OdC che è quasi coincidente con i 304 interventi previsti dalla proposta di modifica del PNRR del Governo.

Tabella 3 – Ospedali di Comunità esistenti al 2021 e finanziati dal PNRR[4]

Regioni	Case della Salute attive (2021)	Case della Comunità Finanziate dal PNRR
Piemonte	71	82
Valle d'Aosta	0	2
Lombardia	25	187
PA Bolzano	0	10
PA Trento	1	10
Veneto	77	91
Friuli Venezia Giulia	0	23
Liguria	4	30
Emilia-Romagna	126	84
Toscana	76	70
Umbria	4	17
Marche	21	29
Lazio	21	107
Abruzzo	5	40
Molise	6	9
Campania	0	169
Puglia	33	120
Basilicata	1	17
Calabria	8	57
Sicilia	55	146
Sardegna	15	50
Italia	554	1.350

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Le Centrali Operative Territoriali

Nel 2020 nelle Regioni non avevamo esperienze di COT attive, se non in alcune ASL. Si erano invece sviluppate esperienze diffuse di COA, Centrali Operative Aziendali, durante la pandemia, per coordinare le attività delle USCA e di altri servizi dedicati a pazienti Covid 19 in regime domiciliare. Da questa esperienza nasce l'ipotesi di riconvertire le COA in COT H (ospedaliera) e COT D (Distrettuali).

In base ai dati del monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive erano 14, pari al 2,34% del totale previsto. I Distretti erano 568, le COT programmate erano 602, 34 in più rispetto allo standard del DM 77.

Perché? La COT è un servizio telematico e ha un solo limite l'esistenza della connettività nei territori.

La proposta del Governo prevede oggi la riduzione del numero delle COT da 600 a 524, che non corrisponde al numero dei Distretti esistenti, che sono ancora 568, vedi l'articolo di Giorgio Banchieri e altri, intitolato "Le "mille sigle" del PNRR. Ma cosa c'è dietro tutti quegli acronimi?"[5], e il suo differimento di un semestre (a fine 2024), giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento. Non sono chiari i criteri di scelta ...

Personale

Quando c'erano le Scuole Infermieristiche presso i Grandi Ospedali italiani si formavano 7/8 infermieri per ogni medico laureato. Con lo sviluppo delle attività assistenziali sociosanitarie, residenziali e di prossimità,

nonché USCA e ADI, probabilmente ne servirebbero 8/9 per ogni medico. Stando al prospetto dal 2011 al 2021 abbiamo 1,4 infermieri per medico, media degli ultimi anni 0,9! Applicando il parametro che si evince dallo studio globale apparso su “The Lancet”[6], il rapporto tra medico e infermieri per 10.000 abitanti dovrebbe essere pari a 3,4 infermieri e ostetriche per medico. Applicandolo abbiamo i dati che potete leggere nella tabella seguente:

Regioni	Ospedali di Comunità esistenti al 2021	PNRR: numero di Ospedali di Comunità da realizzare
Piemonte	5	27
Valle d'Aosta	0	1
Lombardia	22	60
PA Bolzano	0	3
PA Trento	1	3
Veneto	60	30
Friuli V.G.	2	7
Liguria	1	10
Emilia-Romagna	29	27
Toscana	23	23
Umbria	0	5
Marche	16	9
Lazio	1	35
Abruzzo	5	10
Molise	2	2
Campania	1	45
Puglia	11	31
Basilicata	0	5
Calabria	0	15
Sicilia	0	39
Sardegna	0	13
Italia	179	400

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

5

Tabella 4 – Numero laureati medici e infermieri 2011-2021 e stima fabbisogno ottimale

Anno	Laureati medici	Laureati infermieri e ostetriche	Rapporto M/I e O	Fabbisogno M/I ¹ e O	Differenza relativa	Differenza assoluta
2011	6.072	11.347	1,7	3,4	1,7	10.322
2012	6.635	12.082	1,8	3,4	1,6	10.616
2013	6.467	13.201	2	3,4	1,4	9.054
2014	6.747	12.618	1,9	3,4	1,5	10.121
2015	7.482	12.233	1,6	3,4	1,8	13.468
2016	8.045	11.734	1,5	3,4	1,9	15.286
2017	8.536	11.072	1,3	3,4	2,1	17.926
2018	9.521	10.868	1,1	3,4	2,3	21.898
2019	10.091	10.712	1,1	3,4	2,3	23.209
2020	10.841	9.998	0,9	3,4	2,5	27.103
2021	10.461	9.931	0,9	3,4	2,5	26.153
Totale periodo	91.528	125.796	1,4	3,4	2,0	183.056
Media annua	8.321	11.436	1,4	3,4	2	16.641

(Fonte: elaborazione Giorgio Bancheri su standard apparsi su “The Lancet” e dati assoluti Ministero Salute)

Da quanto sopra affrontare il tema del PNRR senza porsi in modo sostanziale il problema del numero e delle qualifiche del personale, equivale a ridurre lo stesso PNRR in una serie di investimenti strutturali e di dotazioni, pur necessari, che rischiano di essere fini a sé stessi.

Non bastano i programmi di formazione, pur necessari e previsti nel PNRR, non bastano investimenti innovativi, tutti potenzialmente e tendenzialmente “*labour saving*”, servono risorse nuove, qualificate, motivate e oggetto di politiche attive di loro sviluppo professionale e di carriera e nuovi modelli di gestione dei servizi sempre più in una ottica di gestione trasversale per livelli di “*intensità di cura*” e/o di “*livelli di complessità assistenziale*”.

Per garantire una “*presa in carico*” dei pazienti da parte di equipe multi professionali, multidisciplinari, in *setting* assistenziali diversi gestiti in modo integrato sia a livello ospedaliero che nel territorio. Servono nuovi modelli gestionali.

Tabella 5- Costi stimati del personale delle 1.350 Case della Comunità previste nel PNRR

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	1.350	67.500.000
Infermieri	11	49.100	14.850	729.135.000
Personale di supporto (di cui 5 amministrativi)	8	40.500	10.800	437.400.000
Ore/MMC/anno	3.236 (ore)	60	4.368.936 (ore)	262.136.160
TOTALE				1.496.171.160

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Per la gestione a regime delle Case di Comunità in base agli standard di personale da DM 77 abbiamo 1.350 coordinatori infermieristici, 14.850 infermieri e 10.800 unità di personale di supporto, per un totale di 27.000 unità per un valore su base annuale di €. 1.496.171.160.[7]

Tabella 5 – Il finanziamento del personale delle 1.350 Case di Comunità

Fonte del finanziamento	2023	2024	2025	2026
D.L. 34/2020 art.1 c.5	94.500.000	94.500.000	94.500.000	94.500.000
L. 234/2021 art. 1 comma 274	25.393.747	152.362.480	355.512.453	685.631.160
TOTALE	119.893.747	246.862.000	450.012.453	780.131.160

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture per circa €. 1.595.000.000, non coprendo neanche un anno di fabbisogno!

Anche per gli Ospedali di Comunità abbiamo una stima del personale necessario alla loro gestione tenendo conto degli standard DM 77, come segue[8]:

Tabella 5 – Costi del personale dei 400 Ospedali di Comunità

Descrizione del personale	Unità di personale per struttura	costo unitario medio annuo (€)	Unità di personale totali	Costi complessivi (€)
Coordinatore infermieristico	1	50.000	400	20.000.000
Infermieri	8	49.100	3.200	157.120.000
Operatori sociosanitari OSS	6	30.000	2.400	72.000.000
Altro personale con funz. riabilitative	2	44.000	800	35.200.000
Ore/MMG/anno	1.404 (ore)	60	561.600 (ore)	33.696.000
TOTALE				317.816.000

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Nei prossimi 4 anni il MEF prevede coperture per circa €. 367.553.000, coprendo poco più di un anno di fabbisogno.

Tabella 6 – Il finanziamento del personale dei 400 Ospedali di Comunità

(Fonte: elaborazione di Franco Pesaresi su dati Ministero della Salute)

Fonte del finanziamento	2024	2025	2026
L. 234/2021 art. 1 comma 274	51.250.500	111.301.000	205.002.000

Conclusioni

È vero che fin da subito in molti abbiamo manifestato perplessità sul fatto di investire in strutture senza nel contempo prevedere le risorse professionali adeguate ad operare in esse. Però nessuno ipotizzava di risolvere il problema ridimensionando il numero di nuove strutture previste!

Così facendo l'intero impianto del DM 77 viene meno e non sembra che ci siano idee su come organizzare e rispondere appropriatamente alle drammatiche necessità di una vasta popolazione di pazienti con malattie croniche né come intraprendere politiche sanitarie basate su pratiche di prevenzione efficaci.

Con questo cambiamento muore anche ogni aspirazione a ridurre le significative disuguaglianze territoriali ad oggi esistenti. E, va detto, come tutto ciò appare coerente con una visione governativa che intende procedere sulla strada dell'autonomia differenziata delle Regioni.

Ci rendiamo conto che una cosa è definire obiettivi "teorici", applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni e con gli Enti Locali e con gli stakeholder interni ed esterni alle aziende sanitarie, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. ... e non corrispondono con i dati del primo monitoraggio del PNRR di maggio E non corrispondono con l'ultimo documento del Governo ... Non è poco, speriamo di sbagliarci, ma verifichiamo molte incongruenze.

Dove si distribuiranno i tagli? Probabilmente nelle Regioni con patrimoni immobiliari di strutture sanitarie da riconvertire più ridotti o con minori capacità di governance dei loro SSR. Pagheranno le popolazioni residenti che non avranno i servizi previsti nel PNRR e che già prima non avevano ...

Si concretizzerà una "anticipazione" della così detta "autonomia differenziata", che rischia di cristallizzare le differenze di offerta sanitaria e sociosanitaria tra Regioni e PPAA e accentuerà le disuguaglianze di salute tra cittadini di serie A e di serie B...

Il tutto in una prospettiva di strisciante privatizzazione della sanità pubblica, confermata dalla recente votazione in Parlamento del provvedimento di "previdenza integrativa" con un voto trasversale che ha coinvolto anche partiti non partecipi dell'attuale maggioranza di governo ...

Il tutto con forti contraddizioni interne, vedi la presa di posizione delle Regioni e delle PPAA che affermano nel loro recentissimo documento “... ancora una volta, le Regioni e le Province Autonome non sono state coinvolte nella definizione del documento (pur trattandosi allo stato attuale di una bozza per la diramazione), benché, come ampiamente dimostrato sino ad ora nell’attuazione del PNRR, le stesse giochino un ruolo fondamentale per l’attuazione e per le necessarie sinergie da attivare sui territori per massimizzarne l’efficacia. In relazione a ciò appare, quindi, quanto mai opportuno e urgente un confronto sul documento anche al fine di assicurare un allineamento e una coerenza anche con le progettualità e le programmazioni regionali”.

Pensare di coprire i fabbisogni finanziari del PNRR con i Fondi per l’Edilizia Sanitaria (ex art. 20) per:

- 414 Case della Comunità;
- 94 Ospedali di Comunità;
- 76 Centrali Operative Territoriali (COT);

non tiene conto, affermano sempre le Regioni, che “... le risorse ex articolo 20 vengono spesso destinate alle necessità di ammodernamento delle strutture ospedaliere, spesso costruite oltre 50 anni fa, strutture che oggi presentano numerosi limiti dal punto di vista strutturale, antisismico, della sicurezza dei percorsi ospedalieri, del consumo in termini di spesa energetica, di qualità degli ambienti etc.”. Ed è per questo che le Regioni ritengono opportuno e necessario “... che la dotazione dell’articolo 20 venga incrementata”.

“... i finanziamenti art. 20 dovranno essere “nuovi finanziamenti” rispetto quelli già assegnati alle Regioni con precedenti Leggi di stabilità. Il provvedimento, altresì, dovrà prevedere una procedura di ammissione a finanziamento semplificata, senza dover ricorrere alla sottoscrizione di Accordi di Programma come stabilito, ad esempio, dal D.L. 18/2020, convertito con modificazioni dalla L. 24 aprile 2020, n. 27”.

Quindi servono fondi veri pena tagli profondi agli obiettivi del PNRR ...

[1] https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115919

[2] https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113743

[3] https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-agg.-al-D.M.S.-n.-77_2022.pdf

[4] https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/OdC_come-saranno_agg-DM-77_2022.pdf

[5] https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=101513

[6] La Rivista “The Lancet” ha pubblicato uno studio intitolato “Misurare la disponibilità di risorse umane per la salute e il suo rapporto con la copertura sanitaria universale per 204 paesi e territori dal 1990 al 2019: un’analisi sistematica per il Global Burden of Disease Study 2019”, elaborato da un gruppo di lavoro internazionale “GBD 2019 Risorse umane per i collaboratori sanitari”.

[7] https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/LE-CASE-DELLA-COMUNITA-agg.-al-D.M.S.-n.-77_2022.pdf

[8] https://www.luoghicura.it/wp-content/uploads/2022/07/OdC_come-saranno_agg-DM-77_2022.pdf

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116068



10 Luglio 2023

Operatori sanitari per la giustizia climatica

Sul tema della crisi climatica sta crescendo la mobilitazione della società civile. Non solo i giovani di Fridays For Future, Extinction Rebellion o Ultima Generazione ma anche, in vari paesi, si stanno muovendo associazioni di insegnanti e avvocati. A fronte di questi esempi virtuosi sembrerebbe che il ruolo di medici, e operatori sanitari in generale, sia ancora sparuto e frammentario. Per questo abbiamo voluto lanciare un segnale.

Nei giorni dei grandi temporali il cielo era rosso

La pioggia portava con sé la polvere dei deserti d'oltremare

I vecchi dissero: ci sarà la guerra

Nessuno prestò credito alle loro parole e nessuno fece nulla

NESSUNO FECE NULLA

– Nedzad Maksumic –

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un crescendo di partecipazione e di mobilitazioni da parte della società civile che ha avuto il merito di spostare sempre più al centro del dibattito pubblico e politico il tema della crisi climatica.

Il ruolo di attivisti e movimenti come Fridays For Future, Extinction Rebellion o Ultima Generazione, solo per citarne alcuni tra i più conosciuti, è stato enorme nell'influenzare l'opinione pubblica così come nell'opporci a progetti e decisioni a favore dell'industria dei combustibili fossili (1), ma ciò non sembra ancora essere sufficiente.

Un altro fenomeno estremamente interessante a cui stiamo assistendo è il fatto che alle mobilitazioni promosse da attivisti, associazioni, movimenti e singoli cittadini si stanno aggiungendo prese di posizione o mobilitazioni sulla base dell'identità professionale.

Per fare alcuni esempi concreti possiamo citare gli insegnanti, che si sono mobilitati al fianco dei loro studenti, dando origine ad un movimento parallelo a Fridays For Future chiamato Teachers For Future (2).

Oppure agli avvocati, che nel Regno Unito hanno reso noto che non avrebbero più prestatato servizio a supporto di progetti legati a qualsiasi titolo al consumo e all'estrazione di combustibili fossili, né avrebbero preso parte a processi contro attivisti climatici (3).

La presa di posizione di un gruppo di professionisti è culminata con una vera e propria chiamata alle armi per tutti i colleghi avvocati affinché si schierassero su questo tema. Lo stesso governo britannico è stato chiamato in causa, con un appello a tutelare il diritto democratico di protestare pacificamente per i diritti climatici dei cittadini.

Esempi come quelli citati si stanno via via moltiplicando, svelando come il tema della crisi climatica sia di fatto trasversale e pervasivo nella nostra società e come le competenze adeguate ad affrontarlo possano appartenere potenzialmente ad ogni ambito professionale. L

a sfida sta nel capire come ciascuno possa mettersi in gioco e spendere le proprie competenze in modo utile, una sfida che richiede in primis immaginazione e creatività.

A fronte di questi esempi virtuosi sembrerebbe che il ruolo di medici, e operatori sanitari in generale, sia ancora sparuto e frammentario.

Una presenza così timida da parte degli operatori sanitari è piuttosto sorprendente, se si considera che il tema della salute è uno dei più centrali quando si parla di cambiamento climatico. La tutela

dell'ambiente, inteso come fondamentale determinante della salute umana, rientra infatti tra i doveri deontologici di medici, infermieri e assistenti sanitari (4-6).

Il cambiamento climatico esercita effetti avversi sulla salute delle persone (Figura 1), aumentando il rischio di malattie infettive (7-9), malattie croniche (10,11) e disagio psichico (12-15). L'epidemiologia delle principali malattie, come oggi conosciute, potrebbe trasformarsi radicalmente, tanto che c'è già chi parla di "era della climate change medicine" (16).

Non è trascurabile l'effetto su ulteriori minacce potenziali ed emergenti come l'aumento del rischio di nuovi fenomeni di spill-over e di nuovi eventi pandemici (17,18) o il peggioramento di fenomeni come l'antibiotico resistenza (19).

Figura 1. Cambiamento climatico ed effetti sulla salute. Fonte: Howard et al. 2023



Il ruolo di servizi e operatori sanitari si intreccia strettamente con il tema della crisi climatica anche in altri modi:

- I sistemi sanitari contribuiscono ad alimentare la crisi climatica, essendo responsabili di una quota non indifferente delle emissioni di CO₂ (20).
- I sistemi sanitari sono a loro volta vittime del cambiamento climatico, con rischi di danneggiamento a carico delle strutture e rischi per il personale impiegato, rischi per i pazienti che vengono assistiti all'interno delle strutture e rischi legati alle possibili interruzioni nelle catene dei fornitori.
- Le azioni di mitigazione che sarebbe necessario mettere in atto per contrastare il cambiamento climatico in molti casi coincidono con le scelte che garantirebbero i migliori esiti di salute (21).
- Il contributo di medici e operatori sanitari non si esaurisce nell'esercizio delle proprie attività professionali quotidiane. Queste figure rivestono un ruolo sociale fondamentale, hanno forte credibilità e influenza sull'opinione pubblica e possono farsi promotori del cambiamento anche al di fuori della sfera prettamente sanitaria.

Nonostante i motivi per cui gli operatori e i servizi sanitari dovrebbero preoccuparsi e occuparsi dell'emergenza climatica siano ampi e diversificati, la consapevolezza di questo problema nell'ambiente sanitario è ancora molto scarsa (22, 23).

Oltre a una generalizzata assenza di consapevolezza, i fattori che possono contribuire a mantenere l'inerzia all'interno del settore sanitario sono: mancanza di formazione e competenze, scarsa volontà politica e sostegno pubblico, carenza di risorse e soprattutto una bassa prioritarizzazione del problema (24).

Anche le istituzioni sanitarie e i servizi dunque appaiono ancora troppo lente e titubanti nell'allinearsi alle esortazioni e alle indicazioni che giungono dalla comunità scientifica e dalla società civile.

Se in alcuni paesi, come ad esempio il Regno Unito, esistono già dei programmi di tipo top-down che scandiscono la transizione dei sistemi sanitari nazionali verso la neutralità carbonica, nel nostro paese questo non è ancora avvenuto, nonostante l'opportunità, non sfruttata, di utilizzare i fondi del PNRR proprio a questo scopo (25,26).

Juliette Brown, consulente psichiatra nel Regno Unito e membro del gruppo attivista PsychDeclares afferma: “Il silenzio relativo dei professionisti – medici, operatori sanitari, scienziati, media – è una grande parte del nostro problema. Se non agiamo come se fosse un'emergenza, i governi non si sentono obbligati ad agire su di esso” (27).

Il nostro appello dunque è quello di iniziare a mobilitarsi dal basso fin da subito per la giustizia climatica, non solo come semplici cittadini, ma soprattutto in qualità di professionisti della salute.

Gli editoriali delle più prestigiose riviste medico-scientifiche sono ormai pieni di questo tipo di esortazioni (28-34). Richard Horton, direttore di The Lancet, ha scritto che gli operatori sanitari hanno il dovere di prendere parte a tutte le forme di protesta non violenta per supportare l'azione climatica (35). L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la crisi climatica “*la più grande minaccia per la salute che l'umanità debba affrontare*” e in linea con l'OMS, alcuni organismi professionali hanno effettivamente espresso supporto per i professionisti della salute ad agire contro il cambiamento climatico: il Consiglio Internazionale degli Infermieri (36), la Federazione Mondiale delle Associazioni di Sanità Pubblica (37) e i Centri per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (38).

Come operatori sanitari abbiamo il dovere e le competenze per agire. Questo tuttavia non significa che anche per noi non sia necessario un enorme sforzo di immaginazione e di inventiva.

Le conoscenze disponibili, il confronto fra colleghi e con diversi settori della società possono essere strumenti utili per il raggiungimento della consapevolezza e determinare le scelte successive

La presa di coscienza individuale è un elemento imprescindibile. Il secondo passo necessario è capire, studiare, formarsi e informarsi. La crisi climatica è un problema estremamente complesso, per affrontarlo adeguatamente bisogna essere preparati.

La motivazione, le conoscenze e le competenze individuali possono innescare un cambiamento personale, modificando le azioni e i comportamenti dei singoli, tanto nella vita privata quanto in quella professionale. L'azione individuale di tutti è importante, tuttavia è fondamentale che gli sforzi dei singoli vengano convogliati in un più ampio sforzo collettivo.

La creazione di piccoli gruppi locali può far sì che i contesti lavorativi inizino a contaminarsi e permearsi con le riflessioni che vengono fatte al loro interno su ciò che dovrebbe essere il ruolo professionale di un operatore o di un'istituzione sanitaria nel contesto dell'emergenza climatica.

Piccoli gruppi locali possono introdurre all'interno delle organizzazioni micro-trasformazioni che possono a loro volta agire da catalizzatori, spingendo ulteriori persone ad abbracciare il cambiamento e mobilitando ulteriori energie per pianificare azioni più ambiziose (Figura 2).

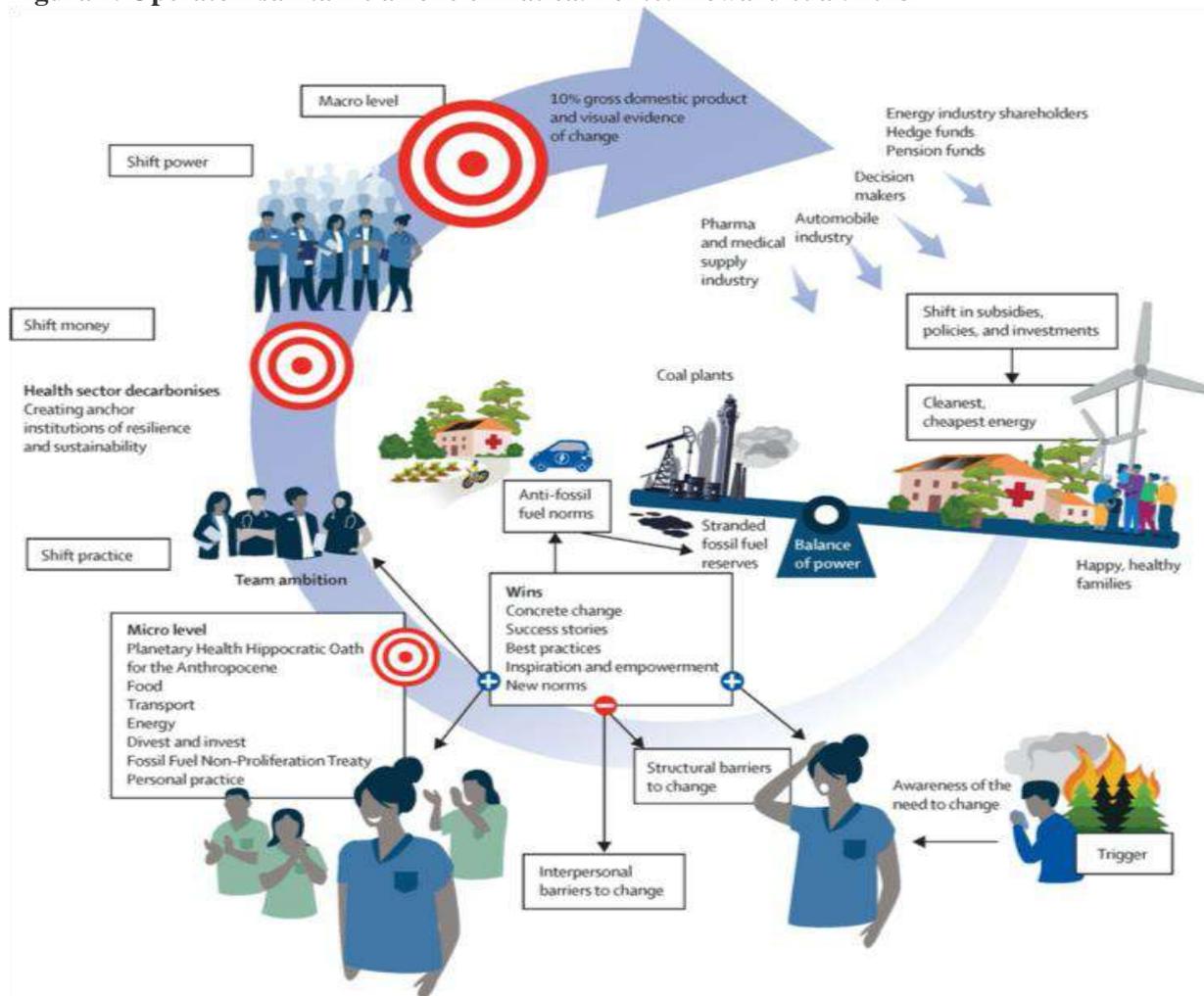
Tutte le azioni che hanno il potenziale per accelerare la diffusione di nuovi comportamenti, norme sociali e riorganizzazioni strutturali – i cosiddetti interventi di “*social tipping*” – riescono a creare cambiamenti trasformativi se derivano da un grande gruppo che agisce coordinandosi negli sforzi (39).

Il vantaggio di lavorare insieme inoltre è quello di sentirsi meno soli e meno incerti e di poter affrontare collettivamente ostacoli come l'eco-ansia, gli effetti psicologici negativi derivanti dall'affrontare un problema multifattoriale e complesso, o le conseguenze psicologiche di possibili fallimenti.

E' infine importante che gli operatori sanitari intreccino il loro impegno con quello di tutti gli altri soggetti che sostengono e promuovono la causa della giustizia climatica. La realizzazione di reti, la selezione strategica degli obiettivi, l'adozione delle migliori pratiche comunicative e lo sviluppo di team di lavoro, possono aiutare

la comunità sanitaria a trovare alleati con cui condividere le esperienze e a trattare insieme l'emergenza climatica. Un approccio coordinato globale della comunità sanitaria ha il potenziale di influenzare le norme sociali, gli investimenti e le politiche, creando un'assistenza attenta all'ambiente che non solo beneficia i pazienti e il pianeta, ma rappresenta anche un cambiamento culturale. Nel concreto gli ambiti in cui gli operatori sanitari potrebbero effettivamente mettersi in gioco sono molteplici.

Figura 2. Operatori sanitari e azione climatica. Fonte: Howard et al. 2023



Alcuni suggerimenti comprendono: attività di divulgazione pubblica, che permette di costruire comprensione e consapevolezza; il supporto esplicito a petizioni e richieste rivolte ai membri del governo e delle istituzioni; la presa di posizione su temi rilevanti su piattaforme online e nei social media; attività di pressione sugli enti di formazione per includere l'insegnamento di una salute sostenibile nei piani formativi degli studenti; attività di *advocacy* per sollecitare i datori di lavoro a creare progetti per luoghi di lavoro sostenibili; contribuire a dare voce ai giovani nella discussione dell'agenda sul cambiamento climatico, incorporando le loro idee e prospettive nei processi decisionali (40); riconoscere pubblicamente in quanto operatore sanitario il proprio dovere di cura non solo verso le persone, ma anche verso i sistemi naturali dai quali la salute umana dipende (ad esempio rifondando il giuramento professionale rendendolo "aggiornato" all'epoca dell'antropocene, 41); sostenere istituzioni e rappresentanti politici che si impegnano a garantire politiche ambientaliste e una sanità a zero emissioni.

La storia della medicina è ricca di illustri esempi di persone che hanno cercato di spingere sempre più in là il confine di ciò che significa essere un operatore sanitario e lottare per il diritto alla salute anche e soprattutto attraverso l'attivismo (27). Ora abbiamo un disperato bisogno di fare in modo che questo tentativo non si limiti a pochi individui particolarmente motivati o coraggiosi, ma diventi prerogativa di

tutte le nostre professioni e che tutti si mobilitino. Il momento migliore per agire contro il cambiamento climatico sarebbe stato cinquant'anni fa. Il secondo momento migliore, e probabilmente l'ultima opportunità per farlo, è ora.

Giovanna Aspesi – Specialista in medicina d'urgenza – Torino
Gaia Bertoldo – Specialista in igiene e sanità pubblica – Napoli
Elena Bovolenta – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Andrea Collini – Specialista in medicina d'urgenza – Cesena
Chiara D'Eusebio – Specialista in scienza dell'alimentazione e dietetica – Bologna
Caterina Florescu – Specialista in igiene e sanità pubblica – Ravenna
Michela Francia – Specialista in ortopedia e traumatologia – Forlì
Rosaria Gallo – Specialista in igiene e sanità pubblica – Roma
Giulia Masetti – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Alessandro Panciera – Specialista in ortopedia e traumatologia – Bologna
Enrica Perrone – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Paola Perrone – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Roberta Pirani – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Gloria Raguzzoni – Specialista in igiene e sanità pubblica – Ravenna
Viviana Santoro – Specialista in igiene e sanità pubblica – Ravenna
Patrizia Spiandorello – Specializzanda in anestesia e rianimazione – Novara
Michela Stillo – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Morena Stroschia – Specialista in igiene e sanità pubblica – Torino
Andrea Ubiali – Specialista in igiene e sanità pubblica – Bologna
Telegram: https://t.me/climate_care

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/07/la-cura-per-il-clima-e-cura-per-la-salute/>

Caterina Elisabetta Amoddeo, Vicepresidente Nazionale ASQUAS;

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Docente DiSSE, Università "Sapienza", Roma.

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ASQUAS, Istituto "Gaslini", Genova;

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, Professore a contratto di programmazione, organizzazione e gestione delle aziende sanitarie DISM UNISI.

Per avere nuove reti assistenziali e cliniche, nuovi ospedali flessibili, servono nuovi modelli organizzativi e gestionali e nuovi ruoli di integrazione e di governance. Dal punto di vista clinico la grande scommessa è la responsabilità di cura, che fa riferimento allo specialista responsabile del problema principale. Si tratta del cosiddetto "hospitalist", presente negli USA da oltre 40 anni, figura che programma il piano di cura, attiva le consulenze ed è il responsabile della terapia, percorso di degenza e dimissione, diventando il trait d'union con il MMG

21 LUG -

Nel prossimo "Quaderno n. 45 di Quotidiano sanità" dedicato al tema "L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro", realizzato a cura della ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, si apre una riflessione sul modello dell'ospedale o della ospedalità anche nel nostro Paese dopo l'esperienza della pandemia da SARS-COV-2 e alla luce degli obiettivi strategici previsti nel PNRR.

Come modello di riferimento prendiamo in considerazione l'"ospedale per intensità di cura" intendendo cioè quello che si basa su un'effettiva centralità del paziente, che viene curato in modo mirato, misurando e tenendo in considerazione la sua instabilità clinica e la sua complessità assistenziale.

Ciò non significa solo maggiore appropriatezza clinica ma determina anche una riduzione delle inappropriately organizzative (pazienti in appoggio, letto aggiunto, aumento della degenza media): questo tipo di organizzazione risponde ai criteri di una maggiore flessibilità dei posti letto in funzione delle necessarie esigenze di ricovero.

L'"ospedale ad intensità di cure" e il medico "hospitalist"

L'"ospedale per intensità di cura", pianificato su tre livelli assistenziali, a bassa, media e alta intensità, di fatto, in Italia si è sviluppato a "macchia di leopardo".

È presumibile che la scarsa adesione degli ospedali (e ancor prima delle Regioni, ad eccezione della Toscana, dell'Emilia-Romagna e poche altre) a questo modello organizzativo dipenda da vari fattori che vanno affrontati nel loro specifico.

Difficoltà ed ostacoli che partono dall'attuale normativa nazionale, ancora orientata ai reparti per specialità, per arrivare al personale del comparto, forse non ancora pronto a gestire in autonomia l'assistenza ma sicuramente non supportato e incoraggiato nelle innovazioni assistenziali, che dovrebbe fornire una "piattaforma di assistenza coerente per livelli di complessità assistenziale" dove il medico trova una adeguata risposta alla gestione del percorso diagnostico terapeutico impostato per il singolo paziente.

Dal punto di vista clinico la grande scommessa, che trova ancora tante resistenze, è quella della responsabilità di cura, che in genere fa riferimento allo specialista responsabile del problema principale. Onere che deve essere condiviso con un modello diverso, dove lo specialista è tale, ma la gestione ordinaria del percorso passa ad un "generalista"; tale figura nell'orientamento attuale anche dei percorsi di studio non esiste.

Questo medico che non c'è sarebbe quello che deve avere competenze nei vari campi della medicina, non necessariamente ultra specialistiche, possedere capacità di leadership e di coordinamento degli interventi multidisciplinari e multi professionali, mantenere il collegamento con il medico di medicina generale dall'inizio e alla fine della degenza.

Si tratta del cosiddetto "hospitalist", presente negli USA da oltre 40 anni, che ha come focus primario professionale la "care" complessiva del paziente ospedalizzato, che si assume la gestione globale del paziente.

Questa figura programma il piano di cura, attiva le consulenze ritenute necessarie, ed è il responsabile della terapia, del percorso di degenza e della dimissione, diventando il *trait d'union* con il MMG.

Definizione di medico “hospitalist”

Un “hospitalist” è “un medico esperto nel prendersi cura delle persone in ospedale”.

La prima volta che la parola “hospitalist” è stata usata fu nel 1996, gli “hospitalists” sono stati definiti come “specialisti in medicina ospedaliera... che sono responsabili della gestione della cura dei pazienti ospedalizzati nello stesso modo in cui i medici di famiglia sono responsabili della gestione della cura dei pazienti ambulatoriali”. [1]

Nel 1999, un articolo pubblicato su *Annals of Internal Medicine* definiva gli “hospitalists” come “medici che si prendono cura dei pazienti ospedalizzati al posto del fornitore di cure primarie dei pazienti”. Il termine “fornitore” è legato alla specificità della sanità americana nella quale operano una molteplicità di soggetti ed organizzazioni private.

Un altro articolo in *Annals of Internal Medicine* nel 1999 ha definito “hospitalist” “un medico che trascorre almeno il 25% del suo tempo a svolgere un ruolo quale accetta 'hand-off' pazienti ricoverati dai provider di cure primarie, restituendoli poi loro al momento della dimissione dall'ospedale”.

Due questioni importanti erano racchiuse in tale definizione:

- la prima, fu riconoscere che alcuni medici dell'ospedale, quelli principalmente impegnati nella ricerca o in posizioni di leadership non erano in grado di dedicare molto tempo alle cure dirette al paziente, pur definendosi chiaramente ospedalieri;
- la seconda, gli “hospitalist” venivano definiti in rapporto con il ruolo del medico di base. Il ruolo era troppo nuovo per essere definito da solo e doveva essere spiegato nei termini del rapporto con il profilo di altri professionisti.

In letteratura USA gli “hospitalist” non dovrebbero essere definiti dalla quantità di cure ospedaliere che forniscono, ma dalla loro focalizzazione professionale. Per molti ospedalieri, il pensiero di prendersi cura dei pazienti ricoverati solo il 25% del loro tempo sembrava riduttivo. Ad altri coinvolti nella leadership o nella ricerca, che si concentravano esclusivamente sulla medicina ospedaliera, ma si occupavano poco del paziente, la definizione sembrava restrittiva.

L'aggiornamento del 2005 dell'undicesima edizione del Dizionario collegiale di *Merriam-Webster* definisce un “hospitalist” come “un medico specializzato nel trattamento di pazienti ospedalizzati di altri medici al fine di ridurre al minimo il numero di visite ospedaliere da parte di altri medici”.

Questa definizione è troppo limitata per essere utile o accurata. È certamente vero che la presenza di “hospitalist” significa che altri medici possono venire meno in ospedale, ma questo è lontano da quello che sono gli “hospitalist” o la medicina ospedaliera.

In soli 10 anni siamo passati dall'aver “hospitalist” definiti in relazione ad altri medici ad avere altri medici definiti in relazione a “hospitalist”.

Negli USA il nome SHM, Society of Hospital Medicine, è stato scelto per riflettere i tanti ruoli degli associati. Per la Società SHM la definizione ufficiale di “hospitalist” è la seguente: “medici il cui obiettivo professionale primario è l'assistenza medica generale dei pazienti ospedalizzati. Le loro attività includono la cura del paziente, l'insegnamento, la ricerca e la leadership in relazione alla medicina ospedaliera”.

Questa definizione abbraccia l'ampia gamma di attività professionali svolte dagli ospedalieri. La chiave di questa definizione è l'enfasi sul focus professionale e sulla cura dei pazienti ospedalizzati. Di fatto la definizione SHM di *hospitalist* riconosce che è grande la diversità di medici che prestano servizio come *hospitalist* e l'ampia varietà di ruoli che svolgono nel servizio di assistenza ai pazienti ospedalizzati.

I medici che servono come ospedalieri lo fanno come internisti, medici di famiglia e pediatri. Il fatto che in USA tutti questi medici possano riunirsi nella stessa organizzazione professionale parla dell'importanza dell'obiettivo unificante della cura dei pazienti ospedalizzati che definisce ciò che ognuno dei soci SHM fa. I medici “hospitalist” in USA possono essere coinvolti esclusivamente nella cura del paziente, nella ricerca, nell'insegnamento o nella leadership o in una combinazione di questi ruoli.

Ancora una volta il principio comune è l'attenzione alla cura dei pazienti ricoverati. La Società SHM rappresenta una gamma ampia di medici in tanti ruoli.

La sicurezza del paziente, la leadership, le cure palliative e il miglioramento della qualità sono solo un esempio delle questioni che riguardano tutti gli ospedalieri. Inoltre, comprendere questi problemi e affrontarli richiede persone esperte nella cura del paziente, nell'insegnamento, nella ricerca e nella leadership.

SHM in USA è una delle poche società professionali a includere internisti, medici di famiglia e pediatri della pratica della comunità, del mondo accademico e dell'industria. Inoltre include infermieri, assistenti medici, farmacisti, infermieri e altri che arricchiscono la società.

Le competenze di un medico “hospitalist”

Questo professionista in USA riceve la stessa formazione medica richiesta ad altri medici. Mentre altri specialisti si concentrano su un sistema corporeo o una malattia, la specialità dell’ “hospitalist” si concentra sull’ambiente medico dell’ospedale.

In conseguenza della sua familiarità con l’ospedale e del suo lavoro, può essere in grado di fornire al paziente cure migliori rispetto a quelle fornite dal medico di base del paziente, nei limiti della reperibilità e dell’esecuzione di turni durante le ore in cui non è impegnato con la sua pratica esterna.

Il termine “ospedaliere” è stato coniato per la prima volta in un articolo del 1996 dal Dr. Robert Watcher per il “*New England Journal of Medicine*”. La domanda di specialisti che lavorano presso l’ospedale è aumentata rapidamente a metà degli anni ‘90.

Inoltre, l’ “hospitalist” svolge un ruolo importante nella comunicazione delle informazioni e nel coordinamento delle cure con il medico di base, PCP, *Primary Care Physician*, del paziente e altri specialisti. Ciò consente al PCP/MMG di risparmiare tempo, costi e inconvenienti di dover visitare l’ospedale ed essere reperibile quando i suoi pazienti visitano il pronto soccorso o vengono ricoverati in ospedale.

L’ “hospitalist” trascorre il suo tempo in ospedale e può vedere uno o più pazienti durante il suo turno. Può essere impiegato dall’ospedale, da una società di cure gestite o da un gruppo medico. Inoltre, ha la possibilità di essere un “*appaltatore autonomo*” per questi gruppi.

Questa è una specialità medica relativamente nuova, quindi non esistono molti dati sugli stipendi. Dai dati disponibili, si ritiene che gli ospedalieri abbiano in genere un reddito simile o leggermente superiore rispetto ad altri medici con la stessa formazione. Hanno l’ulteriore vantaggio di non dover mantenere una pratica ospedaliera o ambulatoriale con tutte le spese e le responsabilità associate.

Gli “hospitalist” si trovano principalmente negli Stati Uniti, ma anche il Canada ha un numero crescente di questi specialisti. All’inizio degli anni ‘90, con l’accumularsi delle attività amministrative e la vita, in generale, sempre più complicata, i PCP/MGM sovraccarichi trovavano sempre più difficile visitare i loro pazienti ricoverati prima o dopo una lunga giornata di visita alle persone nei loro ambulatori. Nel frattempo, mentre gli ospedali si riorganizzavano in uno sforzo continuo per migliorare l’assistenza ospedaliera, i leader si resero conto che aveva senso avere medici interni generici, ma specializzati nella cura dei pazienti ospedalizzati. Il numero di ospedalieri praticanti in USA è cresciuto fino a superare i 50.000, rendendola la specialità medica in più rapida crescita negli Stati Uniti.

La formazione medica e le competenze di un “hospitalist” e di un PCP/MGM sono le stesse. La differenza è l’ambiente in cui praticano la medicina. Gli ospedalieri lavorano esclusivamente negli ospedali e, pertanto, hanno maggiore familiarità con i test e le procedure ospedaliere comuni, nonché con le condizioni ospedaliere come la polmonite acquisita in ospedale.

Quindi un “hospitalist” vede i pazienti solo per la durata della loro degenza in ospedale. Quando il paziente sarà dimesso, tornerà alle cure del suo PCP/MGM. Un modo per pensare alla differenza tra un “hospitalist” e un PCP/MGM sono i loro obiettivi: l’ “hospitalist” lavora per soddisfare tutti i bisogni immediati del paziente, mentre è ricoverato in ospedale, e il suo obiettivo è aiutarlo a tornare a casa.

È una relazione a breve termine. Al contrario, il PCP/MGM gestirà le cure per tutto il percorso di vita del paziente.

Il modus operandi di un medico “hospitalist”.

Negli Stati Uniti, una tipica giornata lavorativa in ospedale dura circa 10 ore, si arriva intorno alle 7 del mattino e ci si prende cura di un “*censimento*” di 14-18 pazienti. Gli “hospitalist” in genere abbracciano il ritmo di un programma “*7 si 7 no*”, iniziando ogni turno di 7 giorni di martedì e terminando di lunedì. Sebbene questi siano tipici, ciò che conta come una normale giornata lavorativa, censimento e orario dei turni può variare da ospedale a ospedale.

Un “hospitalist” è come un “*quarterback*” di “*football americano*”, Un nodo centrale che coordina l’assistenza ai pazienti ricoverati per tutta la durata della loro degenza. Rispetto ad altre specialità mediche, gli “hospitalist” devono lavorare più a stretto contatto con una gamma molto più ampia di altri professionisti sanitari, come medici specialisti, infermieri, coordinatori infermieristici, farmacisti e “*case manager*”. In una giornata tipo

in ospedale è probabile che un “hospitalist” abbia da 10 a 30 colleghi diversi con cui collabora alla cura del paziente.

Se combinata con le complessità della medicina ospedaliera, la complessa collaborazione interprofessionale tende a consentire errori di comunicazione, sviste, errori e ritardi non necessari. I tentativi di ridurre questa complessità e standardizzare la collaborazione interprofessionale hanno portato a modelli di assistenza come turni interdisciplinari al capezzale che enfatizzano la comunicazione faccia a faccia, un contrasto con la comunicazione che avviene esclusivamente attraverso la cartella clinica elettronica, chat sicure, pagine e chiamate.

Essendo una specialità relativamente nuova, solo di recente è stata offerta la certificazione per l'esperienza specialistica e la formazione per la medicina ospedaliera.

L'[American Board of Hospital Medicine](#) (ABHM), membro dell'[American Board of Physician Specialties](#) (ABPS), è stato fondato nel 2009. L'ABHM è stato il primo consiglio di certificazione del Nord America dedicato esclusivamente alla medicina ospedaliera. Nel settembre 2009, l'American Board of Internal Medicine (ABIM) ha creato un programma che offre agli internisti generali che esercitano in ambito ospedaliero l'opportunità di mantenere la certificazione di medicina interna con una pratica mirata in medicina ospedaliera (FPHM).

In Canada, attualmente non esistono programmi residenziali ufficiali specializzati in medicina ospedaliera. Tuttavia, alcune università, come la McGill University di Montreal, hanno messo a punto programmi di competenze avanzate di medicina di famiglia incentrati sulla medicina ospedaliera. Questo programma, disponibile per i medici praticanti e gli specializzandi in medicina di famiglia, ha una durata di sei o dodici mesi. L'obiettivo principale del programma è preparare i medici con formazione nella pratica familiare ad assumere ruoli di assistenza condivisi con altri specialisti, come cardiologi, neurologi e nefrologi, in ambiente ospedaliero. Inoltre, il programma prepara i medici di famiglia fornendo loro una serie di competenze necessarie per prendersi cura dei loro complicati pazienti ospedalizzati.

Nuovi ruoli e nuovi luoghi

In Italia non abbiamo esperienze simili. Però a fronte delle carenze di personale abbiamo l'esigenza di utilizzare al meglio le risorse disponibili. I modelli a “silos” sono ancora molto presenti anche se assolutamente datati. Determinano inappropriata assistenza e clinica, costi occulti, sprechi e “malpractice”.

Abbiamo bisogno di integrare i processi assistenziali e di cura e di integrare territorio e ospedale. Dovremmo garantire la “presa in cura” del paziente tenendo insieme continuità assistenziale e continuità informativa.

Quanto sopra dovrebbe essere supportato dalla Telemedicina e dal FSE (Fascicolo Sanitario Elettronico) che dovrebbero confluire in un'unica e condivisa piattaforma, a cui tutti, cittadini e operatori, debbano poter accedere, nel rispetto della privacy, per conoscere dati e storia clinica di ciascuno, condividere informazioni sanitarie, facilitare l'accesso ai servizi sociosanitari, ridurre sprechi e disagi.

Sappiamo che dovremo adottare nuovi modelli organizzativi di lavoro, dato che le tecnologie seguono e non guidano, o meglio non dovrebbero guidare, le attività, che sono invece primarie.

Diventeranno sempre di più protagoniste le persone, ovvero i pazienti e quindi i professionisti coinvolti nei processi assistenziali, che in futuro dovrebbero essere in grado di offrire “*esattamente quello che serve a quello specifico paziente, niente di più e niente di meno*”.

Questo è il punto nodale della criticità attuale dove avviene, purtroppo, anche se non sempre, l'esatto contrario. Inoltre, dobbiamo ricordare che oggi nelle strutture sanitarie applichiamo bene il concetto dell'eguaglianza, ma male quello dell'equità.

Continuiamo a dare “risposte uguali a bisogni diversi”, perché non riusciamo a distinguere fra i diversi bisogni della stessa persona e perché da decenni abbiamo reso rigida l'offerta sanitaria e sociosanitaria, obbligando la domanda ad adeguarsi.

Quindi gli ospedali andranno pensati come strutture modulari, piattaforme ipertecnologiche che potranno cambiare layout rapidamente al cambio del *setting* di trattamento previsto per quello “*specifico paziente*”, mettendo a disposizione trattamenti diversi rispetto a quelli che venivano usati fino a ieri.

L'“*ospedale flessibile*” dovrà avere spazi che permettano l'utilizzo funzionale a seconda delle diverse esigenze, prevedere la suddivisione dei percorsi interni ed esterni, al fine di evitare contaminazioni. Deve usare paradigmi costruttivi, quali flussi di pazienti da trattare, previsione di cambiamenti, capacità di adattamento, predisposizione di aree ospedaliere isolabili in caso di emergenza, ma sempre connesse con tutti i servizi.

Di sicuro la pandemia da SARS-COV-2 ha accelerato questa situazione, ma tutto quanto era già in essere in precedenza: la pandemia ha messo in luce forti criticità degli ospedali italiani in termini di obsolescenza delle infrastrutture.

Servivano strutture più efficienti e più focalizzate sugli utenti finali, perché gli ospedali “*user centered*” migliorano la soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari, incrementano la produttività, abbattano i costi di gestione, contribuiscono a ridurre i rischi di cadute del 30%, le infezioni correlate all’assistenza del 35%, il turnover dello staff a causa di “*burnout*” del 30%, gli eventi avversi del 15% e la durata di degenza media del 10%, vedi le survey svolte dalla SHM, *Society of Hospital Medicine*, USA.

Ci poniamo quindi le seguenti domande:

- Come dovranno essere “*pensati*” i nuovi ospedali se aggiungiamo il fattore “*flessibilità*” a tutti gli altri prerequisiti già noti ed usati nella progettazione e nella realizzazione di nuovi ospedali, ovvero nella “*riconversione*” di quelli esistenti?
- Li penseremo sempre e solo come strutture rigide?
- Oppure inizieremo anche a ragionare di “*piattaforme modulari*”, che potranno cambiare velocemente tenendo alla base la connettività digitale e le logiche di flusso dei pazienti, a cui far ruotare intorno le equipe che potranno fare sempre cose nuove e diverse al variare delle metodologie di cura disponibili?

Il tutto deve essere accompagnato da altre logiche assolutamente primarie, quali ecosostenibilità, orientamento, inclusività, complessità, accessibilità e infrastrutture “*green*”.

Questi sono solo alcuni dei nuovi criteri per progettare gli ospedali contemporanei.

Dobbiamo chiederci oggi come procedere per ottenere nel tempo minimo necessario il risultato atteso, ovvero la riorganizzazione del SSN/SSR secondo le regole di sviluppo e di realizzazione di un progetto, *Project Management*.

È necessario integrare in una visione unica il percorso clinico, diagnostico, terapeutico e assistenziale, indipendentemente dalla sede fisica dell’erogazione dei servizi (territorio o ospedale), dall’assetto societario dell’organizzazione che lo sta erogando (pubblico, privato), dal gestore del budget (Regione, Azienda sanitaria, Comune, ...), in una visione olistica nella risposta integrata che dovremo dare a bisogni, spesso complessi non per problemi clinici, ma resi tali per l’inadeguatezza della risposta, spesso retaggio di norme, leggi e regolamenti, funzionali a tutelare posizioni o appartenenze senza fornire la risposta migliore per quel paziente.

Lavorare insieme richiede il valore aggiunto del *fare rete* e il ruolo del *middle management*

Il lavoro congiunto di tutti i professionisti (medici, direttori, infermieri, farmacisti, ingegneri -ospedalieri, informatici, clinici, gestionali, architetti, ...) ha messo in luce un grande “*valore aggiunto*” determinato da “*multi professionalità e multidisciplinarietà*”, dimostrando che le competenze manageriali non sono qualcosa di estraneo e aggiuntivo alle competenze tecniche e professionali di chi opera nel mondo ospedaliero e sanitario, ma parte integrante dell’identità professionale.

In particolare, la funzione del “*middle management*” è proprio quella di essere autorevole e riconosciuto sul piano delle competenze tecniche e professionali e quello di sapersi muovere e relazionare all’interno dell’Azienda, guidando il proprio gruppo o unità operativa. Si è sempre più delineata una figura completa, che sa far uso di strumenti manageriali attraverso i quali incidere in modo più efficace sui processi decisionali aziendali. Il tema della managerialità è strettamente connesso a quello della responsabilità. Collocandosi in una posizione intermedia tra il vertice strategico e le articolazioni più operative, il “*middle management*” svolge una funzione di cerniera fondamentale nella catena delle responsabilità e nel perseguimento degli obiettivi aziendali.

Le competenze di “*project management*” in sanità sono e sempre di più saranno alla base di questi cambiamenti epocali collegati alla realizzazione degli “*ospedali flessibili*”.

Per guidare questa ricostruzione è indispensabile avere a disposizione competenze diffuse di “*project management*” e un notevole numero di “*project manager*” qualificati.

Ciò vale a maggior ragione per la Pubblica Amministrazione, che deve progettare e guidare, allo stesso tempo, sia come fronteggiare le eventuali emergenze, sia come indirizzare la fase di ricostruzione. Pensiamo ai cambiamenti previsti e imposti dal PNRR, ovvero il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza che prevede reti di prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza sanitaria territoriale, innovazione, ricerca e digitalizzazione del SSN.

Quindi riferito a un contesto esterno agli ospedali, ma che obbligherà a pensare gli stessi diversamente da come li abbiamo considerati fino ad oggi.

Il primo vero progetto sarà quello di avere “*persone giuste nei posti giusti per i tempi giusti*” per presidiare questa importante e, forse, unica opportunità di cambiamento e adeguamento del SSN/SSR ai bisogni dei cittadini, dopo oltre 20 anni in cui abbiamo forzatamente obbligato tali bisogni ad adeguarsi ad un’offerta sempre più rigida e inadeguata.

Quindi il primo problema è chiarire quale modello di sanità pensiamo di attuare in Italia e a seguire nelle diverse Regioni, sapendo che conviviamo da oltre 20 anni con 21 SSR profondamente diversi nei risultati di salute ottenuti: necessitano azioni di cambiamento diverse con tempi diversi di attuazione.

Il secondo problema sarà capire quale tipo di “*project manager*” ci servirà per raggiungere questo obiettivo.

Il terzo riguarda quali nuovi assetti organizzativi e sistemi di pianificazione, programmazione e controllo prevediamo di implementare, visto che dovranno essere diversi dai precedenti, perché tratteranno modelli, attività, esiti e relazioni interprofessionali diversi da quelli fino ad oggi utilizzati.

Il primo punto ci porta a parlare di pazienti ed ecosistemi, ovvero del passaggio dai “*silos verticali*” con cui è strutturato l’attuale SSN/SSR, agli ecosistemi, trasversali e dialoganti fra loro, fondati sulla complementarità e sulla condivisione dei dati, che consentono di fornire ai cittadini un servizio integrato e personalizzato, accrescere la produttività “*sana*” delle strutture sanitarie e di tutti i fornitori dei servizi resi alla persona, migliorare le cure e il loro accesso, oltre che garantire una stabile continuità assistenziale, usando bene le leve importanti dell’“*empowerment*” e dell’“*engagement*” del paziente e dei suoi familiari.

Questi ecosistemi vanno definiti sulla base dei bisogni dei diversi pazienti e dei percorsi di cura, assistenziali e socio-sanitari più efficaci per rispondere in maniera specifica.

Il secondo punto ci porta a parlare di “*management by project*” per indicare un nuovo approccio organizzativo che applica metodi e tecniche alle funzioni operative.

Un approccio complementare è la metodologia “*Lean*”, parte integrante dell’“*Operation Management*”, i cui principi specifici riguardano l’individuazione e lo sviluppo dei flussi di valore delle attività, processi snelli e guidati dalle attività a valle, l’eliminazione degli sprechi, delle duplicazioni e delle inefficienze (costi della non Qualità) con interventi correttivi in tempo reale.

Infine, il terzo e ultimo punto ci porta a pensare i nuovi modelli di monitoraggio e controllo dei risultati raggiunti in termini complessivi di “*salute*” prodotta, in linea con il concetto di “*salute*”, che dal 2011 l’OMS ha definito come “*la capacità di adattamento e di autogestirsi di fronte alle sfide sociali, fisiche ed emotive*”. Questa nuova definizione ci porta a prevedere un uso più razionale delle risorse con esiti positivi sulla salute delle persone. In conclusione, vivremo nei prossimi anni un’obbligata stagione di cambiamenti, ovvero dovremo realizzare un sistema capace di dare risposte diverse e differenziate ai bisogni specifici ed individuali, una cosa facile a dirsi ma molto difficile a farsi, come dimostra la storia del nostro SSN/SSR.

I nuovi ospedali “*flessibili*” saranno parte essenziale di questo futuro.

Conclusioni

In conclusione, per avere nuove reti assistenziali e cliniche, nuovi “*ospedali flessibili*”, servono nuovi modelli organizzativi e gestionali e nuovi ruoli di integrazione e di governance. Guardiamo fuori dal nostro Paese e copiamo con intelligenza da altre realtà contestualizzando in modo rigoroso le buone pratiche da importare.

In sanità e sul tema salute “*copiare con intelligenza*” non è un peccato ...

[1] Wachter RM, Goldman L. *Il ruolo emergente degli "ospedali" nel sistema sanitario americano*. *N Engl J Med* . 1996; 335:514-517.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115711

Edgar Morin: “Adesso ho paura per la democrazia”, Anais Ginori, La Repubblica

dalla nostra corrispondente Anais Ginori

Pensatore universale, tra i più grandi intellettuali europei, non nasconde la sua preoccupazione: “Attraversiamo una crisi di civiltà come negli anni Trenta. Dovremmo ripensare la politica”

PARIGI – “Attraversiamo una crisi di civiltà, e il campo democratico potrebbe essere sconfitto”. Nel corso di una vita lunga un secolo, [Edgar Morin ha abbracciato saperi diversi, con i volumi della *Méthode*](#), l’opera enciclopedica scritta tra il 1967 e il 2006 per il quale si è guadagnato il soprannome di “Diderot del Novecento”. Pensatore universale, tra i più grandi intellettuali francesi, ha avuto un’esistenza fuori dal comune: la nascita l’8 luglio 1921 nella comunità ebraica sefardita del quartiere di Ménilmontant, la perdita della madre quando aveva dieci anni, il coraggio di passare nella Resistenza durante l’Occupazione, l’impegno politico nel partito comunista prima di allontanarsene e denunciarne le epurazioni, gli anni dedicati alla ricerca sociologica che lo hanno proiettato ai vertici del mondo culturale.

Morin ci riceve con una sfavillante camicia a fiori arancioni in un appartamento sopra alla brasserie Lipp. Lo sguardo curioso di sempre, è seduto a lavorare al computer.

“Sto scrivendo un articolo sulla Francia e ho in preparazione uno o due libri” spiega, intercalando una lingua che appartiene solo a lui, il “fritagnol”, misto di francese, italiano e spagnolo.

Qualche giorno fa ha compiuto 102 anni. Come ha festeggiato?

“Nell’intimità, abbiamo fatto un’incantevole cena con mia moglie”.

La festa nazionale del 14 luglio è stata accompagnata da timori per nuovi scontri nelle banlieue. Cosa c’è dietro questa rivolta?

“Non si può rispondere con una sola frase perché bisogna ricordare il contesto storico. La Francia è stata attraversata da una serie di crisi successive, fra cui le ultime sono state le proteste contro la riforma delle pensioni e poi dopo l’omicidio del giovane Nahel. Si sono svolte manifestazioni, violenze eccessive spesso perpetrate dai black bloc. La novità è che erano adolescenti, alcuni tredicenni. Direi che è un fenomeno al tempo stesso molto grave e poco grave”.

Perché?

“C’è stato un fattore psicologico, quello che possiamo definire “ebbrezza da distruzione”, fenomeno ben noto, soprattutto in tempi di guerra. Lo abbiamo riscontrato tra questi giovani che a un certo punto si sono sentiti in guerra contro la società francese. Con effetti contagiosi. Antropologicamente l’homo sapiens è anche homo demens. Lo vediamo con la guerra in Ucraina, lo abbiamo sperimentato in molte altre occasioni”.

L’aspetto invece più grave?

“Tutto questo ci conferma una crisi di civiltà. In particolare in Francia dove è in atto un’opposizione radicale tra due parti ostili. Per il momento non c’è soluzione a queste crisi. La soluzione sarebbe un nuovo modo di pensare la politica. Purtroppo non c’è. Al contrario, è in atto una regressione democratica che sta colpendo altri paesi europei, accompagnata dal rischio di una società del controllo e della sottomissione resa possibile dalle tecnologie dell’informazione e dell’intelligenza artificiale”.

Vede un parallelo con gli anni Trenta e l’ascesa degli estremismi?

“Negli anni Trenta c’erano il nazismo e lo stalinismo che, in quanto tali, non esistono più. Oggi ci sono estremismi che possiamo definire ultra-nazionalisti e di ultra-sinistra. Ma, a mio avviso, non è questo il nocciolo della questione. A partire dalla Rivoluzione francese, con alti e bassi, il nostro Paese ha vissuto lo scontro tra una Francia tradizionalista e reazionaria e una Francia progressista e repubblicana. Oggi c’è una Francia che si crede identitaria nei confronti di tutte le persone di origine immigrata. Uso il verbo “credere” perché invece la Francia, per la sua storia, è un paese multiculturale come l’Italia. Ha integrato alsaziani,

bretoni e poi nell'Ottocento italiani, spagnoli, portoghesi. Nel giro di due generazioni, la maggioranza dei nuovi francesi si è integrata”.

Per gli immigrati del Maghreb e dell’Africa è più difficile.

“Per gli algerini in particolare c’è il tema del colonialismo, il ricordo della lotta per l’indipendenza, oltre alla ghettizzazione delle popolazioni in Francia. Il razzismo esiste, non viene loro riconosciuto lo stesso livello di dignità. E non è escluso che questa Francia reazionaria, con il suo senso di presunta identità, la sua paura dello straniero e, in ultima analisi, la sua mancanza di democrazia, possa prevalere. È successo dopo la sconfitta del 1940, quando ha preso il potere sotto il regime di Vichy. Il campo democratico potrebbe essere sconfitto”.

Come spiega l’odio che suscita Emmanuel Macron in una parte dei francesi?

“È normale criticare un presidente, ma trovo odioso insultarlo e denigrarlo nel modo in cui è stato fatto nell’ultimo periodo. La riforma delle pensioni è stata un errore imposto dalla tecno-burocrazia. Siamo dominati dalla logica del profitto ma questo succedeva già prima di Macron e vale per altri paesi come l’Italia. Poi è vero che il presidente Macron non ha saputo creare quella nuova via politica di cui parlavo. Ha davanti ancora qualche anno di presidenza, quindi si può sperare che lo faccia”.

Ha citato la guerra in Ucraina. Vede spiragli per la pace?

“[Sembra che il conflitto si trascinerà. Per quanto tempo? Non lo sappiamo, l’imprevedibile esiste.](#) La rivolta di Prigozhin era inaspettata. Possono accadere fenomeni di dislocazione interni alla Russia. La mia esperienza dei conflitti inizia con la Prima guerra mondiale. Non ho partecipato ma ho conosciuto i combattenti, e so tutte le bugie diffuse all’epoca sui tedeschi. Poi ho conosciuto la guerra di Spagna, la seconda guerra mondiale, la guerra d’Algeria. Ogni conflitto è stato accompagnato da menzogne. Ci sono crimini terribili, ma anche illusioni e mistificazioni. Ed è quello su cui ho voluto allertare nel mio libro *Di guerra in guerra*”.

In Italia è appena uscito il suo ultimo saggio, “L’avventura del Metodo”.

“Volevo raccontare il percorso che mi ha portato a creare il Metodo, un’avventura intellettuale su diversi decenni. Il pensiero complesso che difendo ha sostenitori in tutto il mondo: in Italia, in Spagna, in Perù, e persino in Cina. Solo in futuro vedremo se riuscirà a eliminare quello che io chiamo pensiero riduzionista, unilaterale, manicheo, puramente matematico, che oggi regna”.

Una volta ha detto: pensare la vita e vivere il pensiero.

“Vivere significa soprattutto avere relazioni umane. Amare, meravigliarsi, ribellarsi. Le relazioni amorose sono sempre state uno stimolo per il mio pensiero. E faccio la differenza tra vivere e sopravvivere. Sono scampato a varie morti che erano del tutto probabili. È stato il caso, il destino o forse la provvidenza. Vivere è sentire e sperimentare la poesia della vita, in comunione e con fervore. Per me il vero mistero è la vita, non la morte”.

https://www.repubblica.it/cultura/2023/07/15/news/edgar_morin_adesso_ho_paura_per_la_democrazia-407891862/?ref=RHVB-BG-I273288661-P4-S1-T1

Per adattare Dm 70 e Dm 77 sono state chiamate troppe persone e non sono state chiamate le persone giuste. Il che va benissimo per la melina che il Ministro fa su tutto o quasi, malissimo per il Ssn che ha bisogno di scelte chiare e urgenti comprese quelle sulle reti ospedaliere pubbliche e private.

30 GIU -

Quotidiano Sanità ha dato in modo asciutto e senza commento [la notizia che è stato istituito con Decreto un tavolo ministeriale per l'aggiornamento dei due Dm 70 e 77](#) allo scopo di rafforzare l'integrazione tra ospedale e territorio. Lì per lì per gioco sono andato a vedere quali delle tante leggi che ci parlano di come va il mondo, tipo legge di Murphy, quali sono quelle che meglio descrivono il senso di questo tavolo. Ho subito scelto la quarta e la quinta legge di Parkinson (recuperabili [qui](#)) che ci dicono rispettivamente che “il numero di persone in ogni gruppo di lavoro tende ad aumentare indipendentemente dal lavoro che deve essere svolto” e che “se c'è una maniera di rimandare una decisione importante, la buona burocrazia, pubblica o privata, la troverà”.

Poi ho deciso di prendere la notizia un po' più seriamente e ci ho trovato motivi di grande, grandissima, preoccupazione. I motivi di questa preoccupazione risiedono nella mia granitica e motivata convinzione che nella rete ipertrofica e mal organizzata dei troppi ospedali pubblici italiani risieda uno dei nodi principali da sciogliere se si vuole rilanciare il Ssn. Ripeto “uno dei nodi”, perché ce ne sono altri quali il sottofinanziamento, la carenza di risorse umane e l'inadeguatezza del trattamento di queste ultime che vengono prima (ma solo di poco prima, a mio parere) rispetto alle tante misure in grado di ridare qualità al Ssn attraverso un miglioramento dei processi programmatici, organizzativi e gestionali. Tra queste misure la razionalizzazione della rete ospedaliera pubblica occupa un ruolo fondamentale per una serie di motivi che ricostruisco rapidamente e che mi sembrano talmente scontati da vergognarmi persino a (ri)scriverli:

Troppo ospedale e soprattutto troppi ospedali vogliono dire meno assistenza territoriale e meno prevenzione: “sotto casa” servono i servizi territoriali e non gli ospedali;

Un ospedale per acuti con pronto soccorso ha bisogno di una organizzazione la più completa possibile;

Ospedali per acuti vicini, specie di dimensioni consistenti, tendono a soffocarsi reciprocamente;

Un ospedale più lavora la notte e meno lavora il giorno e in una rete ospedaliera che moltiplica senza motivo i turni di continuità assistenziale della stessa disciplina l'attività programmata avrà sempre problemi a funzionare in modo pieno, come evidenzia il diffuso sottoutilizzo dei blocchi operatori;

I professionisti (specie di area chirurgica) se nelle strutture pubbliche operano poco e operano soprattutto casi urgenti e gravi tendono ad andare nel privato.

Tutti questi problemi trovano nel Dm 70, che – ricordiamolo - risale al 2015, una sponda regolamentare che si fa di tutto per non usare e che invece in questa fase andrebbe usata con urgenza visto che ad esempio una buona parte dei medici gettonisti copre buchi in quella rete ospedaliera che il Dm 70 potrebbe chiudere. Che questo atteggiamento ce l'abbia la politica locale che punta spesso tutta la sua ricerca del consenso sul mantenimento/potenziamento degli ospedali a tutti i costi (ma proprio tutti) lo capisco e per questo credo che sia grave fino a sfiorare la complicità la mancanza di controllo centrale da parte del Ministero sulla applicazione del Dm 70 nelle Regioni. Ma che sia un Ministro a farsi interprete proattivo della quinta legge di Parkinson per rimandare una decisione importante o addirittura per non prenderla mi preoccupa e (per quel che conta, cioè pochissimo) mi indigna.

Il Decreto che istituisce il tavolo per aggiornare il Dm 70 e il Dm 77 nasce, infatti, sotto pessimi auspici. L'obiettivo del tavolo sarebbe quello di aggiornare il DM 70 in modo da tenere conto delle criticità nella assistenza ospedaliera emerse durante la pandemia e per favorire la integrazione ospedale-territorio.

Non un cenno sulla necessità di applicare con urgenza i criteri razionalizzatori del Dm 70 per risolvere almeno alcune delle storture delle attuali reti ospedaliere regionali pubbliche e private. Ma è la composizione del Tavolo a dare il segnale più importante e negativo: il tavolo nasce per arrivare ad avere “più ospedale” sbilanciato com'è sul versante clinico. Del tavolo fanno parte 18 persone (in pieno ossequio alla quarta legge di Parkinson) con la componente tecnica più robusta e strutturata costituita dai rappresentanti del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani che già alcuni mesi fa aveva resa nota l'esistenza [di un tavolo di consultazione col Ministro](#). In [una denuncia di nemmeno due mesi fa](#) il Forum si

esprimeva così: "Il Dm 70 del 2015 ha determinato standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera senza alcuna considerazione di quelli che erano già allora i parametri vigenti negli altri Paesi europei...

Per poi proseguire così sulle conseguenze del Dm: "ha inevitabilmente prodotto un'estrema debolezza del nostro sistema ospedaliero, acuita dalla pandemia. In queste condizioni sarà impossibile attuare ciò che è previsto dal Pnrr sulla medicina territoriale. Non basta la costruzione di nuovi edifici, come le Case di Comunità, che non rispondono affatto all'idea di prossimità delle cure e rischiano di restare cattedrali nel deserto senza alcun collegamento con l'ospedale. Il numero di posti letto di degenza ordinaria deve crescere ben oltre i 350 per 100.000 abitanti odierni fino a raggiungere almeno la media europea di 500. Anche il numero di posti letto di terapia intensiva deve superare i 14 posti letto, peraltro rimasti sulla carta e mai raggiunti, per arrivare almeno a 20-25 per 100.000 abitanti. In questa situazione riteniamo sia impensabile distrarre personale dai nosocomi verso le strutture territoriali previste dal Pnrr, cioè Case od Ospedali di Comunità".

Il Forum come si vede bene dalle dichiarazioni soprariportate è, legittimamente, uno strenuo rappresentante dell'ospedalocentrismo in cui tutto si riconduce ai posti letto che mancano, senza mai una riflessione sui dati di utilizzo dei posti letto attuali, un ragionamento sui criteri programmatici da adottare e un accenno ai problemi di riorganizzazione dei processi in ospedale. Ma mettere il Forum al centro del tavolo appena istituito, che nasce infatti per allargamento di un precedente tavolo personale del Ministro col Forum, è un grave errore. Come è un errore una così forte rappresentanza del mondo universitario che, come spesso dimostra il Ministro Schillaci stesso, di cosa sia la sanità pubblica ha una idea molto vaga.

Per converso, il nuovo tavolo non ha un solo rappresentante del mondo delle professioni (mancanza che sa più di offesa che di dimenticanza o di distrazione), ma non ha nemmeno un solo rappresentante delle società scientifiche che si occupano specificamente di assistenza distrettuale o di qualcuna delle aree che presentano criticità maggiori a livello territoriale come ad esempio quella della salute mentale. Come non c'è alcuna rappresentanza sindacale, magari opportuna visto che è dai Sindacati che sono pervenute analisi e proposte di rilevante spessore. Come non ci sono quegli esperti come Filippo Palumbo, Fulvio Moirano e Marco Geddes da Filicaia (questi i primi nomi che mi vengono in mente) che sui temi del tavolo hanno governato, programmato, gestito e studiato.

Per adattare Dm 70 e Dm 77 sono state chiamate troppe persone e non sono state chiamate le persone giuste. Il che va benissimo per la melina che il Ministro fa su tutto o quasi, malissimo per il Ssn che ha bisogno di scelte chiare e urgenti comprese quelle sulle reti ospedaliere pubbliche e private.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115123

Istituzione del tavolo tecnico per lo studio delle criticità emergenti dell'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera, Ministero della salute



Ministero della Salute

IL CAPO DI GABINETTO

VISTO il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e successive modificazioni, recante la riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 17 settembre 2013, n. 138, recante il "Regolamento di organizzazione degli Uffici di diretta collaborazione del Ministro della salute e dell'Organismo indipendente di valutazione della performance, a norma dell'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150";

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 febbraio 2014, n. 59, recante il "Regolamento di organizzazione del Ministero della salute";

VISTO il decreto del Ministro della salute 31 ottobre 2022 debitamente registrato dal competente organo di controllo, con il quale il Prof. Avv. Arnaldo Morace Pinelli è stato nominato Capo di Gabinetto;

VISTO l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

VISTO il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il decreto 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il Regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 4 giugno 2015, n. 127;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 18 marzo 2017, n. 15;

VISTO il Patto per la salute per gli anni 2019-2021 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 18 dicembre 2019 (Rep. Atti n. 209/CSR);

VISTO il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché

di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che all'articolo 2 ha previsto un riordino della rete ospedaliera in relazione all'emergenza da COVID-19;

VISTO il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21);

VISTO il decreto 23 maggio 2022, n. 77 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il "*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel servizio sanitario nazionale*" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 144 del 22 giugno 2022;

VISTO il decreto-legge 29 dicembre 2022 n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 febbraio 2023, n. 49 che all'articolo 7-bis proroga il Patto per la salute 2019-2021 fino all'adozione di un nuovo documento di programmazione sanitaria;

RITENUTO opportuno integrare quanto disposto con i decreti del Capo di Gabinetto 8 giugno 2023, 21 giugno 2023 e 4 luglio 2023, concernenti il Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera (decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77), che si intendono sostituiti dal presente provvedimento;

DECRETA

Art. 1

1. È istituito presso l'Ufficio di Gabinetto un Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità emergenti dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza ospedaliera (decreto interministeriale 2 aprile 2015, n. 70) e dall'attuazione del Regolamento dell'assistenza territoriale (decreto interministeriale 23 maggio 2022, n. 77).
2. Il Tavolo Tecnico di cui al comma 1 è così composto:
 - a) Prof. Avv. Arnaldo Morace Pinelli, Capo di Gabinetto del Ministro, con funzioni di Coordinatore;
 - b) Dott. Marco Mattei, Capo della Segreteria Tecnica del Ministro;
 - c) Dott. Stefano Lorusso, in qualità di Direttore generale della programmazione sanitaria o da un suo delegato;
 - d) Dott.ssa Mariella Mainolfi, in qualità di Direttore generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale;
 - e) Dott.ssa Maria Grazia Laganà, in qualità di Direttore dell'Ufficio III della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute;
 - f) Dott.ssa Valentina Santucci, in qualità di dirigente dell'Ufficio di Gabinetto;
 - g) Dott. Stefano Moriconi, Direttore della struttura tecnica di segreteria della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità;
 - h) Dott. Enrico Desideri, esperto del Ministro della salute;
 - i) Dott. Francesco Saverio Mennini, esperto del Ministro della salute;
 - j) Dott. Domenico Mantoan, Direttore dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;

- k)* Dott. Francesco Enrichens, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;
- l)* Dott. Andrea Piccioli, Direttore generale dell'Istituto Superiore di Sanità;
- m)* Dott. Anselmo Campagna, Coordinatore tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome;
- n)* Prof.ssa Sabina Nuti, Retttrice della Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa;
- o)* Prof.ssa Antonella Polimeni, Retttrice Università degli studi "La Sapienza" di Roma;
- p)* Prof.ssa Rosaria Alvaro, Università degli studi "Tor Vergata" di Roma;
- q)* Dott. Americo Cicchetti, Professore ordinario di Organizzazione Aziendale dell'Università Cattolica del Sacro Cuore;
- r)* Prof. Silvio Tafuri, Professore ordinario di Igiene generale ed applicata presso l'Università degli studi "Aldo Moro" di Bari;
- s)* Prof. Vito D'Andrea, Professore Ordinario di Clinica Chirurgica Generale presso il Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università "La Sapienza" di Roma;
- t)* Dott. Giuseppe Quintavalle, Direttore generale della Fondazione Policlinico "Tor Vergata" di Roma;
- u)* Dott. Marco Damonte Prioli, Direttore generale dell'Ospedale Policlinico San Martino di Genova;
- v)* Dott. Alberto Zoli, Direttore generale dell'Agenzia Regionale Emergenza Urgenza della Lombardia (AREU);
- w)* Dott.ssa Gabriella Guasticchi, Direttore UOC Asl Roma 1;
- x)* Dott.ssa Tiziana Frittelli, Presidente nazionale di Federsanità ANCI Regionali;
- y)* Dott. Giovanni Migliore, Presidente della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere (FIASO);
- z)* Prof. Francesco Cognetti, Coordinatore del Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani e Presidente di FOCE;
- aa)* Dott. Fabio De Iaco, Presidente Società di Medicina di Emergenza ed Urgenza (SIMEU);
- bb)* Prof. Diego Foschi, Presidente del Collegio Italiano dei Chirurghi (CIC);
- cc)* Dott. Dario Manfellotto, Presidente della Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI);
- dd)* Prof.ssa Annamaria Staiano, Presidente della Società Italiana di Pediatria (SIP);
- ee)* Prof.ssa Anna Maria Colao, Presidente della Società Italiana di Endocrinologia;
- ff)* Prof. Antonino Giarratano, Presidente Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SLAARTI);
- gg)* Dott.ssa Nicoletta Gandolfo, Presidente della Società Italiana di Radiologia Medica e interventistica (SIRM);
- hh)* Dott.ssa Giovanna Beretta, Presidente della Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa (SIMFER);
- ii)* Prof. Loreto Gesualdo, Presidente della Federazione delle Società Medico Scientifiche Italiane (FISM);
- jj)* Prof.ssa Giovanna Spatari, Presidente della Società Italiana di Medicina del Lavoro (SIML);
- kk)* Dott. Fulvio Borromei, Federazione nazionale degli ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO);
- ll)* Dott. Andrea Mandelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI);
- mm)* Dott.ssa Angela Margiotta, Presidente Nazionale dell'Associazione Farmaciste Insieme;

- nn)* Dott.ssa Daniela Mulas, Vice Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Veterinari Italiani (FNOVI);
- oo)* Dott.ssa Monica Cirone, Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI);
- pp)* Dott.ssa Caterina Masè, Vice Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO);
- qq)* Dott.ssa Teresa Calandra, Presidente della Federazione Nazionale dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (FNO TSRM-PSTRP);
- rr)* Dott.ssa Paola Berardi, Federazione Nazionale degli Ordini dei Chimici e dei Fisici (FNCF);
- ss)* Sen. Dott. Vincenzo D'Anna, Presidente della Federazione degli Ordini dei Biologi (FNOB);
- tt)* Dott.ssa Melania Salina, Vice Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Fisioterapisti (FNOFI);
- uu)* Prof.ssa Maria Simonetta Spada, Collegio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP);
- vv)* Dott.ssa Mirella Silvani, Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali (CNOAS);
- ww)* Dott.ssa Rosa Borgia, Vice Presidente Confederazione Associazione Responsabili di Distretto (CARD);
- xx)* Dott. Silvestro Scotti, Segretario nazionale della Federazione italiana medici di medicina generale (FIMMG);
- yy)* Dott. Antonio Magi, segretario generale del Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria (SUMAI);
- zz)* Dott.ssa Simona Autunnali, Sindacato Nazionale Autonomo dei Medici Italiani (SNAMI);
- aaa)* Dott. Pierino Di Silverio, Associazione Nazionale Aiuti Assistenti Ospedalieri (ANAAO-ASSOMED);
- bbb)* Dott. Guido Quici, Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri (CIMO);
- ccc)* Dott. Alessandro Vergallo, Associazione Anestesisti Rianimatori Ospedalieri Italiani Emergenza Area Critica (AAROIEMAC);
- ddd)* Dott.ssa Giuseppina Onotri, Segretario generale Sindacato Medici Italiani (SMI);
- eee)* Dott. Benedetto Magliozzi, Segretario nazionale CISL Medici;
- fff)* Dott.ssa Silvia Zecca, Segreteria nazionale della Federazione nazionale medici pediatri (FIMP);
- ggg)* Dott.ssa Annalisa Silvestro, Dirigente della Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità (FIALS);
- hhh)* Dott. Mauro Mazzoni, Coordinatore nazionale della Federazione AIPAC-AUPI-SIMET-SINAFI-SNR (FASSID);
- iii)* Dott. Fabio Pignatti, Presidente della Società italiana di Medicina di Comunità e delle Cure Primarie (SIMCCP);
- jjj)* Dott. Aldo Grasselli, Presidente della Federazione dei Veterinari Medici e dirigenti sanitari (FVM);
- kkk)* Dott. Andrea Bottega, Sindacato delle Professioni Infermieristiche (NURSIND);
- lll)* Dott.ssa Barbara Francavilla, Segreteria nazionale FP CGIL;
- mmm)* Dott.ssa Marj Pallaro, Segreteria nazionale CISL funzione pubblica;
- nnn)* Dott.ssa Fulvia Murru, Segreteria nazionale UIL FPL;
- ooo)* Dott. Gianluca Giuliano, Segretario nazionale UGL Salute;
- ppp)* Dott. Antonio De Palma, Presidente del Sindacato Infermieri Italiani Nursing Up;
- qqq)* Dott.ssa Barbara Cittadini, Presidente nazionale Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP);

- rrr*) Padre Virginio Bebber, Presidente dell'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (ARIS);
- sss*) Dott. Valter Rufini, Federazione Nazionale delle Associazioni Regionali o Interregionali delle Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali private, (Feder ANISAP);
- ttt*) Dott. Antonio Vallone, Presidente Sezione Sanità di Unindustria;
- uuu*) Dott. Michele Vietti, Presidente Associazione Coordinamento Ospedalità Privata (ACOP);
- vvv*) Dott.ssa Anna Lisa Mandorino, Segretaria generale di Cittadinanzattiva;
- www*) Ing. Umberto Nocco, Presidente Associazione Italiana Ingegneri Clinici (AIIC);
- xxx*) Dott. Mario Balzanelli, Presidente Nazionale Società Italiana Sistema 118 (SIS118).

3. Ai fini dello svolgimento dell'attività, il Tavolo può operare mediante Gruppi di lavoro per specifiche tematiche ed effettuare audizioni di esperti e soggetti terzi.

Art. 2

1. Al funzionamento del Tavolo si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.
2. La partecipazione è a titolo gratuito e ai componenti non sono corrisposti gettoni, compensi o altri emolumenti comunque denominati. Le eventuali spese di missione dei componenti sono poste a carico delle amministrazioni di appartenenza.
3. Le attività di segreteria sono svolte da un funzionario dell'Ufficio di Gabinetto del Ministero della salute.

Roma, li **19 LUG 2023**

IL CAPO DI GABINETTO

Prof. Avv. Arnaldo Morace Pinelli





RAPPORTO ANNUALE 2023
La situazione del Paese



CAPITOLO 2 | CAMBIAMENTI NEL MERCATO DEL LAVORO E INVESTIMENTI IN CAPITALE UMANO 65

2.1 Prospettive demografiche e popolazione in età di studio e di lavoro 67

2.2 Struttura e dinamica del mercato del lavoro 71

2.2.1 Il progressivo invecchiamento della forza lavoro 71

2.2.2 La dinamica dell'occupazione 73

2.2.3 La struttura dell'occupazione 78

2.2.4 Il rendimento dal livello di istruzione: occupazione e redditi 80

2.3 La formazione e l'impiego del capitale umano 84

2.3.1 I livelli di istruzione e gli abbandoni scolastici 84

2.3.2 La qualità dell'apprendimento 86

2.3.3 L'istruzione universitaria 88

2.3.4 Il capitale umano nel mercato del lavoro: le risorse umane in scienza e tecnologia 92

● Genera | L'effetto dei divari di genere sui redditi e i consumi delle famiglie 97

● Generazioni | I giovani lontani dalle scuole e dal lavoro 100

● Terriori | L'integrazione dei giovani istruiti ha una forte connotazione territoriale 102

CAPITOLO 3 | CRITICITÀ AMBIENTALI E TRANSIZIONE ECOLOGICA 105

3.1 Le risorse naturali 107

3.1.1 La risorsa acqua: scarsità naturale e inefficienze delle infrastrutture 107

3.1.2 Crescita economica e utilizzo sostenibile delle risorse naturali non rinnovabili 111

3.2 Emissioni e mobilità 113

3.2.1 Emissioni di gas serra 114

3.2.2 Efficienza e sostenibilità della mobilità 115

3.2.3 Qualità dell'aria e salute dei cittadini 117

3.2.4 Aree inquinate da bonificare 120

3.3 Verso un futuro sostenibile 120

3.3.1 Gestione dei rifiuti urbani ed economia circolare 122

3.3.2 Le aree verdi e difesa della biodiversità 124

3.3.3 La transizione energetica e le fonti rinnovabili 127

3.3.4 Gli incentivi alle fonti rinnovabili 129

3.4 Povertà energetica 131

3.4.1 La misurazione della povertà energetica 133

3.4.2 Misure di contrasto alla povertà energetica: il bonus sociale 136

● Genera | Differenza di genere nell'orientamento verso l'ambiente 138

● Generazioni | Le giovani generazioni e l'ambiente 140

● Terriori | La dimensione territoriale della transizione ecologica 142

CAPITOLO 1 | L'ITALIA TRA EREDITÀ DEL PASSATO E INVESTIMENTI PER IL FUTURO 13

1.1 La situazione economica del Paese 15

1.1.1 Lo scenario internazionale 15

1.1.2 Il quadro macroeconomico nazionale 17

1.1.3 Le prospettive di crescita di breve periodo dell'economia italiana 26

1.1.4 La finanza pubblica 28

1.2 Il quadro demografico 30

1.2.1 L'inverso demografico viene da lontano 31

1.2.2 La fecondità è sempre più bassa e tardiva 32

1.2.3 L'evoluzione recente della sopravvivenza 34

1.2.4 La dinamica migratoria interna e internazionale 36

1.2.5 Prosegue l'invecchiamento della popolazione 37

1.3 Le determinanti socio-economiche della crescita 40

1.4 Le nuove generazioni come motore della crescita futura 43

1.4.1 Le vulnerabilità dei giovani 43

1.4.2 La spesa pubblica per i giovani 47

1.4.3 Adulti e giovani: informazioni di contesto per il PNRR 50

● Genera | Donne e minori migranti 55

● Generazioni | Gli squilibri tra generazioni si differenziano sul territorio 57

● Terriori | Il Mezzogiorno tra divari persistenti e investimenti nelle nuove generazioni 59

CAPITOLO 4 | IL SISTEMA PRODUTTIVO TRA RESILIENZA E INNOVAZIONE 147

4.1 Aspetti strutturali e resilienza delle imprese 149

4.1.1 Imprese, produttività e investimenti: l'Italia nel contesto europeo 149

4.1.2 L'impatto della crisi energetica sul sistema produttivo 155

4.1.3 La resilienza alle crisi pandemiche delle imprese internazionalizzate 159

4.1.4 Le esportazioni nazionali all'uscita dall'emergenza sanitaria 163

4.2 L'innovazione come risposta alle crisi e fattore di competitività 167

4.2.1 La performance economica delle imprese innovative 168

4.2.2 Incentivi pubblici e investimenti delle imprese in R&S 170

4.3 Le imprese e lo sviluppo sostenibile 174

4.3.1 Pratiche sostenibili dalle imprese 175

4.3.2 L'approccio delle imprese alla transizione ecologica 176

4.3.3 L'innovazione e gli investimenti in sostenibilità nelle imprese agricole 178

● Genera | L'imprenditoria femminile 180

● Generazioni | L'imprenditorialità giovanile 182

● Terriori | L'evoluzione del sistema produttivo italiano prima e all'inizio della pandemia: un'analisi su dati comunali 184

Glossario 189

<https://www.istat.it/it/archivio/285017>



19.07.2023

Monitoraggio della Spesa Farmaceutica Nazionale e Regionale Gennaio-Dicembre 2022 Consuntivo

Adempimento AIFA ai sensi della Legge 222/2007 e della Legge 135/2012, successivamente modificata dalla L. 232/2016 e dalla L. 145/2018 condotto sulla base dei dati di spesa convenzionata e delle DCR acquisite dalle Regioni, nonché dei dati acquisiti dall'NSIS del Ministero della Salute, relativi alla tracciabilità del farmaco (DM 15 luglio 2004).

<https://www.aifa.gov.it/monitoraggio-spesa-farmaceutica>



COVID-19 Weekly Epidemiological Update

Edition 149 published 29 June 2023

In this edition:

- Global overview
- Hospitalizations and ICU admissions
- SARS-CoV-2 variants of interest and variants under monitoring
- WHO regional overviews

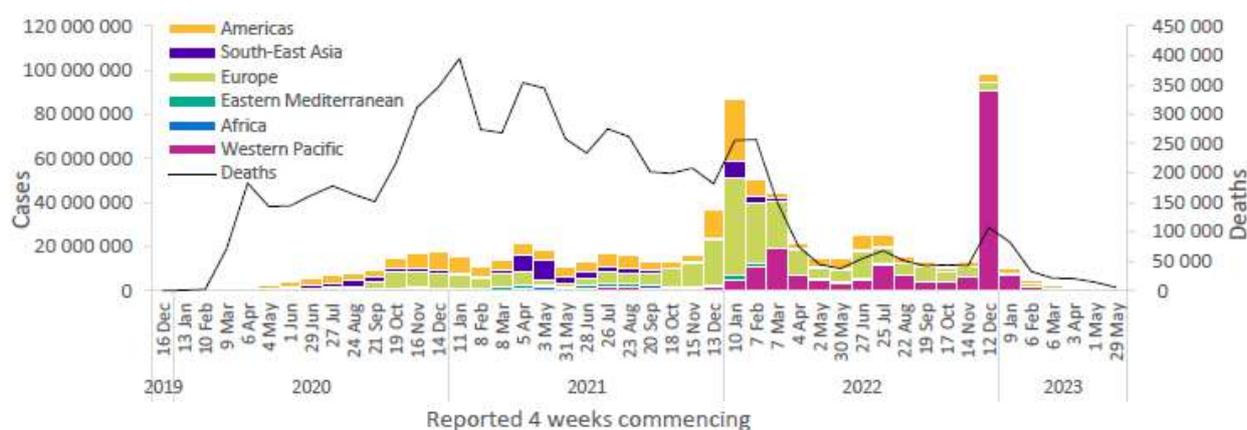
Global overview

Data as of 25 June 2023

A livello globale, negli ultimi 28 giorni (dal 29 maggio al 25 giugno 2023) sono stati segnalati oltre un milione di nuovi casi e oltre 5700 decessi (Figura 1, Tabella 1). Mentre cinque regioni dell'OMS hanno riportato diminuzioni sia dei casi che dei decessi, la regione africana ha riportato una diminuzione dei casi ma un aumento dei decessi. Al 25 giugno 2023, sono stati segnalati a livello globale oltre 767 milioni di casi confermati e oltre 6,9 milioni di decessi.

I casi segnalati non sono una rappresentazione accurata dei tassi di infezione a causa della riduzione dei test e delle segnalazioni a livello globale. Durante questo periodo di 28 giorni, solo il 62% (146 su 234) dei paesi e territori ha segnalato almeno un caso, una percentuale in calo dalla metà del 2022. Inoltre, i dati delle settimane precedenti vengono continuamente aggiornati per incorporare modifiche retrospettive nei casi di COVID-19 segnalati e nei decessi effettuati dai paesi. I dati presentati in questo rapporto sono quindi incompleti e dovrebbero essere interpretati alla luce di queste limitazioni.

Figure 1. COVID-19 cases reported by WHO Region, and global deaths by 28-day intervals, as of 25 June 2023**



**See Annex 1: Data, table, and figure note

Alcuni paesi continuano a segnalare carichi elevati di COVID-19, inclusi aumenti di nuovi casi segnalati e, cosa più importante, aumenti di ricoveri e decessi, questi ultimi considerati indicatori più affidabili data la riduzione dei test.

Presentiamo i cambiamenti nelle tendenze epidemiologiche utilizzando un intervallo di 28 giorni. I dati disaggregati sono ancora accessibili sulla dashboard COVID-19 dell'OMS, dove è possibile scaricare l'intero set di dati. I dati globali e nazionali sulla percentuale di positività alla SARS-CoV-2 PCR sono disponibili sul dashboard integrato dell'OMS fornito dal Global Influenza Program.

A livello regionale, il numero di nuovi casi segnalati di 28 giorni è diminuito in tutte e sei le regioni dell'OMS: la regione del Mediterraneo orientale (-75%), la regione del sud-est asiatico (-73%), la regione delle Americhe (-66%), la Regione Europea (-57%), la Regione del Pacifico Occidentale (-35%) e la Regione Africana (-12%). Il numero di nuovi decessi segnalati in 28 giorni è diminuito in cinque regioni: la regione delle Americhe (-68%), la regione del Mediterraneo orientale (-63%), la regione europea (-62%), la regione del sud-est asiatico (-56%) e la regione del Pacifico occidentale (-43%); mentre i nuovi decessi segnalati sono aumentati nella regione africana (+20%).

A livello nazionale, i numeri più elevati di nuovi casi di 28 giorni sono stati segnalati dalla Repubblica di Corea (371.513 nuovi casi; -22%), Australia (111.543 nuovi casi; -21%), Brasile (77.022 nuovi casi; -41%), Francia (45.306 nuovi casi; -55%) e Singapore (40.531 nuovi casi; -56%). I numeri più alti di nuovi decessi in 28 giorni sono stati segnalati dal Brasile (1055 nuovi decessi; -10%), dalla Federazione Russa (517 nuovi decessi; -16%), dall'Australia (343 nuovi decessi; -53%), dall'Italia (342 nuovi decessi; -53%), nuovi decessi; -48%) e Francia (285 nuovi decessi; -58%).

Table 1. Newly reported and cumulative COVID-19 confirmed cases and deaths, by WHO Region, as of 25 June 2023**

WHO Region	New cases in last 28 days (%)	Change in new cases in last 28 days *	Cumulative cases (%)	New deaths in last 28 days (%)	Change in new deaths in last 28 days *	Cumulative deaths (%)
Western Pacific	650 024 (63%)	-35%	204 508 315 (27%)	1 018 (18%)	-43%	413 895 (6%)
Europe	199 624 (19%)	-57%	275 679 854 (36%)	2 310 (40%)	-62%	2 242 952 (32%)
Americas	137 590 (13%)	-66%	193 094 953 (25%)	1 896 (33%)	-68%	2 956 943 (43%)
South-East Asia	24 400 (2%)	-73%	61 188 565 (8%)	421 (7%)	-56%	806 434 (12%)
Africa	6 773 (1%)	-12%	9 540 096 (1%)	24 (<1%)	20%	175 396 (3%)
Eastern Mediterranean	5 725 (1%)	-75%	23 383 754 (3%)	82 (1%)	-63%	351 341 (5%)
Global	1 024 136 (100%)	-49%	767 396 301 (100%)	5 751 (100%)	-61%	6 946 974 (100%)

*Percent change in the number of newly confirmed cases/deaths in the past 28 days, compared to 28 days prior. Data from previous weeks are updated continuously with adjustments received from countries.

**See Annex 1: Data, table, and figure notes

<https://covid19.who.int/>

A PROPOSITO DI SOSTENIBILITÀ

La programmazione nazionale e organica del Ssn è essenziale per rilanciare il sistema salute, R.Polillo, M. Tognetti, quotidiano sanita.it

di Roberto Polillo, Mara Tognetti

Le disuguaglianze di salute hanno alla loro base determinanti a partire da quelli politici e la differenza operativa che pur esiste fra le Regioni può essere superata non tanto con lo strumento del commissariamento è tanto meno con l'autonomia differenziata ma con il loro coinvolgimento già a partire dalla programmazione degli interventi, cioè nella costruzione del disegno organico degli obiettivi di salute da perseguire e come raggiungerli.

17 LUG -

I contributi che QS ha ospitato più recentemente (Iorio, Maffei e altri) mettono al centro, con declinazioni differenti, il tema di una programmazione organica del SSN che abbiamo, in più occasioni, indicato fra gli elementi essenziali per una rivisitazione del SSN e del suo rilancio.

Perché serve un piano sanitario nazionale

Uno strumento di indirizzo generale e a livello nazionale, organico e che sviluppi gli ampi pilastri della salute: prevenzione, promozione della salute, cura, riabilitazione, governance del sistema, personale, è essenziale per indicare dove si vuole andare, quali strade percorrere e quali attrezzature adottare.

Ovviamente non ci leghiamo a questioni nominalistiche, se le definizioni vecchie possono suscitare resistenze nei nuovi decisori. La questione è raggiungere l'obiettivo nel modo migliore attraverso uno strumento organico che orienti i diversi attori del sistema salute, sia al suo livello regionale che locale. Si deve aggiungere inoltre che solo una programmazione nazionale e il suo strumento di indirizzo può porre le condizioni per un monitoraggio e una valutazione periodica del sistema stesso.

Una regia organica e leggera

Qui il contributo di AGENAS e della Conferenza Stato Regione assume un ruolo principe con le loro competenze tecniche e tecnico politiche.

I diversi piani finora elaborati, e ricordati da Maffei, hanno significato solo se stanno dentro ad una programmazione complessiva; una pianificazione a valenza nazionale che venga declinata per particolari criticità con azioni più articolate, ma senza mettere in secondo piano lo scenario e quindi le variabili e i vincoli complessivi (la visione) della salute delle persone e della loro implementazione organizzativa e operativa. Abbiamo agenzie preposte che in generale hanno ben lavorato ma che potrebbero essere affiancate produttivamente per questioni specifiche da centri studi, Università o centri che in generale fanno della salute il loro tema di ricerca e di studio.

La cultura della salute e le disuguaglianze crescenti in campo cognitivo

L'appropriazione da parte dei cittadini della cultura della salute passa attraverso un percorso di costante formazione e sensibilizzazione degli individui e degli attori tutti del bene comune salute. Una assoluta necessità in un paese in cui alle disuguaglianze di salute si aggiungono quelle, purtroppo crescenti, dei livelli di istruzione. Eloquenti in tale senso gli esiti degli Invalsi 2023 che dimostrano come nel confronto nel tempo degli esiti della scuola primaria ci sia un indebolimento dei risultati in tutte le discipline osservate e come nelle classi superiori un maturando su due non raggiunga le competenze minime in italiano e matematica. Una condizione più forte nel meridione con effetti moltiplicatori sui futuri esiti di salute complessiva come dimostrato da molteplici e importanti studi epidemiologici attestanti una correlazione diretta tra outcome di salute e livello di istruzione

La formazione nei sistemi organizzativi

La formazione e aggiornamento del personale è elemento essenziale in qualsiasi sistema organizzativo ma lo è maggiormente in un contesto istituzionale in cui i cittadini non sono meri clienti ma attori fondamentali del loro stare bene. Tale principio non basta se non vi è una cultura diffusa dell'importanza della salute nella vita degli individui (indipendentemente dal ruolo di politici, di programmatori o di cittadini) e nell'economia di un Paese. Una cultura della salute dunque è un argine importante all'incremento delle disuguaglianze in generale e in particolare nella salute.

Professionisti e competenze

Ovviamente concordiamo con Iorio che non vi sono figure professionali che hanno il diritto esclusivo di occuparsi della salute (personale sanitario) ma vi sono professionisti e competenze altre imprescindibili per una buona programmazione ed una buona pratica di salute. Ringraziamo Iorio per aver ricordato l'importante ruolo dei sociologi ed in particolare i sociologi della salute, e non solo perché noi apparteniamo a questa particolare categoria di professori, ma ovviamente non possiamo sottovalutare i contributi di colleghi epidemiologi, psicologi, statistici, ecc.

La programmazione organica leggera di livello nazionale presuppone sguardi e competenze diverse, specialmente in una società in transizione chiamata a nuove e molteplici sfide a partire da quelle climatiche, ma anche a quella dell'invecchiamento della popolazione, ecc.

Rinunciare all'autonomia differenziata

L'abbandono da parte degli ex presidenti della Corte Costituzionale Giuliano Amato e Franco Gallo, dell'ex presidente del Consiglio di Stato Alessandro Pajno e dell'ex ministro della Funzione pubblica Franco Bassanini del comitato per l'individuazione dei Lep (Liveli essenziali delle prestazioni) dovrebbe indurre il Presidente Meloni a rinunciare al progetto sull'autonomia differenziata.

Impresa non difficile per chi è erede politico di Giorgio Almirante di cui è nota la posizione di forte contrasto all'istituzione delle stesse regioni perché queste sarebbero state solo dei "carrozzi clientelari e di potere".

Ora è ancora più chiaro con l'abbandono di 4 importanti civil servant che questo progetto, oltre ad essere tecnicamente irrealizzabile, si tradurrebbe in una frammentazione del nostro Paese invertendo quel faticoso processo che con il Risorgimento ci portò nel 1870 allo Stato unitario. Vogliamo solo ricordare che allora solo l'8% della popolazione era in grado di parlare Italiano e che oggi i livelli di comprensione di un testo scritto da parte degli studenti specie del Meridione sono altrettanto allarmanti!

Conclusioni

Crediamo e in questo senso sollecitiamo ancora una volta il Ministro Schillaci a valorizzare le differenti competenze in modo sistematico e non attraverso slogan al fine di disegnare e "manutenere" una programmazione del sistema sanitario nazionale organica da realizzare anche con azioni o piani di settore. Un processo di elaborazione che sarà di aiuto anche a quei politici meno avveduti o meno attrezzati per riconoscere la centralità della salute e quindi del suo sistema di Governance per un Paese.

Una programmazione nazionale organica che si chiami Piano Sanitario Nazionale o in altro modo sarà poi fondamentale per orientare e sviluppare anche un sano principio competitivo o di isomorfismo organizzativo, per meglio dire, fra Regioni che erroneamente continuiamo a distinguere fra virtuose o meno ma che non sono altro che contesti territoriali con proprie specificità: Non mettendo mai in secondo piano che tutte debbono perseguire il bene salute poiché non esistono o meglio non dovrebbero esistere cittadini di serie A e di serie B. Le disuguaglianze di salute hanno alla loro base determinanti a partire da quelli politici e la differenza operativa che pur esiste fra le Regioni può essere superata non tanto con lo strumento del commissariamento è tanto meno con l'autonomia differenziata ma con il loro coinvolgimento già a partire dalla programmazione degli interventi, cioè nella costruzione del disegno organico degli obiettivi di salute da perseguire e come raggiungerli.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115564

Laurea in medicina: un investimento che torna a essere rischioso?

Mario Del Vecchio, *DMSC Università di Firenze, Cergas SDA Bocconi Milano*

26 LUG -

Gentile direttore,

in questi giorni 80.000 giovani sono stati impegnati in un processo di selezione che assegnerà i 15.000 accessi ai corsi di laurea in medicina, accessi che diventeranno, questo è l'annuncio, 20.000 il prossimo anno accademico. In quasi tutti i paesi l'accesso ai corsi di laurea per le professioni sanitarie, e quella medica in particolare, è soggetto, in varie forme, a politiche di "numero chiuso".

Le ragioni sono molteplici, ma la necessità di assicurare la qualità del processo formativo, l'entità delle risorse che devono essere impegnate e l'effetto che la disponibilità di professionisti inevitabilmente genera sulla domanda di prestazioni sono tra quelle più spesso citate a sostegno di tali politiche.

Se guardiamo alle iscrizioni a medicina, che nella maggior parte dei casi rappresentano solo la parte iniziale di un percorso formativo più lungo (specialità, scuole di medicina generale), le decisioni prese nel nostro paese e le politiche dichiarate non possono che sollevare qualche perplessità.

Per quasi un decennio, a partire dal 2009, i posti banditi si sono attestati intorno a 10.000, segnando, peraltro, un deciso aumento rispetto alla media del periodo precedente (7.500). A partire dall'anno accademico 2019/20 è iniziata una progressione impressionante che ha portato ai 15.000 posti messi a bando negli ultimi due anni e ai 20.000 preannunciati.

Il tema è se tale progressione ha un qualche senso. Dovrebbe essere superfluo segnalare l'inconsistenza logica di un ragionamento che nel dibattito pubblico ha spesso accompagnato le decisioni sui numeri: "mancano i medici e, quindi, aumentiamo i posti a medicina".

Semplificando al massimo, le decisioni di oggi sono destinate a produrre i loro effetti tra circa un decennio, quando la maggior parte degli iscritti termineranno il loro corso di studi.

Si tratta di una tipica situazione "long fuse, big bang", accendiamo oggi (2023) una miccia che non possiamo più spegnere, con una esplosione collocata in un futuro relativamente lontano (2033), ma di cui conosciamo già oggi alcuni elementi.

Se per certi versi è incerto quale modello di sanità potrà effettivamente consegnarci l'innovazione tecnologica, ad esempio intelligenza artificiale e telemedicina, quanti medici usciranno dal sistema è molto meno incerto. Secondo Eurostat i medici attivi (operanti nel pubblico e nel privato) che nel 2021 si trovavano nella fascia di età 45 – 54 anni erano circa 42.000 contro i 72.000 della fascia 55 – 64. Gli iscritti all'albo (attivi e non attivi) nelle medesime fasce erano rispettivamente 55.000 e 83.000.

Questi numeri indicano inequivocabilmente che nel decennio 33 – 42 le uscite di medici dal sistema si ridurranno notevolmente e che nello scenario peggiore 20.000 medici che entrerebbero nel sistema in un solo anno potrebbero rappresentare da soli circa la metà dei fabbisogni di un intero decennio.

Più realisticamente nel decennio 33-42 potrebbero uscire circa 60/70 mila medici e rispetto a tali volumi andrebbero formulate scelte responsabili.

La responsabilità andrebbe esercitata innanzitutto nei confronti dei futuri pazienti. Non è possibile immaginare che un sistema formativo (laurea in medicina, ma anche scuole di specializzazione) possa sopportare nell'arco di un quinquennio un raddoppio degli studenti mantenendo quei livelli di qualità che i numeri chiusi intendevano garantire.

Poiché aumenti sostenuti e prolungati nel numero di studenti mettono in moto processi di adeguamento nelle risorse (docenti e strutture) che permangono nel tempo, la responsabilità nei confronti della collettività imporrebbe una riflessione su cosa ne faremo di quegli investimenti e di quei costi quando dovremo bruscamente ridurre i livelli di attività, da 15/20 mila a 6/7 mila immatricolazioni annue.

C'è, infine, una responsabilità nei confronti dei giovani che intraprendono un impegnativo percorso di studi e le loro famiglie. Il numero chiuso è un settore, come quello sanitario, con una prevalente presenza pubblica rassicurano giovani e famiglie rispetto alla bontà di un investimento di lungo periodo e ai suoi ritorni. Se l'investimento torna a essere, come ai tempi della "plethora medica", rischioso, come minimo gli investitori andrebbero avvisati.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=115808



Al punto di rottura o già rotto? Il Servizio Sanitario Nazionale nel Regno Unito. David J. Hunter, MB, BS, F.Med.Sci.

8 luglio 2023

DOI: 10.1056/NEJMp2301257

“Crisi”, “collasso”, “catastrofe”: questi sono i descrittori comuni dei recenti titoli sul Servizio Sanitario Nazionale (NHS) nel Regno Unito. Nel 2022, il NHS avrebbe dovuto iniziare la sua ripresa dall'essere percepito come un servizio solo per Covid ed emergenze durante alcune parti del 2020 e del 2021. Durante tutto l'anno, tuttavia, i medici hanno avvertito di una crisi in arrivo nell'inverno dal 2022 al 2023. La crisi è puntualmente arrivata.

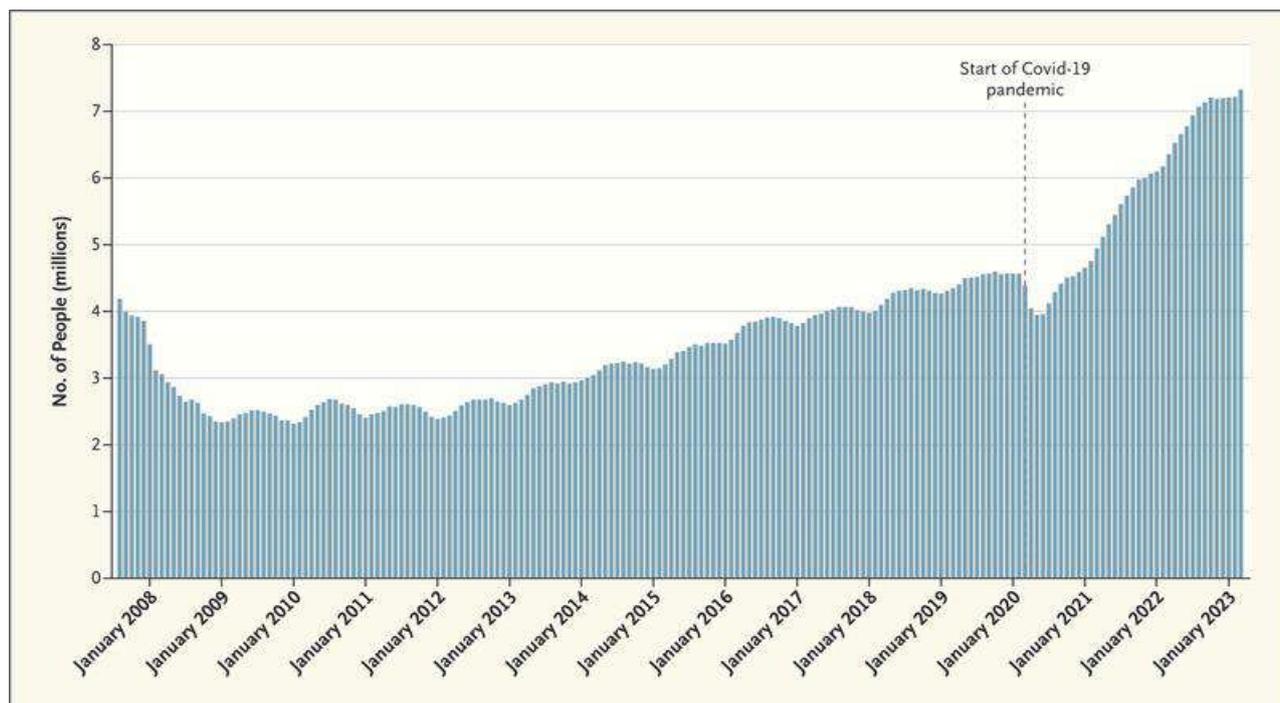
Per gran parte di dicembre 2022 e gennaio 2023, i resoconti dei media hanno mostrato ambulanze in fila fuori dagli ospedali, impossibilitate a consegnare i loro pazienti; pazienti che giacciono a casa con anche fratturate, incustoditi dalle ambulanze; tempi di attesa in Pronto Soccorso superiori alle 12 ore; e corridoi ospedalieri affollati di pazienti impossibilitati ad essere ricoverati.

Il Royal College of Emergency Medicine ha stimato a dicembre che da 300 a 500 persone morivano ogni settimana a causa di questi ritardi. Gli operatori delle ambulanze e gli infermieri hanno tenuto i loro primi scioperi in 30 anni su salari e condizioni.

A metà marzo, metà aprile e metà giugno, i giovani medici hanno tenuto scioperi di 3 o 4 giorni e i medici anziani hanno programmato azioni simili. Centinaia di migliaia di operazioni e appuntamenti sono stati annullati.

Iscriviti per avvisi e aggiornamenti

Rimani aggiornato sui contenuti pertinenti del *New England Journal of Medicine* con avvisi e-mail gratuiti.



Numero di persone in lista d'attesa del Servizio Sanitario Nazionale per l'assistenza elettiva guidata da un consulente, da agosto 2007 a marzo 2023.

Sullo sfondo di questa crisi acuta, le liste di attesa per la consultazione specialistica sono cresciute e ora superano i 7 milioni di pazienti (in un paese di 66 milioni di persone), rispetto ai 4,4 milioni di prima della pandemia (vedi grafico).

C'è un consenso sostanziale sulle cause di queste crisi, anche se diversi esperti valutano diversamente i fattori contribuenti.

Il contributo principale è il sotto investimento a lungo termine nei servizi sanitari. Il Regno Unito ha aderito all'ortodossia del sistema sanitario nel ridurre le spese gestendo un sistema "just-in-time" con un'elevata occupazione dei letti d'ospedale. Il numero di posti letto ospedalieri notturni per 1000 abitanti è diminuito di circa il 10% tra il 2010-2011 e il 2019-2020, mentre il numero di posti letto diurni è aumentato di circa il 13%. In termini di posti letto per 1000 abitanti, il Paese si colloca al secondo posto tra i 24 paesi europei, con 2,4 posti letto contro una media di 5,0 (e 7,8 in Germania).² La resilienza minima incorporata nel sistema ha reso inevitabile il grande impatto di un aumento dei ricoveri legati alla pandemia.

Secondo la Banca mondiale, la spesa per il sistema sanitario del Regno Unito è passata dal 7,0% al 9,8% del prodotto interno lordo tra il 2000 e il 2009, per poi stabilizzarsi al 10,2% nel 2019, durante la "politica di austerità" dell'attuale partito al governo. La spesa sanitaria pro capite del paese è inferiore di circa il 18% rispetto alla mediana di 14 paesi europei.

Sebbene il governo abbia aumentato la spesa sanitaria durante la pandemia, e di nuovo negli ultimi mesi nel tentativo di ridurre le liste di attesa, stiamo imparando di nuovo la lezione che gli effetti di un decennio di investimenti insufficienti non possono essere rapidamente annullati. Alcuni dei finanziamenti aggiuntivi a breve termine vengono dirottati per pagare il personale delle agenzie locali più costoso e altre soluzioni provvisorie.

La dipendenza del servizio sanitario nazionale dalle case di cura e dalle strutture di assistenza agli anziani è un altro contributo chiave alla crisi.

La carenza di posti letto negli ospedali deriva in parte dal "bed blocking", causato dall'indisponibilità di posti letto nelle strutture di assistenza agli anziani per i pazienti idonei alla dimissione. A gennaio, tali pazienti occupavano circa un letto per acuti su sette, il che ha causato lunghi ritardi di ricovero. Diversi rapporti hanno avvertito che il sistema di assistenza agli anziani è inadeguato a causa delle basse tasse pagate per i residenti finanziati dal governo e deve affrontare una crisi della forza lavoro.

I gestori riferiscono di temere l'apertura di un nuovo supermercato locale perché la sua paga oraria sarà superiore a quella che possono pagare al personale. E una popolazione più anziana richiede più cure NHS e più risorse dal sistema di assistenza agli anziani.

La crisi riflette anche la domanda creata da una popolazione più malata, dall'influenza stagionale e dalla pandemia di Covid-19. La prevalenza di ipertensione e ipercolesterolemia non diagnosticate e sottotrattate è alta nel Regno Unito, che ha anche la più alta prevalenza di obesità tra i grandi paesi europei, oneri che aumentano la domanda per il SSN.

Una stagione influenzale precoce e grave è stata un punto di svolta questo inverno.

Il Covid-19 persiste e in alcuni giorni all'inizio di gennaio più di 12.000 pazienti ricoverati avevano confermato infezioni da Covid-19, non molto meno dei 20.000 pazienti ricoverati al culmine della prima ondata a metà aprile 2020, sebbene il Covid-19 quotidiano e la mortalità era inferiore del 90%.

Nel frattempo, la forza lavoro è inadeguata ed esausta. Come gli Stati Uniti, il Regno Unito forma solo una frazione degli operatori sanitari di cui ha bisogno, ammesso che possa importare il resto. Sorprendentemente, dal 2014, il numero di chirurghi cardiotoracici nel Regno Unito che inizialmente si sono formati altrove in Europa ha superato il numero di quelli formati a livello nazionale.³ La Brexit ha in parte invertito questa tendenza, riducendo l'afflusso di operatori sanitari europei, in particolare infermieri, a partire da ben prima della pandemia.

Negli ultimi 10 anni, i salari degli infermieri del Regno Unito sono diminuiti di circa il 10% in termini reali, contribuendo a prepensionamenti e dimissioni.

Gli stipendi reali dei giovani medici sono diminuiti di oltre il 25%. Nell'assistenza primaria in Inghilterra, il numero di medici generici qualificati (GP) per 1000 abitanti è sceso da 0,52 nel 2015 a 0,44 nel 2023, mentre il numero medio di pazienti per GP è aumentato del 17%.⁴ Inoltre, più di due terzi dei tirocinanti di medicina

generale prevedono che non lavoreranno a tempo pieno un anno dopo aver terminato la formazione, adducendo carichi di lavoro ingestibili.

La risposta a breve termine del governo del Regno Unito è quella di eliminare gli operatori sanitari dei paesi a basso reddito che non possono permettersi di perdere il personale che hanno formato a costi considerevoli. Un piano della forza lavoro pubblicato all'inizio di luglio richiederà anni per concretizzare nuovo personale e non affronta le cause immediate degli scioperi.

Le idiosincrasie occupazionali hanno esacerbato queste tendenze. Il sistema fiscale del Regno Unito penalizza i lavoratori una volta che accumulano 1 milione di sterline nel loro "fondo pensione".

Dal momento che molti medici raggiungono questo importo sulla cinquantina e poiché i dipendenti del SSN devono contribuire con una percentuale fissa del reddito ai propri risparmi pensionistici, l'unico modo per evitare sanzioni fiscali punitive è guadagnare di meno, ritirando il proprio lavoro dal sistema ben prima che raggiungere un'età pensionabile standard.

Le modifiche alle regole pensionistiche annunciate nel marzo 2023 potrebbero rallentare questo esodo, ma ci vorranno anni per arrivare alla clinica.

Infine, il burnout e il morale basso dovuti all'esaurimento legato alla pandemia, combinati con il calo dei salari reali, hanno portato a una diminuzione della percentuale di personale che si sente adeguatamente riconosciuto e ricompensato e che raccomanderebbe il NHS come luogo di lavoro.

Anche se l'azione di sciopero è l'ultima risorsa per la maggior parte degli operatori sanitari, il governo ha caratterizzato le rivendicazioni salariali dei lavoratori del SSN come una ricetta per l'inflazione piuttosto che riconoscere il legittimo problema del calo dei salari reali, minando ulteriormente il morale.

Non sorprende che la fiducia del pubblico nel NHS sia diminuita drasticamente. Il tacito accordo tra l'NHS e i residenti del Regno Unito era che, nonostante un certo razionamento delle cure, le differenze regionali nella disponibilità dei servizi e i locali spesso obsoleti e poco brillanti, in caso di emergenza medica, un'ambulanza sarebbe arrivata prontamente e ad alta -assistenza di qualità sarebbe disponibile in un ospedale senza che nessuno richieda una tessera assicurativa.

Quell'accordo è stato rotto e la soddisfazione per il servizio è ai minimi storici.

Tuttavia, la maggioranza degli intervistati sostiene gli operatori sanitari in sciopero, riconoscendo che i loro stipendi non sono all'altezza del costo della vita e che le condizioni di lavoro sono spesso intollerabili.

A molti britannici l'intero sistema sembra rotto, ma c'è poco consenso su come ripararlo.

Entrambi i principali partiti politici concordano sul fatto che l'aumento dei finanziamenti governativi non è l'unica soluzione e chiedono "riforme" del SSN, ma non sono d'accordo sulla forma di tali riforme. Il NHS ha subito molti cicli di riforme strutturali senza raggiungere un equilibrio sostenibile.

Il governo conservatore è accusato di sottofinanziare deliberatamente il servizio sanitario nazionale per costringere i pazienti a ricorrere all'assistenza sanitaria privata e inaugurare un sistema a due livelli. Se questa è l'intenzione, ignora il fatto che sebbene il capitale privato possa sostenere la costruzione di più strutture, la maggior parte del personale clinico verrebbe addestrato per molti anni nel NHS, il che renderebbe il personale un gioco a somma zero.

Vi è un ampio consenso sul fatto che sia urgentemente necessaria una migliore integrazione dell'assistenza primaria con l'assistenza ospedaliera e sociale, insieme a sistemi di cartelle cliniche meglio integrati e un'attenzione particolare alla prevenzione delle malattie.

Tuttavia, l'intero sistema sanitario si sente in attesa di un cambio di governo, senza molta fiducia che un nuovo governo possa fornire i finanziamenti aggiuntivi necessari per l'integrazione, la ristrutturazione degli ospedali e l'espansione della forza lavoro.

Lo stato del servizio sanitario nazionale crea molta miseria tra i pazienti e frustrazione tra gli operatori sanitari già esausti.

E dovrebbe interessarsene anche il resto del mondo: 75 anni fa il Regno Unito è diventato il primo grande Paese a rendere i servizi sanitari "gratuiti presso il punto di cura" e pagati con la tassazione collettiva, e il NHS è diventato il modello per molti altri sistemi che cercano di rimuovere la motivazione del profitto dall'assistenza sanitaria in nome dell'equità e del controllo dei costi.

Come va il NHS, così va questo paradigma.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2301257?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BJPD2OsJhc0XsXWG5nPJZ5xz487HXtPZCjk%2F0s4jef7upRCVGSwi96%2F49O228wfZXU9CW>

[qV96%2B7U1DUi%2FVrtt7tZ4kMrOQPd8QUVUC7f4cqj%2BvIDfmycbBq3s6m9pdOO0iP7NmNM89Hcb7D3m93Hj0VOOFamU6Rldzu9q1oExnSHhfbWnRnjAGbv6AJ6kfx16G5BvhIDIj6Q%3D%3D&cid=NEJM+Weekend+Briefing%2C+July+8%2C+2023+DM2259601_NEJM_Non_Subscriber&bid=1665071986](https://www.nejm.it/it/News/2023/07/2023-07-20-NEJM-Non-Subscriber-Weekend-Briefing-2023-DM2259601-NEJM-Non-Subscriber&bid=1665071986)

SCENARIO SSN

*Gimbe: “La Sanità va esclusa dalle materie oggetto dell’Autonomia differenziata”
quotidiano [sanita.it](https://www.sanita.it)*

È la proposta della Fondazione presieduta da Nino Cartabellotta che ha analizzato gli ultimi dati del monitoraggio Lea del ministero della Salute concludendo che l’Autonomia differenziata, così come prospettata dal ddl Calderoli, non farà che acuire le già enormi differenze esistenti tra i servizi sanitari delle diverse Regioni in termini di qualità e disponibilità di servizi.

25 LUG - L’Autonomia differenziata, così come prospettata dal ddl Calderoli, non farà che acuire le già enormi differenze esistenti tra i servizi sanitari delle diverse Regioni in termini di qualità e disponibilità di servizi: ne è convinta la Fondazione Gimbe anche alla luce dei dati dell’ultimo monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza effettuato dal Ministero della Salute.

“Secondo il Ddl Calderoli sull’autonomia differenziata – scrive Gimbe in una nota - le materie per le quali sono necessari livelli essenziali di prestazioni (LEP) non possono essere trasferite dallo Stato alle Regioni prima della definizione stessa dei LEP, al fine di garantire in tutto il territorio nazionale un livello di prestazioni minime, evitando che il trasferimento di competenze alle più ricche Regioni del Nord determini un peggioramento dei servizi per i cittadini del Sud”.

“Tuttavia, qualche giorno fa il Comitato per l’individuazione dei LEP – sottolinea **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione GIMBE – ha suggerito una pericolosa scorciatoia per la sanità, per la quale non sarebbe necessario definire i LEP in quanto già esistono i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). LEA che, nonostante la loro definizione nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l’applicazione di piani di rientro e commissariamenti, di fatto non sono esigibili in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, con grandi disequaglianze tra Nord e il Sud”.

Un gap che – osserva Gimbe - “sarà inevitabilmente destinato ad aumentare se verranno assegnate maggiori autonomie alle più ricche Regioni del Nord, ragion per cui in Commissione Affari Costituzionali del Senato la Fondazione GIMBE ha richiesto di espungere la sanità dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie”.

A seguito della recente pubblicazione del “Monitoraggio dei LEA attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia” da parte del Ministero della Salute, la Fondazione GIMBE - spiega il Presidente - “ha effettuato alcune analisi sia per stimare l’entità dell’attuale frattura Nord-Sud nel garantire il diritto costituzionale alla tutela della salute e dei conseguenti rischi di questa “sanatoria” proposta dal Comitato LEP, oltre che per valutare la resilienza e la capacità di ripresa dei servizi sanitari regionali nel secondo anno della pandemia”.

“Si tratta di una vera e propria “pagella” per i servizi sanitari regionali – afferma Cartabellotta – che identifica quali Regioni sono promosse (adempienti), pertanto meritevoli di accedere alla quota di finanziamento premiale, e quali bocciate (inadempienti)”.

Le Regioni inadempienti vengono sottoposte ai Piani di rientro, che prevedono uno specifico affiancamento da parte del Ministero della Salute, che nelle situazioni più critiche può arrivare sino al commissariamento.

Dal 2020 la “Griglia LEA” è stata sostituita da 22 indicatori CORE del Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), suddivisi in tre aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

In ogni area le Regioni possono ottenere un punteggio tra 0 e 100 e vengono considerate adempienti se raggiungono almeno 60 punti in tutte le tre aree; invece, se il punteggio è inferiore a 60 anche in una sola area la Regione risulta inadempiente. “Considerato che il 2021, come il 2020, è stato segnato dall’emergenza pandemica – precisa il Presidente – il monitoraggio dell’erogazione dei LEA è stato effettuato dal Ministero della Salute solo a scopo di valutazione e informazione, senza impatto sulla quota premiale”.

Adempimenti LEA 2021.

Rispetto al 2020 le Regioni adempienti nel 2021 salgono da 11 a 14: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. In particolare, dal 2020 al 2021 tre Regioni diventano adempienti: Abruzzo, Basilicata e Liguria. Rimangono inadempienti 7 Regioni: Campania, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano e Sicilia con un punteggio insufficiente in una sola area; Sardegna con un punteggio insufficiente in due aree; Calabria e Valle D’Aosta insufficienti in tutte le tre aree (tabella 1).

“La nuova “pagella” – commenta il Presidente – conferma anche per il 2021 il gap Nord-Sud, visto che solo Abruzzo, Puglia e Basilicata si trovano tra le 14 Regioni adempienti, peraltro con i punteggi più bassi tra quelle “promosse””.

Considerato che il Ministero della Salute non sintetizza in un punteggio unico la valutazione degli adempimenti LEA, la Fondazione GIMBE ha elaborato una classifica di Regioni e Province autonome sommando i punteggi ottenuti nelle tre aree, riportando i risultati in ordine decrescente suddivisi in quartili (tabella 2 e figura 1).

“Rispetto allo status di Regione adempiente o inadempiente – commenta Cartabellotta – il punteggio totale enfatizza ulteriormente il gap Nord-Sud: infatti, nei primi 10 posti si trovano 6 Regioni del Nord, 4 del Centro e nessuna del Sud, mentre in fondo alla classifica si collocano, ad eccezione della Valle D’Aosta, solo Regioni del Sud”.

Tabella 1. Adempimenti LEA anno 2021

Regione	Prevenzione	Distrettuale	Ospedaliera	Status
Abruzzo	77,74	68,46	69,25	Adempiente
Basilicata	79,63	64,22	63,69	Adempiente
Calabria	52,96	48,51	58,52	Inadempiente
Campania	78,37	57,52	62,68	Inadempiente
Emilia Romagna	90,73	95,96	94,5	Adempiente
Friuli Venezia Giulia	85,32	79,42	78,22	Adempiente
Lazio	80,78	77,61	77,12	Adempiente
Liguria	73,05	85,92	73,6	Adempiente
Lombardia	86,84	93,09	85,33	Adempiente
Marche	82,62	89,38	85,9	Adempiente
Molise	82,99	65,40	48,55	Inadempiente
Prov. Aut. Bolzano	51,97	68,05	80,75	Inadempiente
Prov. Aut. Trento	92,55	79,33	96,52	Adempiente
Piemonte	86,05	84,47	81,36	Adempiente
Puglia	67,85	61,66	79,83	Adempiente
Sardegna	61,63	49,34	58,71	Inadempiente
Sicilia	45,53	62,19	75,29	Inadempiente
Toscana	91,37	95,02	88,07	Adempiente
Umbria	91,97	73,64	82,31	Adempiente
Valle d’Aosta	45,31	49,31	52,59	Inadempiente
Veneto	84,63	95,6	84,65	Adempiente

Punteggio	≥ 60	< 60
-----------	------	------

Dati Ministero della Salute

Tabella 2. Punteggio totale adempimenti LEA anno 2021

Regione	Punteggio totale 2021			
Emilia Romagna	281,2			
Toscana	274,5			
Prov. Aut. Trento	268,4			
Lombardia	265,3			
Veneto	264,9			
Marche	257,9			
Piemonte	251,9			
Umbria	247,9			
Friuli Venezia Giulia	243,0			
Lazio	235,5			
Liguria	232,6			
Abruzzo	215,5			
Puglia	209,3			
Basilicata	207,5			
Prov. Aut. Bolzano*	200,8			
Campania*	198,6			
Molise*	196,9			
Sicilia*	183,0			
Sardegna*	169,7			
Calabria*	160,0			
Valle d'Aosta*	147,2			
Quartili	≤198,6	>198,6 e ≤232,6	>232,6 e ≤257,9	>257,9

*Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)

Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute

Gap 2020-2021.

La Fondazione GIMBE ha analizzato le differenze tra gli adempimenti 2020 e quelli 2021, al fine di valutare la graduale ripresa dell'erogazione dei LEA dopo lo scoppio della pandemia misurando i punteggi totali delle Regioni e le performance nazionali sui tre macro-livelli assistenziali.

Fatta eccezione per Sardegna e Valle d'Aosta che nel 2021 hanno peggiorato le proprie performance, in tutte le altre Regioni dopo lo "stress test" del 2020, i punteggi LEA sono aumentati, seppur in maniera differente. In Basilicata, Liguria, Lombardia e Calabria di oltre 30 punti; nella Provincia Autonoma di Bolzano, Molise, Abruzzo, Campania tra 20 e 30 punti; in Umbria, Toscana, Friuli Venezia Giulia e Marche tra 10 e 19 punti; in Piemonte, Lazio, Provincia Autonoma di Trento, Sicilia, Emilia-Romagna, Veneto e Puglia di meno di 10 punti (tabella 3). "Questi dati – commenta il Presidente – documentano da un lato, la netta ripresa di alcune Regioni (Lombardia, Liguria) colpite nel 2020 in maniera molto violenta dalla prima ondata; dall'altro, il parziale recupero di numerose Regioni inadempienti nel 2020, quasi tutte al Centro-Sud (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Molise, Provincia Autonoma di Bolzano), di cui tuttavia solo l'Abruzzo e la Basilicata diventano adempienti nel 2021".

Relativamente all’impatto della pandemia sui tre macro-livelli assistenziali, considerando tutto il territorio nazionale, nel 2021 si registra un netto miglioramento nell’area della prevenzione (+159 punti) e nell’area ospedaliera (+135 punti); al contrario l’area distrettuale nel 2021 fa rilevare un lieve peggioramento (-16 punti) (tabella 4). “Il netto miglioramento nell’area della prevenzione – spiega il Presidente – non è sufficiente a colmare il crollo (-263 punti) registrato tra il 2019 e il 2020 sia per gli esigui investimenti in quest’area, sia perché il già scarso personale in forza ai dipartimenti di prevenzione è stato impiegato in prima linea nella campagna vaccinale”

LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA

Punteggi totali anno 2021 (max 300 punti)



Punteggio >257,9

Emilia-Romagna (261,2), Toscana (274,5), Prov. Aut. di Trento (268,4), Lombardia (265,3), Veneto (264,9)

Punteggio tra 232,7 e 257,9

Marche (257,9), Piemonte (251,9), Umbria (247,9), Friuli-Venezia Giulia (243), Lazio (235,5)

Punteggio tra 198,7 e 232,6

Liguria (232,6), Abruzzo (215,5), Puglia (209,3), Basilicata (207,5), Prov. Aut. di Bolzano* (200,8)

Punteggio <198,7

Campania* (198,6), Molise* (196,9), Sicilia* (183), Sardegna* (169,7), Calabria* (160), Valle d'Aosta* (147,2)

Note:

- Le quattro categorie risultano dalla suddivisione dei punteggi in quartili.
 - *Regione inadempiente secondo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG).

“Il monitoraggio del Ministero della Salute 2021 – conclude Cartabellotta – conferma il gap strutturale tra Nord e Sud proprio nel momento in cui il Comitato LEP ritiene che in materia di salute non sia necessario definire i LEP, vista la presenza dei LEA. Questa proposta suggerisce per le maggiori autonomie in sanità una scorciatoia pericolosa, visto che il Ddl Calderoli rimane molto vago sul finanziamento oltreché sulla garanzia dei LEP secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale. Considerato che le nostre analisi sull’esigibilità dei LEA confermano anche per l’anno 2021 un enorme gap Nord-Sud, è evidente che senza definire, finanziare e garantire i LEP, le maggiori autonomie in sanità legittimeranno normativamente questa frattura, compromettendo l’uguaglianza dei cittadini di fronte al diritto costituzionale alla tutela della salute e assestando il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale”

Tabella 3. Punteggio totale adempimenti LEA: gap 2021 vs 2020

Regione	Gap 2021 vs 2020
Basilicata	35,7
Liguria	33,1
Lombardia	32,6
Calabria	30,6
Prov. Aut. Bolzano	24,6
Molise	23,7
Abruzzo	21,0
Campania	20,8
Umbria	18,1
Toscana	13,4
Friuli Venezia Giulia	12,9
Marche	12,2
Piemonte	9,5
Lazio	9,1
Prov. Aut. Trento	8,8
Sicilia	8,3
Emilia Romagna	7,4
Veneto	6,1
Puglia	2,6
Sardegna	-9,3
Valle d'Aosta	-43,1
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute	

Tabella 4. Punteggio totale nazionale adempimenti LEA: gap 2021 vs 2020

Area	2021	2020	Gap 2021 vs 2020
Prevenzione	1.590	1.431	+159
Distrettuale	1.544	1.560	-16
Ospedaliera	1.577	1.443	+135
Totale	4.711	4.433	+278
Elaborazione GIMBE su dati Ministero della Salute			

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115777

La Cisl presenta la sua “piattaforma” sanità con 16 proposte per il rilancio del Ssn e denuncia la deriva verso una pericolosa privatizzazione, quotidianosanita.it

Per la Cisl è il momento di dare vita a “un nuovo modello di welfare di comunità in grado di garantire a tutti l’accesso equo e capillare alle cure”. Ma “oggi purtroppo il SSN sta velocemente lasciando il passo alla sanità privata come dimostrato dalla spesa out of pocket che ha raggiunto 40 miliardi di euro di cui 10 miliardi intermediata dai Fondi assicurativi”. “La sanità pubblica e privata possono e devono convivere ma la seconda può solo integrare e aiutare, con contratti di convenzione, il SSN e non sostituirsi ad esso”.

14 LUG -

L’emergenza epidemiologica causata dal COVID-19 se per un verso ha evidenziato il grande valore del Servizio sanitario nazionale, per un altro ha anche messo in evidenza alcuni limiti perlopiù strutturali e di vulnerabilità. Sono infatti emerse, in maniera generalizzata, forti criticità nell’erogazione dei servizi, soprattutto in termini di prevenzione e assistenza sul territorio, tempi di attesa e grado di integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali. Criticità contrassegnate anche da significative disparità territoriali.

“Superata l’emergenza della pandemia è necessario adesso costruire un sistema “integrato” di assistenza, incentrato sulle necessità di “presa in carico” della persona, spesso anziana e fragile, da sviluppare principalmente nell’ambito dei servizi territoriali, riservando all’ospedale un ruolo esclusivo nella fase delle acuzie”.

E’ quanto sottolinea la Cisl in un documento programmatico presentato oggi a Roma nel quale si afferma che “è necessario superare la visione miope che non considera la sanità un investimento, facendola rientrare tra i settori strategici sui quali focalizzare l’attenzione, adottando misure e risorse significative (superiori a quelle fin qui destinate) necessarie non solo per rafforzare il sistema sanitario ma anche per garantire la copertura, l’adeguatezza e la sostenibilità dei sistemi sanitari e di protezione sociale”.

Per la Cisl è il momento di dare vita a “un nuovo modello di welfare di comunità in grado di garantire a tutti l’accesso equo e capillare alle cure” e bisogna creare “reti di prossimità e strutture intermedie per allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, anche attraverso l’impiego di tecnologie innovative e l’investimento in ricerca e digitalizzazione del SSN”.

Ma per fare questo, spiega il sindacato, occorre “una corretta attuazione degli investimenti e delle riforme previste nel PNRR, non escludendo a priori il ricorso, in tutto o in parte, agli stanziamenti del MES sanitario in quanto le risorse messe a disposizione dal PNRR sono rivolte quasi esclusivamente a interventi strutturali e questi ultimi sarebbero poco efficaci senza l’ausilio dei professionisti che potrebbero essere giustappunto finanziati attraverso le assegnazioni della predetta linea di credito”.

Ma, si legge ancora nel documento, “se vogliamo continuare a garantire a tutti i cittadini il diritto alla salute sancito nell’art. 32 della nostra Costituzione sarà necessario intervenire a partire dall’incremento delle risorse del Fondo sanitario nazionale”, anche perché, scrive il sindacato, “.dopo la drammatica emergenza pandemica ci saremmo aspettati forti investimenti per la sanità pubblica, mentre il DEF 2023 prevede una riduzione della spesa sanitaria nonostante gli elementi di complessità davanti agli occhi di tutti”.

“In realtà – rimarca la Cisl - basterebbe, a nostro avviso, intervenire con una seria lotta all’evasione per adeguare il finanziamento per il SSN cercando di recuperare parte dei 100 miliardi di evasione fiscale; dagli ultimi dati del MEF nel 2019 risultano evasioni circa 32 miliardi di IRPEF da lavoro autonomo e imprese e 27,7 miliardi di IVA. In totale circa 60 miliardi che potrebbero essere in parte investiti sulla sanità pubblica”.

Ma “per rinforzare il SSN non servono solo più risorse – sottolinea ancora la Cisl - ma servono anche più programmazione e più organizzazione. Tra liste di attesa, rinunce alle cure e disuguaglianze il SSN è in codice rosso da tempo” e “oggi purtroppo il SSN sta velocemente lasciando il passo alla sanità privata come dimostrato dalla spesa out of pocket che ha raggiunto 40 miliardi di euro (poco meno di 1/3 del finanziamento del SSN) di cui 10 miliardi intermediata dai Fondi assicurativi”.

“La sanità pubblica e privata possono e devono convivere – puntualizza il documento - con la seconda che può solo integrare e aiutare, con contratti di convenzione, il SSN ma non sostituirsi ad esso”.

La governance sanitaria per la CISL dovrà continuare a rimanere saldamente sotto la sfera pubblica ed è anche per questo motivo che è necessario creare le opportunità affinché tutti i professionisti della salute del SSN

possano partecipare in regime di libera professione, anche intramuraria, all'erogazione di prestazioni sanitarie rientranti nei piani sanitari delle assicurazioni integrative. Questo limiterebbe la fuga del personale verso il privato e, contemporaneamente, garantirebbe l'entrata di risorse finanziarie che potrebbero essere messe a disposizione di tutti.

Le criticità maggiori da superare secondo la Cisl sono sostanzialmente quattro: insufficienza di posti letto; mancanza di coordinamento tra i diversi punti della rete; rallentamenti nella realizzazione del PNRR Missione 6 Salute e il mancato aggiornamento dei Lea.

Per affrontare queste emergenze e le altre necessità della sanità il documento si conclude con una serie di proposte:

1. Assicurare sostegno economico alla crescita del FSN per rafforzare il Servizio sanitario nazionale

A partire dal 2010 la stagione dei tagli dovuti alla crisi economico-finanziaria si stima abbia portato ad un definanziamento del FSN quantificabile in circa 37 miliardi di euro (fonte Rapporto GIMBE 2022).

Nel periodo 2013-2023 il FSN si è incrementato di poco più del 20% (del quale oltre il 13% finanziato a seguito della pandemia soltanto a partire dal 2020).

Nello stesso periodo la crescita del PIL è stata di oltre il 41% (comprensivo della stima prevista per il 2023 pari all'1,2%).

Nel decennio 2010-2019, la crescita media del FSN – pari allo 0,9% – è risultata inferiore anche al tasso di inflazione medio dello stesso periodo – pari al 1,15% – non garantendo così il mantenimento del potere di acquisto (dati Rapporto GIMBE 2022).

A seguito della pandemia il FSN ha iniziato ad invertire il trend con una crescita media nel triennio 2020-2022 pari al 2,73%. Risultato tuttavia ancora ampiamente sottodimensionato se si considerano gli effetti dovuti al conflitto bellico in Ucraina e al conseguente aumento del costo dell'energia che hanno portato il tasso medio di inflazione nello stesso periodo ad oltre il 5%; per le stesse cause l'ISTAT ha calcolato ad aprile un tasso di inflazione annuo atteso per il 2023 pari all'8,2%.

In considerazione dei dati su esposti, se non si procederà con un adeguato incremento del FSN sarà impossibile garantire su tutto il territorio nazionale il diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione.

2. Intervenire sulle carenze degli organici per garantire servizi di qualità alle persone

Dal 2002 al 2021 (fonte Conto annuale della RGS-MEF), considerando il solo comparto, il Servizio sanitario nazionale ha registrato una contrazione di personale di oltre 17.500 unità che ha portato, come conseguenza, al contestuale incremento del precariato (nel 2021 il precariato nel SSN conta 62.637 unità di personale) e ad un ricorso massivo alle esternalizzazioni di servizi, anche sanitari.

La pandemia negli ultimi tre anni ha inoltre svelato tra l'altro, in tutta la sua drammaticità, l'assenza nel SSN di un'efficace assistenza territoriale.

Per questo motivo è fondamentale la messa in opera, come su detto, della Missione 6 Componente 1 del PNRR che punta proprio al potenziamento della dimensione territoriale in termini di infrastrutture (Case e Ospedali di comunità, Centrali operative territoriali, ecc.). Questo rende conseguentemente indispensabile anche un contestuale adeguamento degli organici per poter garantire i servizi previsti dalle costituenti reti di prossimità e reti di telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale.

Questo comporta non solo la necessità di reintegrare le 17.500 unità mancanti rispetto al 2002, ma anche di adeguare i fabbisogni del personale alle reali necessità di salute e di assistenza della popolazione attraverso un ulteriore straordinario piano assunzionale che consenta alle Aziende e agli Enti del SSN, da un lato, di rendere realmente attivabili nuovi servizi territoriali e di assistenza domiciliare previsti dal PNRR e, dall'altro, di implementare la rete ospedaliera che, dal 2010, si è ridotta di oltre 100.000 posti letto e di 125 ospedali.

Da considerare, inoltre, che si sta assistendo ad un nuovo fenomeno che consiste nell'abbandono del SSN, in particolare da parte del personale sanitario compresi i medici, non solo a favore della sanità privata o del lavoro all'estero, a volte meglio retribuiti o che permettono una migliore conciliazione dei tempi di vita e lavoro, ma anche verso lavori meno qualificati ma meno stressanti sotto il profilo dei carichi di lavoro e delle responsabilità.

Se il trend non sarà invertito attraverso nuove assunzioni di personale sarà difficile non solo rendere operative le Case della salute e gli Ospedali di comunità ma mantenere le attuali prestazioni erogate.

A scopo meramente indicativo è utile evidenziare che la stessa Agenas ha stimato, in occasione della pubblicazione del rapporto su *Il personale del Servizio sanitario nazionale* di marzo 2023, una carenza complessiva rispetto alla media europea di 148.366 infermieri dovuta alla presenza in Italia di soli 6,2 infermieri/1.000 abitanti contro gli 8,8 della media europea.

Relativamente ai medici, all'appello ne mancano circa 20 mila per lo più nei reparti di medicina d'urgenza e pronto soccorso, anestesia e nella medicina territoriale soprattutto nelle zone rurali e di montagna.

Per la CISL è quindi necessario prevedere una programmazione universitaria non parlando più di numero chiuso ma programmato, che risponda in tempo reale anche al fabbisogno nazionale di medici. Stesso discorso per l'accesso alle scuole di specializzazione e al corso di formazione di medicina generale; quest'ultimo deve a nostro avviso diventare una specializzazione come tutte le altre anche nell'ottica di attuazione del DM 77.

Tuttavia, per poter portare a compimento questo piano assunzionale straordinario occorre, in primis, procedere alle stabilizzazioni del personale precario e poi:

superare i vincoli di legge in materia di tetti di spesa del personale, ormai anacronistici, per favorire le assunzioni, sbloccare il turn over e valorizzare il personale sanitario;

rivedere in aumento, in base alle esigenze attuali e future, gli accessi alle scuole di specializzazione (la prossima "gobba" pensionistica, infatti, vedrà oltre 50.000 medici e dirigenti sanitari in uscita che si aggiungono ai quasi 40.000 di cui necessitiamo attualmente) al fine di garantire sufficienti flussi di nuovi professionisti per l'arruolamento;

rendere più attrattivo il lavoro nel SSN attraverso la valorizzazione professionale ed economica del personale del comparto e medico;

poter reperire le risorse necessarie ricorrendo, anche in quota parte, se necessario, a fonti straordinarie quali i finanziamenti previsti dal MES sanitario.

3. Rinnovare i contratti nazionali di lavoro sia per il settore della sanità pubblica che per quello della sanità privata

È necessario giungere a rinnovi contrattuali che assicurino stessi diritti e retribuzioni a fronte dello stesso lavoro, questo anche alla luce del fatto che lo stesso Ministero della Salute certifica che, per l'assistenza sanitaria alla popolazione, lo Stato si avvale per il 51,4% di istituti di cura pubblici e per il 48,6% di strutture private accreditate (fonte Annuario 2021).

Per la sanità pubblica l'ultimo CCNL del comparto sottoscritto il 2 novembre 2022 – relativo al triennio 2019-2021 – è scaduto il 31/12/2021 e la sua vigenza perdura solo grazie alla prevista ultrattività delle norme contrattuali.

Mentre per la dirigenza medica, sanitaria, professionale, tecnica e amministrativa il contratto attualmente in essere è ancora quello riferito al triennio 2016-2018 e non si è ancora raggiunto il rinnovo al triennio 2019-2021.

Occorre pertanto introdurre, per il futuro, meccanismi che consentano il tempestivo rinnovo dei contratti pubblici durante il periodo della loro vigenza:

oggi questo è impedito dalle stesse dinamiche con le quali si rendono disponibili, anno per anno, le risorse finanziarie necessarie. Occorre invece che l'intero stanziamento necessario per il rinnovo possa essere previsto anticipatamente;

è necessario, quindi, procedere con urgenza allo stanziamento di adeguate risorse per consentire il rinnovo del CCNL per il successivo triennio 2022-2024 al fine di garantire, oltre alla necessaria valorizzazione dei percorsi professionali, il recupero dell'inflazione cresciuta in particolare a partire dal 2022 (+11,8%) con stime per il 2023 superiori all'8%.

Per la sanità privata l'ultimo CCNL sottoscritto per il settore, rinnovato dopo ben 14 anni nell'ottobre 2020, è quello relativo alla vigenza contrattuale 2016-2018 scaduto anch'esso il 31/12/2018 e in attesa di rinnovo.

Per il settore delle RSA e dei centri di riabilitazione invece, dopo oltre 10 anni dall'ultimo rinnovo, siamo ancora in attesa che parta il tavolo per il rinnovo contrattuale. Per questo chiediamo al Governo un intervento a sostegno dell'avvio del tavolo negoziale anche attraverso apposite clausole di garanzia da inserire negli accreditamenti regionali in grado di evitare il "dumping contrattuale".

4. Risorse PNRR e medicina territoriale

Non è più eludibile il principio di rinforzare la medicina territoriale con l'aumento delle ore di specialistica ambulatoriale sul territorio oltre alla corretta valorizzazione dei medici del sistema 118 e della continuità assistenziale che, insieme ai medici di famiglia, dovranno essere fondamentali attori della medicina territoriale del XXI secolo.

Vanno potenziate le strumentazioni tecnologiche e le dotazioni nelle nuove strutture previste dal DM 77 favorendo così la riduzione della pressione sugli ospedali con particolare riferimento ai pronto soccorso. Creando una sinergia tra specialisti e MMG si avrà una risposta sanitaria attrattiva per l'utenza e alternativa all'ospedale che permetterebbe di effettuare nel territorio gran parte delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche.

Non ultimo, l'innovazione tecnologica delle dotazioni informatiche consentirebbe un reale avvio della telemedicina. Una medicina proattiva, di prossimità, in rete che consenta di governare in maniera efficiente e rapida le liste di attesa, fenomeno che colpisce maggiormente le fasce più deboli della popolazione.

5. Adeguamento delle retribuzioni alla media di altri Paesi europei

C'è una distanza ormai abissale tra noi e gli altri Paesi e questo è uno dei principali motivi di esodo dei professionisti italiani. Una fuga che ormai coinvolge non solo i giovani ma anche coloro che lavorano nel SSN da oltre 15 anni. Per contenere tale fenomeno, occorre trovare risorse extracontrattuali per le voci professionalizzanti, come le indennità specifiche: incrementi a costi sostenibili. È necessario applicare la defiscalizzazione della tredicesima mensilità e del salario accessorio oltre a garantire la liquidazione del TFR/TFS nei tempi previsti per le categorie del privato dando seguito alla recente sentenza della Corte costituzionale.

6. Ripristino del tavolo tecnico Agenas

Per il meccanismo dei fabbisogni, occorre una reale visione del "fabbisogno del personale" per ridurre e rendere sostenibili i carichi di lavoro. Quelli attuali sono frutto di algoritmi discutibili e non rispondenti al soddisfacimento dei LEA.

7. Ristabilire un corretto rapporto tra i posti letto pubblici e privati

Se il sistema deve essere universale e accessibile a tutti, gli standard assistenziali dei servizi devono essere uguali per entrambi i settori; stesso discorso per quanto riguarda l'applicazione dei contratti di lavoro che devono essere rinnovati con le stesse vigenze contrattuali e negli stessi tempi evitando ciò a cui assistiamo da moltissimi anni con ritardi decennali dei rinnovi del privato oltre al dumping salariale che viene fatto in strutture private convenzionate di alto profilo.

8. Depenalizzazione dell'atto medico

Si tratta, ormai, di un'anomalia giuridica vera e propria rimasta in pochissimi Paesi al mondo, questo è il principale motivo del fenomeno della medicina difensiva che ha un costo di circa 15 miliardi annui e insieme al superlavoro è causa del burnout del personale. Ha ancora senso continuare su questa strada quando il 95% delle cause viene archiviato e del restante solo una piccola parte dimostra una parziale responsabilità del medico?

9. Sicurezza nei posti di lavoro

Ancora oggi molte sedi di erogazione di prestazioni sanitarie sono facile obiettivo di atti vandalici e gli operatori oggetto di aggressioni verbali e fisiche. Qualcosa è stato fatto ma serve ancora più impegno per rendere sicure le postazioni. Da non sottovalutare il problema culturale: anni di attacchi denigratori verso i dipendenti pubblici hanno portato, in una percentuale seppur residuale di cittadini/utenti, al convincimento che tutte le criticità del sistema sono riconducibili ai lavoratori; anche su questo è necessario cambiare paradigma.

10. Rafforzamento della formazione del personale sanitario

Al fine di garantire l'organizzazione delle strutture di prossimità, di cui al DM 77 (Case e Ospedali della salute e COT), è necessario adeguare le strutture sanitarie in base alle reali necessità del territorio.

11. Revisione dei criteri di cui al DM 70

È un atto normativo che risale al 2015 e ha portato ad un'eccessiva contrazione di posti letto e strutture sanitarie pubbliche che debbono essere compensate.

12. Incremento delle risorse per l'assistenza intermedia post acuzie

Come in particolare l'assistenza domiciliare con la diffusione dell'utilizzo della telemedicina e la sua integrazione con il SAD (che pure dovrà essere adeguatamente finanziato).

13. Integrazione sociosanitaria e riforma della non autosufficienza

È uno dei punti fondamentali per lo sviluppo del sistema di promozione e tutela della salute centrata sulla persona.

Le riforme e gli investimenti avviati anche grazie al PNRR, sia in campo sanitario sia sociale (Missioni 5/6), vanno nella direzione auspicata dalla CISL delineando un quadro di riferimento nazionale che promuova l'infrastrutturazione degli ambiti territoriali sociali (ATS) e la gestione associata dei servizi, garantisca congiuntamente i LEA e i LEPS, favorisca la collaborazione tra Comuni e ASL, sostenga lo sviluppo di una omogenea organizzazione della rete di servizi integrati di accesso e presa in carico e percorsi assistenziali sociosanitari orientati alla domiciliarità e alla continuità della cura.

Processi complessi che vanno implementati a tutti i livelli istituzionali, maggiormente sostenuti finanziariamente e accompagnati da adeguate dotazioni di personale sia dell'area sanitaria che sociale, anche superando i vincoli assunzionali.

In questo contesto fondamentali saranno i decreti applicativi della legge 33/2023 (Deleghe al Governo in materia di politiche a favore delle persone anziane) che introduce, in particolare, innovazioni finalizzate a garantire e potenziare un sistema unitario nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente.

Lo sviluppo di tutti i setting assistenziali con un nuovo modello di domiciliarità e la qualificazione della residenzialità, la valorizzazione del lavoro di cura, attraverso adeguati percorsi formativi (anche utilizzando gli Enti bilaterali) e l'applicazione dei CCNL siglati dalle Organizzazioni comparativamente maggiormente rappresentative, la realizzazione della prestazione universale come opportunità di maggiore garanzia di assistenza offerta a coloro che hanno bisogni più elevati, sono i punti su cui chiediamo un confronto per dare un contributo ad una riforma da noi fortemente voluta e sostenuta.

14. Incentivare le iscrizioni verso alcune specializzazioni che evidenziano carenze di richieste, come: emergenza e urgenza, anestesia, radiologia, medicina legale, geriatria, ecc.

15. Integrare i LEA sanitari con i nuovi LEPS da completare

16. Affrontare il problema della mobilità sanitaria interregionale che fra il 2012 e il 2021 presenta un saldo negativo per ben 13 regioni su 21, per un importo di quasi 14 miliardi di euro, le cui cause vanno individuate nella riduzione del personale sanitario, del numero delle strutture e di posti letto, oltre che nella carenza di servizi territoriali. A questo va ad aggiungersi anche il problema dei commissariamenti: sono ben 8 le regioni in cui risulta in carica in almeno un'azienda ospedaliera o sanitaria un commissario.

L'insieme di questi fattori condiziona significativamente la qualità dei servizi erogati.

La stessa Corte dei conti - conclude la Cisl - in un recente report, ha evidenziato che la maggiore o minore attrattività dipende principalmente dalla qualità e quantità dei servizi erogati oltre ad altri fattori come la presenza di centri universitari d'eccellenza. È urgente, quindi, lavorare per garantire servizi uniformi e omogenei in tutte le regioni ponendo fine ai cosiddetti "viaggi della speranza".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115533



Indice

La cura della persona, il valore del lavoro	3
La situazione attuale	3
Il PNRR e la Missione 6	4
Criticità da superare	5
1. <i>Insufficienza di posti letto</i>	5
2. <i>Mancanza di coordinamento tra i diversi punti della rete</i>	5
3. <i>Rallentamenti nella realizzazione del PNRR Missione 6 Salute</i>	5
4. <i>I LEA</i>	6
Alcune nostre proposte	6
1. <i>Assicurare sostegno economico alla crescita del FSN per rafforzare il Servizio sanitario nazionale</i>	6
2. <i>Intervenire sulle carenze degli organici per garantire servizi di qualità alle persone</i>	6
3. <i>Rinnovare i contratti nazionali di lavoro sia per il settore della sanità pubblica che per quello della sanità privata</i>	7
4. <i>Risorse PNRR e medicina territoriale</i>	8
5. <i>Adeguamento delle retribuzioni alla media di altri Paesi europei</i>	8
6. <i>Ripristino del tavolo tecnico Agenas</i>	8
7. <i>Ristabilire un corretto rapporto tra i posti letto pubblici e privati</i>	8
8. <i>Depenalizzazione dell'atto medico</i>	9
9. <i>Sicurezza nei posti di lavoro</i>	9
10. <i>Rafforzamento della formazione del personale sanitario</i>	9
11. <i>Revisione dei criteri di cui al DM 70</i>	9
12. <i>Incremento delle risorse per l'assistenza intermedia post acuzie</i>	9
13. <i>Integrazione sociosanitaria e riforma della non autosufficienza</i>	9
14. <i>Incentivare le iscrizioni verso alcune specializzazioni</i>	10
15. <i>Integrare i LEA sanitari con i nuovi LEPS da completare</i>	10
16. <i>Affrontare il problema della mobilità sanitaria interregionale</i>	10
Conclusioni	10

Italia al vertice per aspettativa di vita alla nascita e in salute tra i principali paesi occidentali. Male i finanziamenti e sulle strutture residenziali per anziani. L'indagine dell'Ufficio valutazione impatto del Senato, Giovanni Rodriquez quotidiano sanita.it

Con una spesa sanitaria pubblica pari al 7,1% del Pil, l'Italia nel 2020 risulta ultima fra i Paesi comparati (Canada, Francia, Germania, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia), per numero di posti letto ospedalieri (3,19 ogni 1000 abitanti) ma fa registrare la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani. Altre classifiche - dall'aspettativa di vita alla nascita (83 anni) all'aspettativa di vita in salute (71,9 anni) - ci vedono invece al vertice. Merito anche degli stili di vita. Sul personale si registra una forte carenza di infermieri.

30 GIU -

In principio c'erano le casse mutue. E il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione non era per tutti: ne godevano solo quei lavoratori (e i loro familiari) iscritti a un ente mutualistico, con forti differenze, in fatto di prestazioni e coperture, tra una categoria di lavoratori e l'altra. Solo nel 1978, con la nascita del servizio sanitario nazionale su un modello di welfare state universalistico - il sistema Beveridge, finanziato prevalentemente attraverso la fiscalità generale - la tutela della salute fisica e psichica è diventata un diritto da garantire a ogni individuo in condizioni di uguaglianza.

Ma il nostro Ssn costa più o meno dei servizi sanitari di altri Paesi che hanno adottato modelli diversi, ad esempio il sistema Bismarck? E cosa ci dicono gli indicatori di performance?

Con una spesa sanitaria pubblica pari al 7,1% del Pil, l'Italia nel 2020 risultava terza, fra i Paesi europei comparati, per numero di posti letto ospedalieri (3,19 ogni 1000 abitanti), e faceva registrare la più bassa disponibilità di strutture residenziali destinate agli anziani. Altre classifiche - dall'aspettativa di vita alla nascita (83 anni) all'aspettativa di vita in salute (71,9 anni) - ci vedono invece al vertice. Merito anche degli stili di vita.

Canada, Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Spagna, Stati Uniti e Svezia: i loro sistemi sanitari - selezionati allo scopo di includere i principali modelli attualmente riscontrabili a livello internazionale - sono posti qui a confronto in termini di efficacia ed efficienza delle rispettive prestazioni.

Canada

Si avvale di una variante del sistema Beveridge (denominata Medicare): il servizio sanitario è universalistico e finanziato prevalentemente col gettito fiscale, ma l'erogazione delle prestazioni è essenzialmente a cura di soggetti autonomi, remunerati dal sistema sanitario pubblico (sistema perciò definito single payer). Il finanziamento e la fornitura della maggior parte dei servizi di assistenza sanitaria sono responsabilità, a livello decentrato, delle province e dei territori. Gli ospedali sono sia di natura pubblica che privata (spesso no profit). I servizi ospedalieri, diagnostici e medici necessari sono gratuiti per tutti i soggetti regolarmente residenti. Al riguardo, il sistema canadese impedisce l'addebito di costi aggiuntivi ai pazienti del Medicare. Per le prestazioni non coperte dal sistema pubblico (come le cure odontoiatriche) la parte maggioritaria dei canadesi ricorre a polizze assicurative private.

Francia

Qui opera un sistema di impianto mutualistico-assicurativo. Vi è una pluralità di casse di malattia, finanziate in parte dalle tasse e in parte dai contributi dei lavoratori. La copertura delle spese mediche è in parte pubblica, garantita dalla assurance maladie (assistenza universale di base, in genere al 70%), in parte privata. Il restante 30% (il cosiddetto *ticket modérateur*) può essere preso in carico in genere da una *mutuelle* (mutua), che si può sottoscrivere individualmente o per conto della propria famiglia (assicurazione supplementare facoltativa). Esiste però anche la possibilità che il restante 30% venga finanziato, a determinate condizioni, dallo Stato attraverso la cosiddetta *Complémentaire Santé Solidaire* (assistenza sanitaria integrativa). Inoltre, qualsiasi datore di lavoro nel settore privato ha l'obbligo di offrire una *Mutuelle Santé d'Entreprise* obbligatorie ai propri dipendenti (copertura sanitaria collettiva integrativa d'impresa). La Francia è caratterizzata dal sistema dell'assistenza sanitaria indiretta, per cui il paziente anticipa le spese mediche e chiede in seguito il rimborso.

Germania

Nel Paese di origine del sistema Bismarck, il finanziamento è assicurato fundamentalmente attraverso i contributi obbligatori per l'assicurazione sanitaria. Sono due le tipologie principali di assicurazione: l'assicurazione sanitaria statutaria, nota come “*fondi di malattia*”, e l'assicurazione sanitaria privata. La parte maggioritaria della popolazione riceve la propria copertura sanitaria primaria attraverso l'assicurazione sanitaria statutaria. Tutti i cittadini occupati (e altri gruppi come i pensionati) al di sotto di certe soglie di reddito, a partire dal 2014, sono obbligatoriamente coperti dall'assicurazione sanitaria statutaria (i familiari che non lavorano sono coperti gratuitamente).

Regno Unito

Qui opera il National Health Service, considerato il prototipo di servizio sanitario unitario, integrato e prevalentemente pubblico. L'NHS è infatti finanziato attraverso il gettito fiscale e garantisce assistenza a tutti coloro che risiedono legalmente nel Regno Unito. La maggior parte delle prestazioni sanitarie sono erogate direttamente da personale e strutture pubblici afferenti all'NHS (questa è la principale differenza con i sistemi universalistici *single payer*). Gli utenti usufruiscono di tali servizi in forma perlopiù gratuita: le uniche forme di compartecipazione alla spesa a carico degli utenti riguardano i farmaci e le cure dentistiche, e molte categorie di pazienti sono esenti dai ticket.

Spagna

Originariamente caratterizzata da un sistema mutualistico, dal 1986 ha scelto un servizio sanitario modello Beveridge, caratterizzato da libero accesso alle cure, finanziamento tramite il gettito fiscale e ruolo predominante degli erogatori pubblici. A caratterizzare l'impostazione del servizio sanitario spagnolo è una peculiare organizzazione delle cure primarie. Queste ultime sono garantite da centri di assistenza primaria caratterizzati da un'elevata accessibilità (sono diffusi capillarmente e operativi 24 ore su 24, con un pronto soccorso ambulatoriale integrato) e dalla presenza di équipe multidisciplinari (formate da dipendenti pubblici).

Stati Uniti

Qui opera un sistema di assicurazione privata su base volontaria, temperato da alcuni istituti che non ne hanno tuttavia intaccato la struttura di fondo. Nel 2015, a cinque anni dalla riforma Obama, ancora 30 milioni di americani erano sprovvisti di qualsivoglia copertura sanitaria (cioè circa il 10 % del totale). La maggior parte delle assicurazioni americane ha una propria rete di fornitori “*convenzionati*”: gli assicurati hanno facoltà di scelta all'interno di tale network, e pagano una tariffa aggiuntiva se si rivolgono a fornitori esterni. Chi risiede negli Stati Uniti può sottoscrivere una polizza sanitaria in due modi: o tramite la propria azienda, oppure acquistandola individualmente. Alle polizze ottenute tramite il datore di lavoro (*employer-based*), solitamente meno costose, ricorre la maggior parte degli assicurati americani.

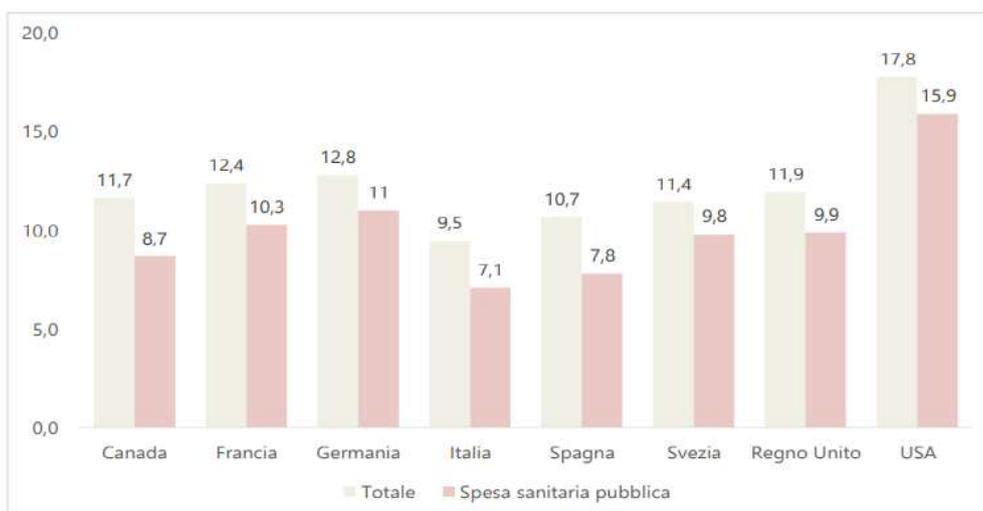
Svezia

Ha un sistema beveridgiano, che mantiene le caratteristiche di fondo del finanziamento tramite gettito fiscale, dell'universalità di accesso e della prevalente natura pubblica degli erogatori, unitamente a una tendenza al decentramento: il livello statale centrale mantiene compiti di programmazione, ma l'assistenza è di competenza delle regioni, salvo il ruolo degli enti locali in materia di servizi sociali, assistenza domiciliare, assistenza ad anziani, disabili e disabili psichici. Per lo più gli operatori del settore sanitario sono dipendenti pubblici. Il sistema svedese sta peraltro conoscendo una graduale trasformazione: da sistema prettamente pubblico sta via via acquisendo i caratteri di sistema di tipo “misto”, con la co-partecipazione di erogatori pubblici e privati (ad es. nei settori delle cure odontoiatriche e delle farmacie).

Quante risorse ha la sanità?

Dall'analisi del Senato l'Italia risulta ultima a livello di **spesa sanitaria pubblica totale in rapporto al Pil**: il dato 2021 è pari al 7,1% del prodotto interno lordo. Da notare la spesa pubblica statunitense, che si colloca al 15,9% (picco dei paesi considerati), nonché la spesa pubblica dei Paesi con sistemi Bismarck (Francia, Germania), risulta più elevata rispetto a quella dei Paesi con sistemi Beveridge.

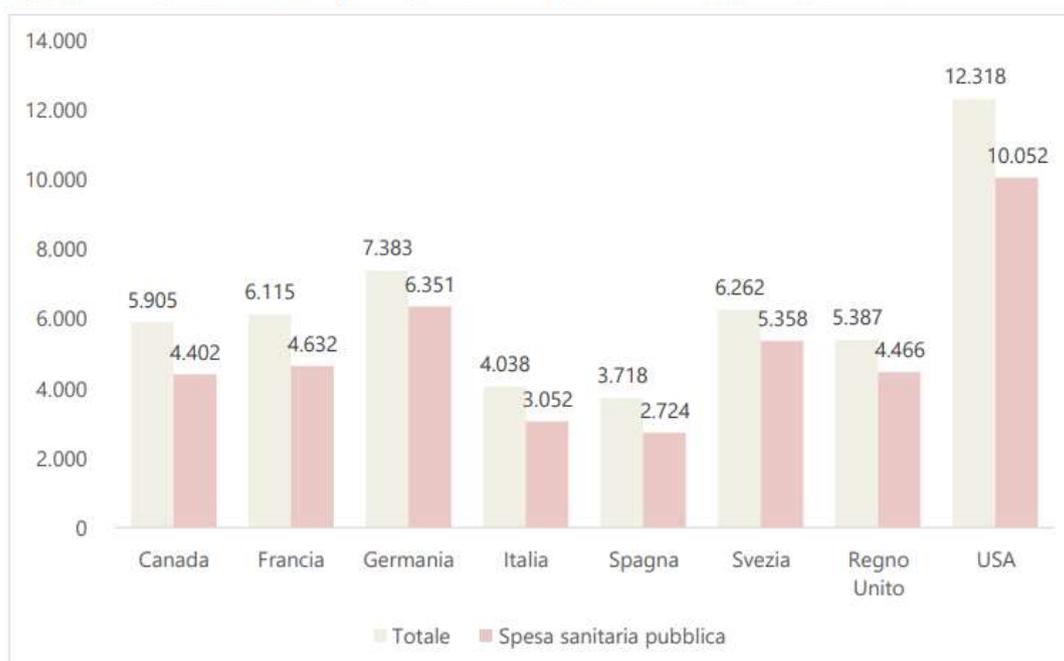
Figura 1. Spesa sanitaria come percentuale del PIL. Anno 2021



Fonte: OECD Health Statistics 2022⁶. Health expenditure and financing

Se si passa all'analisi del dato relativo alla **spesa pubblica pro capite**, si osserva l'Italia al penultimo posto del ranking, con la Spagna a chiudere la classifica. Gli Stati Uniti si confermano primi per livello di spesa, mentre la tendenza alla maggiore dispendiosità dei sistemi Bismarck appare ribadita (anche se la Svezia, collocandosi al terzo posto, si frappona tra Germania e Francia; gli altri sistemi Beveridge sono tutti al di sotto del livello di spesa francese).

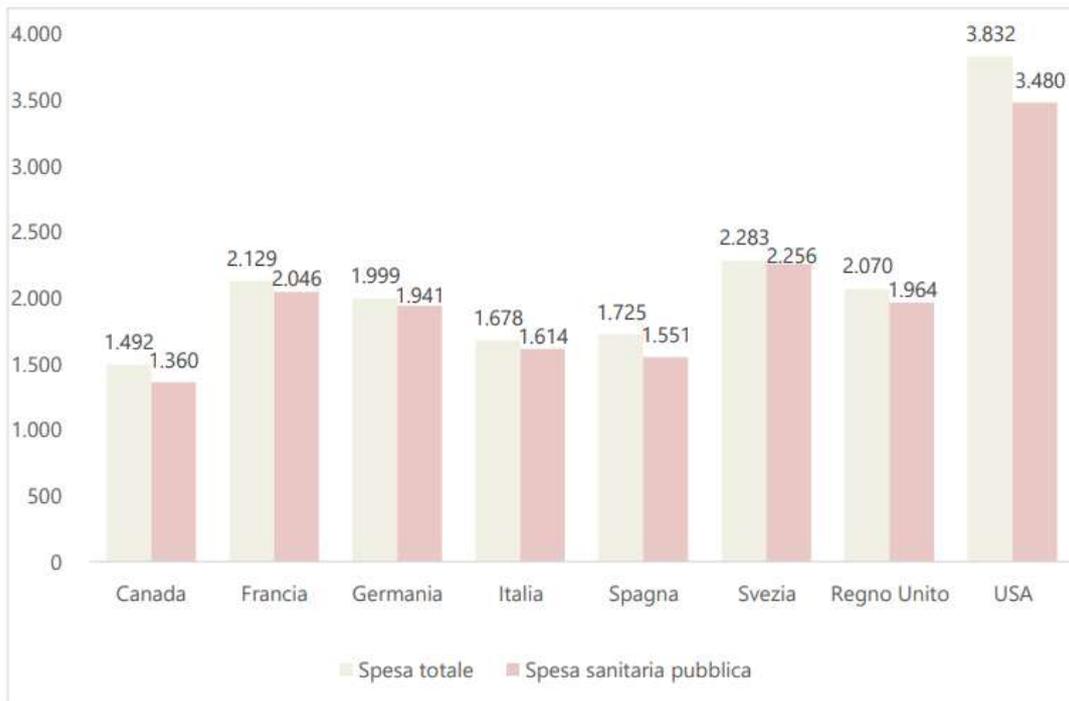
Figura 3. Spesa sanitaria pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2021



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

La **spesa ospedaliera pubblica pro capite** vede ancora l'Italia nella parte bassa della classifica, dove precede solamente la Spagna e il Canada. Meno lineare in questo caso il raffronto tra sistemi Beveridge e sistemi Bismarck: la Svezia svetta tra i Paesi europei, seguita da Francia, Regno Unito e Germania (dell'Italia s'è detto). La spesa statunitense è ancora quella più alta in assoluto.

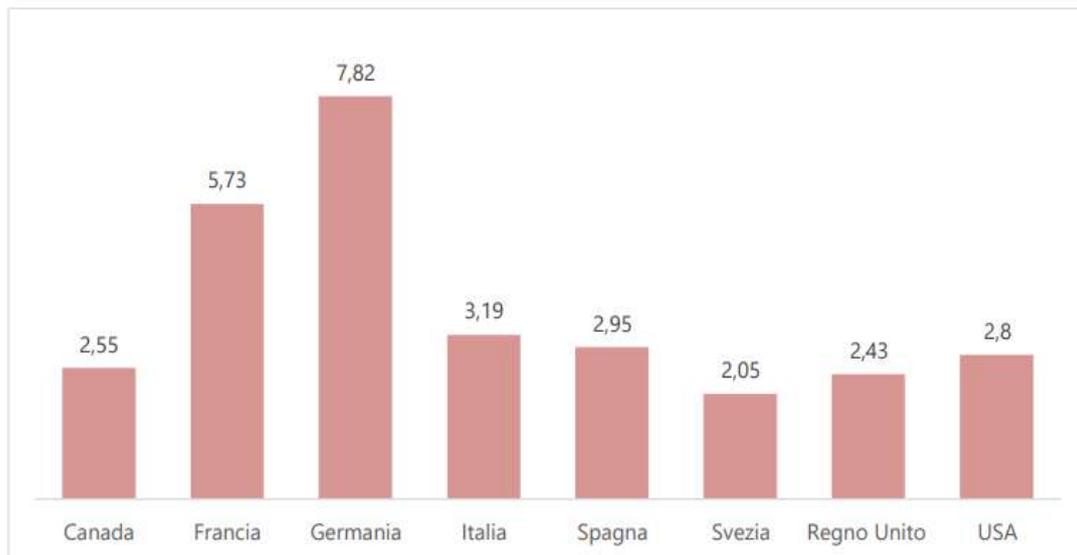
Figura 4. Spesa ospedaliera pro capite (PPP \$, prezzi correnti). Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Health expenditure and financing

Riguardo al numero di **posti letto ospedalieri per 1.000 abitanti**, l'Italia risulta terza fra i Paesi europei (anno 2020), con 3,19 posti a disposizione. Prima, con un notevole distacco, risulta la Germania con 7,82 posti, seconda la Francia, con 5,73 posti; seguono gli altri Paesi europei (2,95 la Spagna, 2,43 il Regno Unito, 2,05 la Svezia). Tra i Paesi extra europei, gli Stati Uniti dispongono di 2,8 posti (dato del 2019), il Canada di 2,55. Anche sotto tale profilo, quindi, i sistemi Bismarck sembrano assorbire maggiori risorse.

Figura 5. Numero di posti letto ospedalieri (per 1.000 abitanti). Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Total hospital beds - per 1.000 population

Quanto invece ai **posti letto per long term care in strutture residenziali**, nel 2019 l'Italia fa registrare la più bassa disponibilità di risorse (18,8 posti per 1000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni).

È un dato particolarmente rilevante, che disallinea il Ssn da tutti gli altri sistemi sanitari oggetto di comparazione: si noti il distacco con gli Stati Uniti (29,9 posti), che pure occupano il penultimo posto di questa classifica. Gli altri Paesi destinano alle cure di lungo periodo risorse significativamente più ingenti, fino al picco svedese di 68,1 posti letto per 1000 abitanti della fascia d'età considerata. Al secondo posto un sistema Bismarck come la Germania (54,2), seguita dal Canada (51,3).

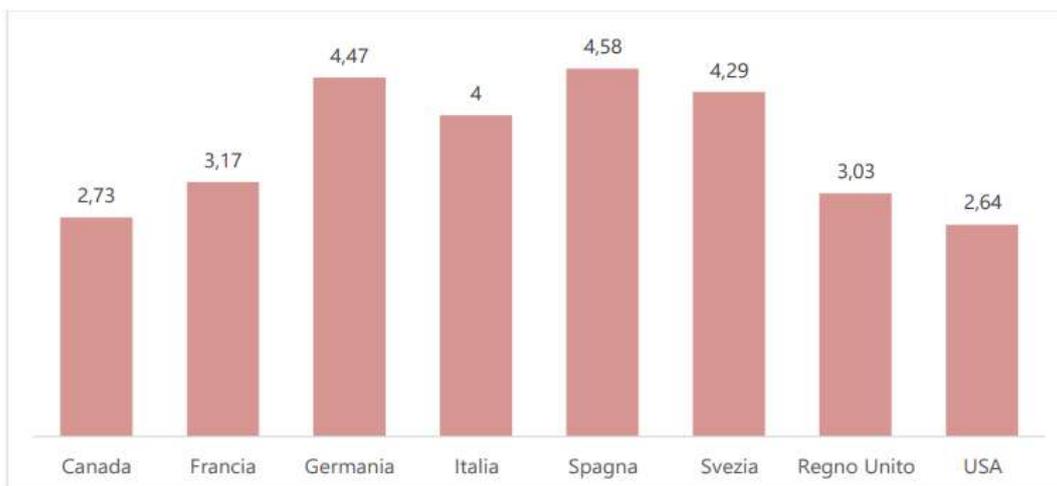
Figura 7. Long term care (cure per malattie croniche). Posti letto in strutture residenziali per 1.000 abitanti di età pari o superiore a 65 anni. Anno 2019



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Long-Term Care Resources and Utilisation: Beds in residential care facilities

Riguardo al **numero di medici in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, dato anch'esso ascrivibile in senso lato alle risorse a disposizione per la sanità, non si registra un andamento univoco: le posizioni in questa particolare "classifica" non appaiono infatti direttamente correlate al modello di sistema sanitario. La Spagna presenta il numero più elevato di medici (4,58), seguita da Germania (4,47), Svezia (4,29, nel 2019), Italia (4), Francia (3,17), Regno Unito (3,03), Canada e USA (2,73 e 2,64, rispettivamente, ma il dato USA è del 2019).

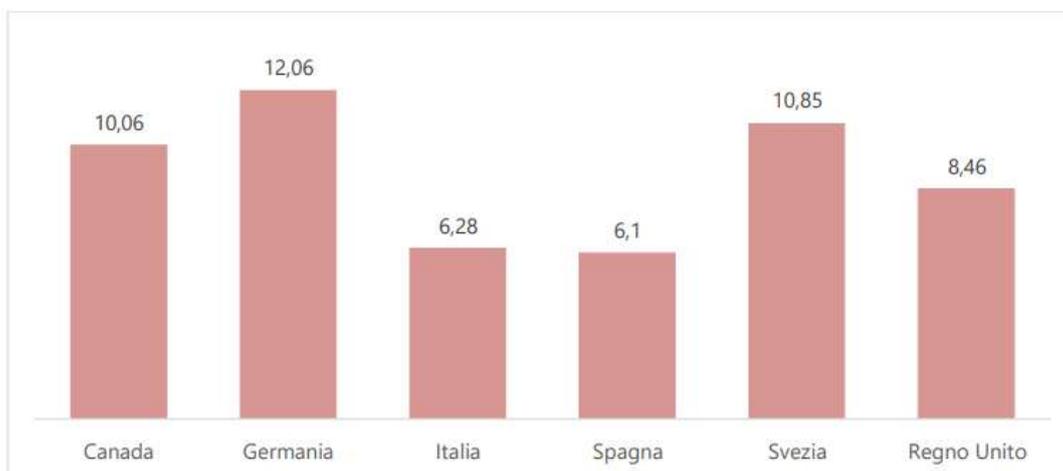
Figura 8. Numero di medici in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020



Fonte: OECD Health Statistics 2022. Practising physicians - Density per 1 000 population (head counts)

Riguardo al **numero di infermieri in attività per 1000 abitanti (anno 2020)**, come emerge dal grafico seguente, spicca il primo posto della Germania (12,06), unico Paese Bismarck qui considerato, seguita dai restanti Paesi Beveridge. Italia e Spagna sono in fondo a questa classifica, con dati vicini (rispettivamente 6,28 e 6,1); in una fascia intermedia si collocano Svezia (dato 2019), Canada e Regno Unito.

Figura 9. Numero di infermieri in attività (per 1.000 abitanti). Anno 2020



Quanto sono efficaci le prestazioni?

Il primo indicatore considerato è relativo al **tasso di mortalità, a 30 giorni dal ricovero per infarto del miocardio acuto, ogni 100 pazienti** di età pari o superiore a 45 anni (anno 2019). Al riguardo, il sistema italiano (nel 2015) fa registrare un tasso pari al 5,4%, superiore a quelli, del 2019, di Svezia (3,5), Canada (4,6) e USA (4,9). I tassi più elevati si riscontrano in Germania (8,3) e Regno Unito (6,6). In questa particolare classifica, pertanto, il sistema statunitense presenta la terza migliore prestazione, ai primi posti si collocano due sistemi Beveridge (Svezia e Canada), mentre la Germania e il Regno Unito, rispettivamente “archetipi” del sistema Bismarck e di quello a Ssn, occupano le posizioni più critiche.

Il secondo indicatore è relativo al **tasso di sopravvivenza a cinque anni per tumore al seno** (dati relativi agli anni 2010 – 2014 e a donne al di sopra dei 15 anni). In proposito, spicca il dato statunitense (90,2%), seguito da quello svedese (88,8%) e da quello canadese (88,6%). L'Italia è terzultima alla pari con la Germania, con un 86% che le colloca subito dietro la Francia (86,7%). Chiudono Regno Unito e Spagna, rispettivamente con tassi di sopravvivenza dell'85,6 e dell'85,3%.

Il terzo indicatore concerne il **tasso di amputazione di arto inferiore per diabete (per 100.000 abitanti)**. L'Italia, con riferimento ai dati 2019, fa segnare un dato pari a 2,4, che la colloca al vertice dei Paesi virtuosi. A seguire, le prestazioni migliori sono quelle di Regno Unito (3) e Svezia (3,7). In questa particolare classifica spiccano quindi le prestazioni di tre sistemi Beveridge. Tra i sistemi Bismarck la Francia si attesta al 4,3, mentre la Germania ha un dato pari a 7,9. I restanti sistemi Beveridge si collocano al 6,9 (Canada) e al 7 (Spagna).

Il quarto indicatore riguarda il **tasso di mortalità standardizzato per età, per tutte le cause di morte (anno 2019)**. L'Italia, con 324,5, fa segnare la seconda migliore prestazione, dopo quella della Spagna (316,3). In fondo a questa classifica, con un certo disacco dagli altri, il sistema statunitense (480,8). Penultimo il Regno Unito, con un tasso di 379, terzultima la Germania con un tasso di 370,2. Pertanto in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che il (quasi) fondo della classifica.

Il quinto indicatore - **tasso di mortalità, standardizzato per età, per malattie infettive o causate da parassiti (anno 2019)** - fa registrare, per l'Italia, un tasso pari a 7,9, inferiore solo a quello statunitense (12,6).

Il Regno Unito è il sistema più virtuoso, con un tasso pari a 5, seguito dal Canada (5,2). Anche in questa classifica i sistemi Beveridge occupano sia le posizioni di testa che la parte bassa del ranking.

Il sesto indicatore - **tasso di mortalità per tumori, standardizzato per età (anno 2019)** – riserva all'Italia il quarto miglior piazzamento (con un tasso pari a 105,7), dopo Svezia (97,4), Spagna (102,3), USA (102,6). Chiudono questo particolare ranking due sistemi Bismarck: Germania (114, 2) e Francia (all'ultimo posto con 123,7).

In riferimento al settimo indicatore - **tasso di mortalità, standardizzato per età, per diabete mellito (anno 2019)** - l'Italia si attesta al 9,2, facendo meglio solo degli USA (10,6). In proposito risultano più performanti sia i due sistemi Bismarck considerati, ossia la Francia (5,7) e la Germania (6,5), sia gli altri sistemi Beveridge oggetto di confronto: Regno Unito (3,6), Spagna (5), Svezia (6,9), Canada (7,2).

In relazione all'ottavo indicatore - **probabilità (%) di un 30enne di morire entro il compimento del 70° anno di età per malattia cardiovascolare, cancro, diabete, malattia respiratoria cronica (dati 2019)** - l'Italia fa registrare il secondo miglior risultato (9%), collocandosi subito dopo la Svezia (8,4). Seguono Canada e Spagna (appaiati con 9,6). Il primo dei sistemi “non Beveridge” è quello francese (10,6), dopo il quale si collocano Germania (12,1) e Stati Uniti (13,6).

In riferimento al nono indicatore - **aspettativa di vita alla nascita, tout court (dati 2019)** - l'Italia occupa la seconda miglior posizione (83 anni), dopo la Spagna (83,2) e seguita dalla Francia (82,5). Sotto la soglia degli 80 anni si collocano solo gli Stati Uniti (78,5), che chiudono questa classifica.

In relazione al decimo indicatore - **aspettativa di vita in salute alla nascita (HALE, anno 2019)** - l'Italia si posiziona ancora al secondo posto (71,9 anni, al pari della Svezia), dopo Francia e Spagna (entrambe fanno registrare 72,1). Unico Paese sotto la soglia dei 70 anni sono gli Stati Uniti (66,1).

L'undicesimo e ultimo indicatore di efficacia - **tasso di mortalità standardizzato per morti evitabili** - è bipartito: fornisce indicazioni riguardo

- *alle morti evitabili (treatable) attraverso un intervento sanitario di standard qualitativo elevato*
- *alle morti evitabili (preventable) con interventi sanitari relativi a fattori più ampi, come ad esempio gli stili di vita e l'alimentazione*

Per le morti evitabili-treatable, l'Italia si colloca al quarto posto del ranking, con un valore pari a 55, nel 2017, superiore a quello, pari a 51, di Francia (2017) e Spagna (2020) che sono seguite dalla Svezia a 53 (2018). Seguono le prestazioni di Canada (58 nel 2019), Germania (66 nel 2020) e Regno Unito (71 nel 2020). Sul fronte delle morti evitabili-preventable, l'Italia, con un tasso di 91 è il sistema più performante, seguita dalla Svezia (97). Gli Usa fanno registrare il risultato peggiore su entrambi gli indicatori delle morti evitabili.

E gli stili di vita? Il fattore prevenzione

La diffusione di stili di vita sbagliati è indice sintomatico di penuria o scarsa efficacia delle politiche di prevenzione e, al contempo, potenziale fattore codeterminante dell'insorgenza di diverse malattie.

Il **consumo pro capite di alcol** da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni, pari, nell'anno 2019, a 7,7 litri, colloca l'Italia in seconda posizione, nella prospettiva dei corretti stili di vita. Meglio dell'Italia fa la Svezia, con un valore di 7,5 (2020), mentre la Spagna segue a 7,8 (dato 2020 stimato).

“Primeggiano” in questa classifica Germania e Francia (per la prima il dato è del 2019), le uniche con valori superiori a 10. In questo caso risultano quindi vicini e in fondo alla classifica i risultati dei due Paesi Bismarck considerati (ma sembrano da considerare anche fattori diversi dalla tipologia di sistema sanitario: v. anche il risultato del Regno Unito, terz'ultimo con 9,7).

Il **consumo di tabacco** da parte delle persone di età pari o superiore ai 15 anni (media al giorno per fumatore) vede l'Italia al secondo posto della classifica 2020 dei paesi più virtuosi: 10,9 sigarette fumate a testa al dì da ciascun fumatore. Hanno fumato di meno solo i cittadini del Regno Unito (9,1 sigarette), mentre il consumo è

stato superiore in Spagna (12 sigarette), Francia (13), USA (13,8), Canada (14,1) e Germania (15,4). In questa classifica i Paesi Bismarck considerati occupano quindi, rispettivamente, la quarta e l'ultima posizione.

Il terzo e ultimo indicatore dell'area prevenzione/stili di vita riguarda la **percentuale sulla popolazione di persone che si dichiarano obese o comunque in sovrappeso**: con un valore pari al 47,6% l'Italia si colloca al secondo posto della graduatoria di merito per l'anno 2020. Solo la Francia è caratterizzata da un valore percentuale inferiore (45,3% cittadini che si definiscono in sovrappeso), mentre tutti gli altri Paesi posti a confronto fanno registrare valori superiori: dal 50% della Svezia fino al 67,5 degli USA, che chiudono questa classifica piuttosto distaccati dal penultimo (che pure - si noti - è un Paese non europeo: il Canada, con 54,4).

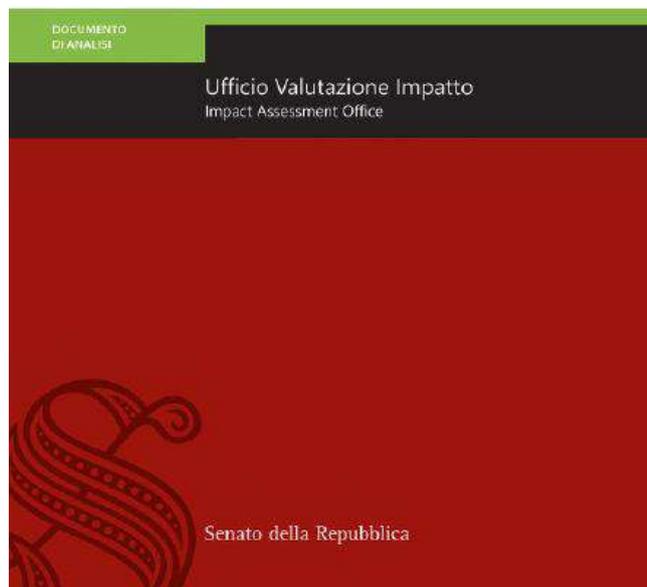
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115126

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni, Ufficio valutazione impatto, Senato della Repubblica

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni

Un *check up* del suo stato di salute, attraverso il confronto con altri sistemi sanitari

DOCUMENTO DI ANALISI N. 26



Sommario

In sintesi	6
Il SSN nel panorama internazionale	8
1. "Bismarck", "Beveridge" o privatistico?	8
2. Otto sistemi sanitari a confronto. Costi e performance	10
2.1 Paese per paese: i servizi	10
Canada	10
Francia	10
Germania	11
Regno Unito	11
Spagna	11
Stati Uniti	11
Svezia	12
2.2 Quante risorse ha la sanità?	12
2.3 Quanto sono efficaci le prestazioni?	21
2.4 E gli stili di vita? Il fattore prevenzione	29
Riferimenti bibliografici	33

Ivan Cavicchi

Oggi la questione è solo una: la spesa pubblica della sanità non è rifinanziabile in modo significativo come servirebbe, se non sarà significativamente ridotta la spesa privata creata dalle controriforme e dalle diseconomie della spesa storica. Per questo servono delle piattaforme per modificare le controriforme. Mai come oggi vale il detto “non si può avere la botta piena e la moglie ubriaca”

27 LUG -

Il M5S ha presentato una proposta di legge per impedire “l’affossamento del SSN” e quindi “invertire” la corsa verso la privatizzazione. La Cisl per la stessa ragione ha presentato a Roma (14 luglio 2023) un “documento programmatico” (16 proposte per il rilancio del Ssn). Una vera piattaforma.

Sembrerebbe che, la fase pur importante, della “generica protesta” contro le politiche del governo stia volgendo al termine. Del resto, quando finita l’estate, il governo deciderà come finanziare la sanità temo che senza delle precise richieste al massimo potremmo ottenere la solita “mancetta” ma che, già sappiamo, lascerà la sanità comunque nelle peste senza risolvere una sola delle sue criticità.

Se entriamo nell’ottica della “piattaforma”, siamo oltre non solo a quella che, G. Agamben chiamava “la semplice rivendicazione del sociale contro lo stato”, ma siamo costretti anche a scoprire le carte e a fare delle scelte politiche precise.

La “generica protesta” contro il governo fino ad ora ha chiesto principalmente due cose: “più soldi” e “più pubblico” ed ha coperto le contraddizioni della sinistra dando l’impressione ingannevole di una sinistra unita e compatta. Non è stato un caso se, il 27 maggio a Roma, l’assemblea nazionale della CGIL sulla sanità che ha preceduto la manifestazione di piazza del popolo, è avvenuta sotto lo slogan dell’unità “Insieme per la Costituzione”. Stare insieme è una necessità strategica ma per fare cosa?

Ci ha fatto piacere vedere sul palco della manifestazione CGIL (piazza del popolo) degli ex ministri del PD quindi Rosy Bindi a testimoniare la loro fede nel diritto alla salute ma ancora non sappiamo, da questi ex ministri, soprattutto da Rosy Bindi a proposito di privatizzazione, che fine faranno le controriforme da loro fatte e che oggi rischiano di minare le basi della sanità pubblica cioè di renderla davvero insostenibile.

Come non sappiamo se le scelte contro-riformatrici del Pnrr (Dm 70 e 77) fatte da Speranza altro ex ministro di art 1, (anche lui a piazza del popolo) ora rientrato nel PD, cioè la vecchia concezione del territorio contro l’ospedale (detta anche teoria dell’ospedale minimo) avversata senza distinzione da tutte le società scientifiche, sarà ribadita o modificata. La “generica protesta” proprio perché generica non è priva di ambiguità.

Ora se entriamo nell’ottica della “piattaforma” compresa quella sulla sostenibilità che, nel nostro piccolo continuiamo a preferire, per forza dobbiamo fare delle scelte politiche chiare.

Se confrontiamo le proposte avanzate sia dal M5S che dalla Cisl alla fine ci si accorge di due cose: per esse le questioni davvero dominanti sono due cioè le “risorse da trovare” per rifinanziare la sanità, il nodo del “rapporto pubblico privato”. Le soluzioni da loro prospettate alla fine non sono altro che variazioni di questi due temi. Il punto politico fondamentale sul quale la sinistra, il PD, la stessa CGIL ancora non si è pronunciato, è quella che i matematici definiscono la “relazione di interdipendenza logica”.

Se la possibilità di rifinanziare la sanità pubblica, nella prossima legge finanziaria, come sostiene il M5S e la Cisl, dipende dalla possibilità di ridurre il costo pesante della spesa privata quindi delle controriforme, allora siamo nella logica della “interdipendenza”.

Per il PD ma anche per la CGIL una bella gatta da pelare (si pensi al welfare aziendale). Oggi se non si smonta il processo di privatizzazione, messo in atto con le controriforme neoliberiste degli anni 90, e se nello stesso tempo non si riforma l’attuale spesa storica della sanità, la sanità pubblica non avrà alcuna possibilità di essere seriamente rifinanziata. Ma smontare delle controriforme manco a dirlo non è semplice.

Per esempio, nella proposta di legge del M5S, si prevede di abbattere gli sgravi fiscali a favore del privato e di intervenire pesantemente sulle diseconomie storiche, mentre, nella piattaforma Cisl, non si parla di welfare aziendale ma si sottolinea la necessità almeno di superare la sanità sostitutiva introdotta a suo tempo dalla Bindi.

Oggi la questione è solo una: la spesa pubblica della sanità non è rifinanziabile in modo significativo come servirebbe, se non sarà significativamente ridotta la spesa privata creata dalle controriforme e dalle

diseconomie della spesa storica. Per questo servono delle piattaforme per modificare le controriforme. Mai come oggi vale il detto “non si può avere la botta piena e la moglie ubriaca”.

Anche se trovassimo le risorse che ci servono, in modo diverso, da ciò che propone sia la Cisl che il M5S, per esempio con una riforma fiscale come ha proposto Landini, per rifinanziare la sanità restano da affrontare i problemi indicati tanto dal M5S che dalla Cisl.

Se a causa delle contraddizioni interne alla sinistra, non si interviene su questi problemi il rischio è di restare, nella “generica protesta” e doverci accontentare della manciata della Meloni ovviamente restando, come sinistra, tutti “insieme” cioè “tutti uniti” come a piazza del popolo sul palco della CGIL.

La manciata è quella di cui parla il ministro Schillaci pari a 2/3 mild.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115853

URGENZA SANITA'. Cittadinanza Attiva



URGENZA SANITÀ



Terminata l'emergenza pandemica, i cittadini si trovano a fare i conti più di prima con le conseguenze di scelte improvvise che durano da decenni: lunghissime liste di attesa, pronto soccorso allo stremo, medici di medicina generale assenti in molte aree non per nulla definite “deserti sanitari”. Il ricorso alla spesa privata aumenta ed è incompatibile con un sistema universalistico, oltre a essere possibile solo se le condizioni economiche dei singoli lo permettono. Per molte cittadine e molti cittadini l'attesa si è trasformata in rinuncia.

Sono le tante urgenze sanità che Cittadinanzattiva ha già fotografato nel [Rapporto civico sulla salute 2023](#), presentato a Roma l'11 maggio scorso. Il Rapporto, come anche la presente indagine, è realizzata nell'ambito di “[Urgenza sanità](#)”, una campagna di mobilitazione permanente promossa da Cittadinanzattiva a difesa del Servizio Sanitario Nazionale.

La presente indagine vuole fornire un quadro della situazione dei tempi d'attesa (TDA) per le visite specialistiche in quattro regioni d'Italia – Lazio, Emilia Romagna, Liguria e Puglia - scelte in base alla disponibilità e reperibilità dei dati presenti sulle loro piattaforme web.

Per quanto riguarda gli ulteriori criteri utilizzati abbiamo scelto di focalizzare la nostra indagine su 3 diverse ASL per Regione, in base alla loro ampiezza, comprendendo sempre quella del capoluogo di provincia, e su 6 diverse tipologie di visite specialistiche ed esami diagnostici oggetto di diverse segnalazioni pervenute negli anni: la visita cardiologica, quella ginecologica, quella pneumologica, quella oncologica, l'ecografia addominale completa e la mammografia.

La prima cosa che abbiamo notato durante l'acquisizione dei dati dai siti regionali è come questi si presentino eterogenei tra loro e di difficile lettura, rendendo dunque molto complesso svolgere un monitoraggio tra le varie regioni poiché la “base dati” è totalmente disomogenea.

Ricordiamo, invece, che in diverse disposizioni normative (in primis il CODICE dell'Amministrazione Digitale) si prevede l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di inserire “base dati omogenee” per tipologia e contenuto e la cui conoscenza è rilevante per lo svolgimento delle funzioni istituzionali delle altre pubbliche amministrazioni, anche solo per fini statistici.

La normativa sulla trasparenza e sull'accesso civico prevede, inoltre che chiunque ha il diritto di richiedere documenti, informazioni o dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente nei casi in cui le pubbliche amministrazioni ne abbiano omissa la pubblicazione sul proprio sito web (art. 5, comma 1, del d.lgs. n. 33/2013). I dati devono essere accessibili, leggibili e si devono poter scaricare.

Entrando nel merito dell'indagine la Puglia è risultata essere la maglia nera del campione scelto, con dei picchi negativi anche pari allo 0% per quanto riguarda la percentuale di rispetto dei tempi sia per una visita pneumologica che per una oncologia nell'ASL di Lecce con priorità D (entro 30/60 giorni).

Anche nell'ASL di Bari la situazione non è di tanto migliore, con il rispetto dei tempi solo nel 9,38% dei casi per una visita ginecologica con priorità B (entro 10 giorni) e nel 14,39% per un'ecografica completa all'addome con priorità B. La situazione migliora leggermente nell'ASL di Taranto, dove i tempi di attesa vengono rispettati almeno nel 33% dei casi, ma anche qui si possono registrare picchi negativi come nel caso di una visita pneumologica con priorità B per la quale i tempi vengono rispettati solo nel 20,83% dei casi.

Anche in Liguria la situazione non è delle migliori con una serie di picchi negativi molto importanti registrati nelle diverse ASL prese in esame: per una visita cardiologica con priorità D, nell'ASLigure 1 (Imperia), si registrano dei tempi di attesa pari a 159 giorni; per una mammografia con priorità P, nell'ASLigure 5 (Spezzino), si arriva addirittura ad attendere 253 giorni; per un'ecografia addominale completa con priorità D, nell'ASLigure 3 (Area metropolitana di Genova), si registrano addirittura dei tempi di attesa pari a 270 giorni, circa cinque volte superiori a quelli previsti dalla legge.

	VISITA CARDIOLOGICA	VISITA GINECOLOGICA	VISITA PNEUMOLOGICA	VISITA ONCOLOGICA	ECO ADDOME	MAMMOGRAFIA
ASL ROMA 1	95,6% (B)	91,7% (B)	91,4% (B)	96,2% (B)	60,7% (B)	100% (B)
	87,1% (D)	97,3% (D)	72,8% (D)	98% (D)	63,9% (D)	98,3% (D)
	81,1% (P)	92,3% (P)	61,6% (P)	97,5% (P)	58,6% (P)	85,8% (P)
ASL ROMA 4	41% (B)	100% (B)	37,5% (B)	100% (B)	18,2% (B)	100% (B)
	80% (D)	100% (D)	32,4% (D)	100% (D)	66,7% (D)	100% (D)
	47,2% (P)	41,7% (P)	78,6% (P)	100% (P)	100% (P)	83,3% (P)
ASL VITERBO	51,5% (B)	100% (B)	100% (B)	100% (B)	61,9% (B)	100% (B)
	47,2% (D)	100% (D)	90,5% (D)	100% (D)	51,6% (D)	100% (D)
	45,8% (P)	91,7% (P)	100% (P)	94,4% (P)	54,5% (P)	78,4% (P)
AUSL BOLOGNA *	99%	57%	69%	100%	65%	100%
AUSL R. EMILIA *	100%	98%	39%	100%	97%	57%
AUSL PARMA *	93%	91%	100%	100%	64%	85%
AS LIGURE 1 Imperia **	61 gg (B)	33 gg (B)	0 (B)	Dato non disponibile	5 gg (B) 21	0 (B)
	159 gg (D)	115 gg (D)	0 (D)		gg (D) 24	0 (D)
	ND (P)	129 gg (P)	ND (P)		gg (P)	0 (P)
AS LIGURE 3 Genova **	6 gg (B)	3 gg (B)	26 gg (B)	17 gg (B)	5 gg (B)	1 g (B)
	6 gg (D)	3 gg (D)	49 gg (D)	19 gg (D)	83 gg (D)	1 g (D)
	6 gg (P)	3 gg (P)	55 gg (P)	19 gg (P)	270 gg (P)	1 g (P)
AS LIGURE 5 Spezzino **	50 gg (B)	23 gg (B)	1 g (B)	1g (B)	1 g(B)	102 gg (B)
	84 gg (D)	86 gg (D)	1g (D)	1 g (D)	1 g (D)	253 gg (D)
	88 gg (P)	93 gg (P)	155 gg (P)	1 g (P)	1 g (P)	253 gg (P)
ASL BARI	20,83% (U)	9,38%(B)	7,69% (U)	33,33% (U)	14,39% (B)	32,14% (B)
ASL LECCE	9,68% (D)	10% (D)	0% (D)	0% (D)	38,84% (P)	16,67% (P)
ASL TARANTO	41,1% (P)	33,33% (B)	20,83% (B)	50% (B)	85,71% (B)	75% (B)

Fonte: Cittadinanzattiva - Campagna Urgenza sanità. Analisi su tempi di attesa Luglio 2023.

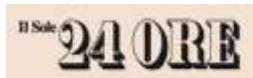
La situazione in Emilia-Romagna è sicuramente migliore rispetto a quelle precedentemente viste, anche se i dati qui disponibili sono soltanto aggregati e non distinti per codice di priorità, il che non permette di fare una analisi ben ponderata. Molte le situazioni positive riscontrabili nelle ASL prese in esame, ma anche qui si nota

il picco negativo per la visita pneumologica nell'AUSL di Reggio Emilia, dove le tempistiche vengono rispettate solo nel 39% dei casi, o per la visita cardiologica nell'AUSL di Bologna, rispettate nel 57% dei casi. In quest'ultima AUSL, analizzando i vari dati, abbiamo riscontrato anche un picco negativo per quanto concerne la visita endocrinologica, non oggetto della nostra indagine, ma che, con il rispetto delle tempistiche garantito solo nel 13% dei casi, non possiamo fare a meno di portare a referto.

Ribadendo che per la regione in oggetto non è possibile ricavare il dato in base alla categoria di priorità, non essendoci la suddivisione selezionabile dalla piattaforma regionale, sarebbe stato molto interessante vedere la costruzione di questa basse percentuale ma, purtroppo, dobbiamo limitarci al dato fornito.

Anche nel Lazio la situazione si presenta abbastanza positiva ma, anche qui si registrano alcune criticità nelle varie ASL prese in oggetto: per un'ecografia addominale completa con priorità B, nell'ASL Roma 4, i tempi di attesa sono rispettati solo nel 18,2% dei casi; per una visita cardiologica con priorità D, nell'ASL di Viterbo, si registrano tempi di attesa rispettati nel 47,2% dei casi. Situazione migliore nell'ASL Roma 1, dove si registrano comunque criticità per la visita pneumologica e l'ecografia addominale completa, entrambe con priorità P, dove i tempi sono rispettati nel 61,6% e nel 58,6% dei casi.

<https://www.cittadinanzattiva.it/comunicati/15741-urgenza-sanita-presentato-da-cittadinanzattiva-il-rapporto-civico-sulla-salute-2023.html>



Terzo Outlook Deloitte/ Gli italiani promuovono la sanità pubblica con la sufficienza ma il 32% rinuncia alle cure. Avanzano digitale e polizze, Il Sole 24 Ore

Sistema sanitario nazionale in affanno e ricorso sempre più frequente alla sanità privata e alle assicurazioni. Digitalizzazione sempre più diffusa e scarsa consapevolezza dei cittadini sull'impatto positivo del Pnrr. È questo il quadro che emerge dal report di Deloitte "Outlook Salute Italia – Prospettive e sostenibilità del Sistema sanitario". Così, se si chiede agli italiani di dare un voto da 1 a 10 alla sanità italiana, il Sistema sanitario nazionale viene promosso con una sufficienza del 6,3 (in lieve calo rispetto all'edizione precedente), mentre alla Sanità privata si attribuisce una votazione media di 7,1. Voto che, anche in questo caso, segna un peggioramento della percezione dei cittadini sulla efficienza complessiva della sanità nel nostro Paese.

«Dalla terza edizione dell'Outlook Salute emergono alcune traiettorie di evoluzione del nostro Ssn, che sempre più si vede affiancare da attori privati, nuovi player digitali e dal mondo delle assicurazioni nel venire incontro alle esigenze degli italiani - commenta Guido Borsani, Partner di Deloitte e Government & Public Services Industry Leader -. Sicuramente la trasformazione in chiave digitale della Sanità è una di queste traiettorie, fortemente accelerata dalla pandemia. Circa 1 adulto italiano su 2 prenota online prestazioni sanitarie, la stessa percentuale riceve referti o altri documenti via e-mail o scaricandolo dal Fascicolo Sanitario Elettronico, da un'app o sito internet».

Cala la fruizione delle principali prestazioni.

Secondo le rilevazioni di Deloitte negli ultimi anni è calata la percentuale di chi dichiara di fruire di alcune delle principali prestazioni sanitarie. In negativo soprattutto il ricorso ai medici di famiglia e ai pediatri (dal 64% nel 2019 al 48% nel 2022), la diagnostica strumentale (dal 50% al 41%), le cure odontoiatriche (dal 44% al 36%) e gli esami di laboratorio (dal 66% al 59%).

Un italiano su 3 rinuncia alle prestazioni sanitarie.

La percentuale di chi accede alle principali prestazioni sanitarie aumenta con l'aumentare del reddito: è il caso delle visite specialistiche, a cui accede il 67% dei rispondenti che hanno un reddito mensile familiare superiore ai 2.500 euro, contro il 45% di chi ha un reddito familiare più basso. Così, è del 32% la percentuale di adulti italiani che dichiara di avere dovuto rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno, e di questi, la quota più rilevante (il 61%) ammette di averlo fatto per motivi economici, percentuale in crescita rispetto alla precedente edizione.

Aumenta il ricorso alla sanità privata.

Tra chi ha fruito di una prestazione sanitaria, la percentuale di chi dichiara di averlo fatto rivolgendosi ad una struttura pubblica si è ridotta significativamente in questa edizione: i cali più rilevanti si sono registrati per quanto riguarda gli esami di laboratorio (-24% rispetto al 2021) e i piccoli interventi ambulatoriali (-22%). D'altra parte, anche altri servizi quali le visite specialistiche, la diagnostica strumentale e l'accesso a strutture protette registrano dei cali significativi nel ricorso alle strutture pubbliche.

Forte disinformazione sul Pnrr in ambito Sanità.

Il Pnrr potrebbe essere uno degli strumenti con cui rafforzare la Sanità italiana. Ma circa 1 intervistato su 3 si dichiara per nulla informato rispetto alle iniziative previste in ambito Sanità dal Pnrr e al loro possibile impatto. Quasi 1 su 2 ritiene d'altra parte che questi investimenti impatteranno (molto o abbastanza)

sull'efficienza della Sanità italiana. I più positivi a riguardo sono le donne, i più istruiti e i cittadini delle regioni del Nord-Est e delle Isole.

Prosegue la digitalizzazione della Sanità.

Gli italiani sono ormai abituati ad utilizzare il canale digitale per interagire con il Sistema Salute. Così, almeno 1 intervistato su 4 ha acquistato beni sanitari tramite e-commerce, oltre 1 adulto su 3 utilizza dispositivi e app per il monitoraggio della salute e il 76% dichiara di conoscere il Fascicolo Sanitario Elettronico (Fse) – utilizzato dal 44% di questi nel corso del 2022. A fronte di questa evoluzione digitale, per gli intervistati il contatto diretto medico- paziente non può essere sostituito dal contatto digitale.

Le pagelle della Sanità Pubblica e Privata.

Al Ssn gli italiani riconoscono in media, su una scala da 1 a 10, un voto di 6,3 (in lieve calo rispetto all'edizione precedente), mentre alla Sanità Privata attribuiscono una performance discreta (in media 7,1), ma anche in questo caso in calo rispetto all'edizione precedente. Tra le singole voci oggetto di valutazione, i tempi di attesa sono quelle con i voti meno positivi. In costante miglioramento l'accesso ai servizi erogati anche dalle farmacie, mentre la qualità del servizio 112 accusa un arresto nella percezione dei cittadini, dopo il miglioramento registrato lo scorso anno.

Si rafforza il ruolo delle farmacie.

Nel 2022, tra chi dichiara di avere fruito di almeno una prestazione sanitaria, 1 su 2 ha fatto ricorso a prestazioni presso una farmacia che, anche per il Nord, diventa uno dei presidi medici di prossimità. In particolare, è soprattutto la fascia dei più giovani che dichiara di ricorrere alla farmacia per supporto sanitario, in particolare per consulenze e per le analisi base, mentre tra gli over 65 “solo” 1 su 3 dichiara di rivolgersi ad una farmacia per questo tipo di prestazioni.

Le polizze ritornano ai livelli pre-pandemici.

Tra chi possiede una polizza, il tasso di utilizzo è aumentato rispetto allo scorso anno. Guardando ai possibili ambiti di sviluppo futuri delle polizze salute, possessori e non concordano nella richiesta di un ampliamento dell'offerta con prestazioni non coperte dal Servizio sanitario nazionale: entrambi, infatti, mettono questa voce al primo posto nella propria lista di desiderata.

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-07-13/terzo-outlook-deloitte-italiani-promuovono-sanita-pubblica-la-sufficienza-ma-32percento-rinuncia-cure-avanzano-digitale-e-polizze-102023.php?uuid=AFbWE2C&cmpid=nlqf>

Carla Collicelli

La realtà del benessere e della salute e della loro tutela si sta muovendo, sia in termini di domanda che di offerta, e abbiamo di fronte a noi un problema di dimensioni molto grandi rispetto all'obiettivo della salvaguardia dell'universalismo. Un universalismo che potrà essere tutelato solo se saremo in grado di mettere in campo strumenti e regole nuove

17 LUG -

Il privato per la salute e in sanità: quali prospettive? Non vi è dubbio che il rapporto tra pubblico e privato in sanità sia uno dei nodi irrisolti. E per chi ragiona da anni su questi temi viene alla mente un documento prodotto in ambito CNEL nel 1996 (sotto la presidenza di Giuseppe De Rita) nell'ambito del Gruppo di Lavoro sulla "mercatazione" *del sociale*, dal titolo "Statualità, mercato e socialità nel Welfare".

Il documento analizza il rapporto tra pubblico e privato nel sociale e nella sanità, a partire dalla considerazione della necessità di individuare soluzioni praticabili rispetto alla revisione del sistema da più parti reclamata (anche ad esempio dalla Legge delega Amato del 1992[1]).

Un sistema che è messo a dura prova da due fattori: da un lato "i cambiamenti della cultura della salute e l'avanzare di un protagonismo nuovo da parte dei pazienti"; e dall'altro la realtà di un mercato pubblico-privato non regolato, "un mercato sociale caratterizzato da alta responsabilità individuale e di gruppo e da accentuato pluralismo dei soggetti erogatori dei servizi". In altre parole un "mix di fatto tra elementi tipici del modello universalistico, elementi di quello categoriale-professionale ed elementi di carattere individuale e fiscale".

"Un mix che non soddisfa", queste le precise parole del documento[2] in quanto "non in grado di assicurare la base minima di benessere da legare ai diritti di cittadinanza, di definire e tutelare i limiti massimi di compatibilità per le prestazioni e la domanda, di contemperare le logiche dominanti di carattere burocratico e corporativo con logiche di partecipazione, di rappresentanza e di responsabilità, di imboccare una strada di maggiore dinamismo e flessibilità, da accompagnare ad ocularietà e attenzione nella distribuzione delle risorse".

L'ipotesi con cui il contributo si conclude è quella di una revisione del modello di welfare attorno a 4 diverse funzioni: di indirizzo, coordinamento e valutazione la prima; di allocazione delle risorse, gestione dei fondi e acquisto dei servizi la seconda; di produzione e gestione dei servizi la terza; di utenza, partecipazione e controllo dal basso la quarta.

Funzioni che possono essere attribuite a diverse soggettualità, anche private, dai cittadini e loro rappresentanze (in un'ottica di *empowerment*), alle assicurazioni, ai fondi sanitari, alle aziende; ma sotto l'egida di un coordinamento pubblico ben calibrato e serrato, di una integrazione sia verticale che orizzontale, con rispetto della sussidiarietà e soprattutto con un ruolo forte di livello strategico e di orientamento da parte della statualità, centrale e regionale, rispetto alla socialità ed al mercato.

Come sappiamo, nulla è successo dopo la Delega Amato rispetto a questa importante questione, nonostante i tentativi dei decreti 502 del 1992 e 517 del 1993[3], che cercavano di indirizzare la legislazione nella direzione di una sorta di concorrenza regolata tra pubblico e privato, un "quasi mercato", simile per certi aspetti ai modelli di welfare continentale di tipo assicurativo, nel primo, ed una più chiara definizione del ruolo del privato nel fornire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle del SSN, il secondo.

E le riflessioni del documento del CNEL sono rimaste lettera morta, tanto è che oggi ci ritroviamo di nuovo a constatare come buona parte dei mali della sanità siano ascrivibili al mancato rispetto dell'equità e dell'universalismo e alla mancanza di una regolazione dei rapporti tra pubblico e privato. Per cui occorre ripartire da lì e da quel modello incompiuto a 3 gambe.

Per quanto riguarda la statualità (per riprendere la terminologia del documento CNEL del 1996) e la sua promessa di universalismo, la situazione è andata via via peggiorando, anche a causa della approvazione nel 2001 della riforma del Titolo V della Costituzione sul decentramento amministrativo[4], che ha ampliato ruolo e competenze delle autonomie locali ed ha fatto crescere le differenze e le disparità, sia in termini di offerta di servizi che in termini di modalità di accesso.

L'indebolimento progressivo e costante del Servizio Sanitario Nazionale dal punto di vista delle risorse pubbliche destinate, particolarmente accentuato fino al 2012, e mai sanato adeguatamente nel periodo successivo, ha ulteriormente contribuito ad esacerbare il rapporto tra pubblico e privato, con il ricorso crescente da parte dei pazienti a prestazioni private in tutto e per tutto sostitutive di quelle pubbliche, a causa delle tante aree di cura lasciate scoperte o trattate dal pubblico in maniera non adeguata, da un lato; e per lo sviluppo delle forme di autotutela e di "fai da te", di cui il cosiddetto processo di "badantizzazione" dell'assistenza ai soggetti fragili e malati è l'esempio più eclatante, dall'altro.

La cosiddetta "sanità negata" stigmatizzata nel documento del '96, ma anche nei rapporti RBM Salute - Censis dei Welfare Day del secondo decennio del secolo[5], nel libretto del 2004 scritto con Giuliano Cazzola con il titolo di "Welfare fa da te"[6], ed anche nelle ricerche condotte da CREA-Sanità tra 2017 e 2020 per incarico della Cgil Funzione Pubblica su tempi e costi delle prestazioni nei diversi regimi[7], è più che mai attuale oggi.

La "giungla di un'offerta scoordinata tra pubblico e privato" e le dimensioni crescenti della spesa out of pocket (di tasca propria), sono sempre più drammaticamente evidenti. E poco o nulla hanno potuto i vari tentativi messi in campo e sostanzialmente falliti, per affrontare la questione come: il Progetto "Mattoni" della Ministra Turco sui tempi di attesa, il lavoro dell'Agenas sui sistemi di prioritarizzazione, il varo del primo Piano Nazionale di governo delle liste di attesa del 2010, e tutti i successivi fino ad oggi, le già citate indagini di RBM Salute e Censis, e le rilevazioni del Tribunale per i diritti del Malato, di Gimbe, di CREA-Sanità e del Censis.

I dati più recenti, resi ancor più drammatici dall'impatto della pandemia, confermano la crescita del fenomeno della rinuncia alle prestazioni sanitarie (*Forgone care*, più dell'11% della popolazione nel 2021 secondo l'Istat), e l'inadempienza rispetto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da parte di tutte le regioni anche se in misura diversa (chi più chi meno). Tant'è che nel 2022 Ocs e UE nel Rapporto *Health at a Glance*, l'analisi annuale sulla sanità[8], segnalano la crescita marcata dei cosiddetti "bisogni non soddisfatti" (*unmet needs*), e Oxfam conferma la presenza di una vera e propria povertà sanitaria derivante dall'insostenibilità per le famiglie della spesa *out of pocket*, specie quella legata ai cosiddetti eventi sanitari "catastrofici".

Diseguale presenza delle strutture sanitarie pubbliche sul territorio e nelle diverse regioni; rinuncia alle prestazioni sanitarie per motivi economici e/o di disponibilità dei servizi; spesa out of pocket, e spesso in nero, per l'assistenza domiciliare e la riabilitazione; spesa privata *out of pocket* per prestazioni sanitarie ambulatoriali non disponibili in tempi adeguati nel pubblico; ticket di compartecipazione alla spesa e tariffe relative alle prestazioni erogate in regime di Intramoenia; welfare sanitario aziendale e di forme di mutualità sanitaria collettiva; debolezza delle tipologie di sostegno economico ai disabili e cronici; sono tutti indicatori che rimandano a problemi importanti di mancato rispetto del diritto ad un accesso equo di tutti i cittadini alle cure necessarie e di monetizzazione dei bisogni e della stessa appropriatezza delle cure.

Per quanto riguarda la seconda gamba del sistema, la sanità privata, la sua crescita è implicita rispetto al processo di privatizzazione dei consumi di cui abbiamo detto. Come dichiarato dalle Regioni nella recente Audizione al Senato, l'aumento della platea di beneficiari delle forme integrative di assistenza sanitaria è strettamente collegato al debole finanziamento della sanità pubblica. Il che crea una situazione grave di disparità tra chi è nelle condizioni di usufruire di una copertura assicurativa o mutualistica aggiuntiva e chi questo vantaggio non lo possiede.

Dal punto di vista dei servizi erogati, il privato accreditato attualmente eroga il 70% delle prestazioni di lungodegenza e riabilitazione (le cosiddette prestazioni post-acute), il 65% di quelle ambulatoriali, il 25% di quelle per acuti (con alcune Regioni ben al di sopra come il Lazio al 50% e Lombardia al 40%) e l'84% delle Rsa. Mentre dal punto di vista della spesa, nel 2021, la spesa sanitaria complessiva, pari a 168 miliardi di euro, è stata per il 75,6% a carico delle amministrazioni pubbliche (127 miliardi), per il 21,8% a carico delle famiglie (36,5 miliardi) e per il 2,7% a carico di regimi di finanziamento volontari[9].

E grida vendetta il rapporto patologico e decisamente contrario ai principi del Servizio Sanitario Nazionale che si è venuto configurando tra servizi offerti in regime di SSN (sia a gestione pubblica che a gestione convenzionata), con la sola copertura del ticket di compartecipazione alla spesa (benché diseguale per territori e in alcuni casi troppo pesante per le tasche delle famiglie), e servizi offerti dalle stesse strutture (pubbliche e convenzionate) in regime di Intramoenia, o di Privato Sociale, vale a dire in regime sostanzialmente pubblico

ma con costi maggiori e soprattutto con liste di attesa separate e molto più brevi (per effetto del maggiore costo a carico delle famiglie e dunque di una selezione economica impropria della domanda e degli accessi).

E che ne è della terza gamba, quella della socialità? Ha continuato a lavorare sotto traccia, attraverso l'associazionismo di patologia[10], le organizzazioni dei pazienti, le variegatae forme di partecipazione, coprogettazione[11] ed *empowerment*, che pure sul territorio esistono con dimensioni ragguardevoli e funzioni molto importanti.

Due esempi in particolare. Il lavoro delle famiglie, dei care-giver e dell'associazionismo nella continuità assistenziale, nella cura dei non autosufficienti, nella prevenzione e nell'*outreach*, vale a dire quella sanità attiva che va alla ricerca della propria utenza e dei bisogni più urgenti da soddisfare. Il primo. E secondo il ruolo delle tecnologie abilitanti per l'informazione, la comunicazione e l'*empowerment* dei cittadini nel rapporto con i servizi, grazie a prodotti e processi orientati all'inclusione sociale e al superamento delle barriere all'accesso[12].

È interessante notare che tra i tanti cambiamenti provocati dalla pandemia, vi è anche quello di aver evidenziato l'importanza del ruolo della società civile, della comunità e del privato sociale nel promuovere la salute. Come dichiarato dai medici dell'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo il 21 marzo 2020 in un importante articolo[13]: per la salute e per *“le epidemie, che provocano vere crisi umanitarie”*, è necessario un approccio di popolazione, di territorio e di comunità.

Una dimensione che ora ha una chance per emergere grazie agli investimenti previsti nelle Missioni 5 e 6 del PNRR, che ha raccolto almeno in parte il messaggio, prevedendo il rafforzamento della medicina del territorio (Case e ospedali di comunità, assistenza domiciliare, punti unici di accesso, collaborazione con il terzo settore). Grazie a questa nuova impostazione, che deriva in primis dal Programma *Next generation UE*, il rapporto malato tra pubblico e privato in sanità potrebbe forse ora risolversi positivamente. I punti all'ordine del giorno sono, innanzitutto la piena attuazione all'approccio *One Health* e *“Salute in tutte le politiche”*, ed il necessario ripensamento della progettazione urbana e territoriale (le cosiddette *Healthy cities*[14]) come del mondo del lavoro e della formazione, secondo quanto espresso anche nel documento dell'ASviS *“Salute e non solo sanità”*, curato dal Gruppo di lavoro del Goal 3 nel 2020 allo scoppio della pandemia[15], che sottolinea in particolare il rapporto da ricostruire in forma rinnovata tra sociale e sanitario e la lotta alle sovrapposizioni e agli sprechi.

In secondo luogo il PNRR potrebbe essere l'occasione per invertire la rotta del definanziamento, come dichiarato dalle Regioni nella recente audizione, che chiedono di *“valorizzare l'attività dei fondi integrativi indirizzandola verso quelle prestazioni aggiuntive rispetto ai livelli essenziali di assistenza oppure verso quelle prestazioni che tradizionalmente il Servizio Sanitario Nazionale eroga in modalità più limitata (es. prestazioni odontoiatriche, prestazioni sociosanitarie), evitando di duplicare le prestazioni sanitarie che sono già erogate dalla sanità pubblica”*.

In terzo luogo occorre aprire, o riaprire, un dialogo costruttivo con il mondo delle mutue e assicurazioni, rispetto al quale è interessante notare che molte regioni hanno colto le difficoltà e le lacune sul proprio territorio di riferimento ed hanno iniziato a considerare il mondo della sanità integrativa come un mondo da valorizzare e da sfruttare ai fini di una maggiore efficienza ed efficacia di intervento. Facendo riferimento al lavoro approfondito condotto dal prof. Campedelli e presentato nell'ambito di un convegno realizzato a Venezia a novembre 2016[16], molte regioni hanno iniziato a prendere provvedimenti di vario tipo.

E quarto, per sciogliere i nodi di un rapporto disarticolato e per molti versi patologico tra pubblico e privato in sanità occorre anche rivedere la questione del rapporto tra diversi erogatori dei servizi, tra diversi regimi all'interno delle stesse strutture di erogazione, e tra regole diverse di accesso a seconda del regime dei pagamenti, abolendo la distinzione tra liste di attesa per pazienti in regime di SSN con solo ticket e pazienti in Intramoenia e Privato sociale.

Utopia? Previsione azzardata? La realtà del benessere e della salute e della loro tutela si sta muovendo, sia in termini di domanda che di offerta, e abbiamo di fronte a noi un problema di dimensioni molto grandi rispetto all'obiettivo della salvaguardia dell'universalismo. Un universalismo che potrà essere tutelato solo se saremo in grado di mettere in campo strumenti e regole nuove, più adeguate e più consone alla necessità di far fronte a un quadro epidemiologico pesante secondo una logica di appropriatezza e di giustizia sociale, assieme a elementi nuovi atti a promuovere una collaborazione più avanzata tra pubblico e privato ed una valorizzazione eticamente fondata dell'impegno in termini di risorse delle famiglie e dei pazienti, ed anche del mondo della

sanità integrativa. Vogliamo sperare che la spinta di resilienza trasformativa innescata dalla pandemia apra una stagione nuova di ridefinizione dei ruoli e di più adeguata tutela della salute individuale e collettiva.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115562



Professioni sanitarie, dalle Regioni le linee guida sul lavoro "privato" tra incompatibilità e gestione delle liste d'attesa, Il Sole 24 Ore

Professioni sanitarie: le Regioni dettano le loro indicazioni sui criteri di svolgimento dell'attività consentita dall'articolo 13 del DL 34/2023 convertito dalla legge 56 del 26 maggio scorso.

Lo fanno con un documento approvato all'unanimità in Commissione Salute e di cui chiedono la massima divulgazione locale, che ha la funzione innanzitutto di portare chiarezza "a fronte del carattere piuttosto generico e lacunoso della previsione legislativa".

E ferma restando la possibilità per le singole amministrazioni e aziende di scelte diverse sempre in questa cornice. Innanzitutto, il "dove": l'extra officio potrà avvenire solo "al di fuori dell'azienda o ente di appartenenza, con esclusione di qualsiasi attività professionale intra moenia, per il cui esercizio servirebbe una formale previsione legislativa".

Mentre "va ritenuto ammissibile il conferimento di incarichi libero professionali da parte di altre strutture pubbliche, anche del Ssn, e l'instaurazione di rapporti di lavoro autonomo con strutture private anche accreditate".

Così come l'esercizio di attività libero professionali a favore di singoli utenti. Non solo: interpretando letteralmente la norma, si deve ritenere "non possa essere esclusa la possibilità di instaurare rapporti di dipendenza con altre strutture pubbliche o private, salvo poi valutarne la compatibilità in sede di rilascio dell'autorizzazione ed in fase di esecuzione della prestazione per le probabili interferenze con l'organizzazione dell'Azienda datore di lavoro".

Poi, il "cosa": secondo le linee d'indirizzo delle Regioni le attività extra possono essere esclusivamente quelle riconducibili alle professioni sanitarie per le quali, indipendentemente dal profilo di inquadramento, gli interessati siano abilitati. Infine, il capitolo "autorizzazione" - per cui andrà previsto un apposito regolamento aziendale - riferito ai tre vincoli posti dall'articolo 3-quater del DL 127/2021 per il rilascio del via libera: a) l'attività deve garantire prioritariamente le esigenze organizzative del Servizio sanitario nazionale; b) deve essere verificato il rispetto della normativa sull'orario di lavoro; c) l'organo di vertice dell'amministrazione di appartenenza deve attestare che non sia pregiudicato l'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, anche conseguenti alla pandemia.

L'ente di appartenenza - chiedono le Regioni - dovrà verificare che l'attività da autorizzare sia compatibile con l'orario di lavoro e l'orario di servizio del dipendente e più in generale con l'organizzazione aziendale e non sia quindi, tra l'altro, di ostacolo alla programmazione e all'effettuazione dei turni di lavoro e a quelli di pronta disponibilità".

Mentre quanto al rispetto dell'orario di lavoro di cui al DLgs 66/2003 e ai Ccnl il dipendente "dovrà, in sede di richiesta di autorizzazione, assumere l'impegno circa il rispetto della predetta normativa" e, con cadenza periodica (ogni due o tre mesi) presentare nel corso dell'attività una dichiarazione sostitutiva (...) comprovante il rispetto dell'impegno assunto".

Non si ritiene rilasciabile l'autorizzazione nei confronti dei dipendenti che siano a tempo parziale.

Infine, sul terzo "paletto", il no all'autorizzazione richiesta dal dipendente in rapporto all'obiettivo aziendale relativo allo smaltimento delle liste di attesa, "non può essere giustificato solo dall'esistenza di situazioni di criticità connesse al superamento dei tempi di erogazione delle prestazioni all'utenza rispetto ai termini fissati

dalle regioni, ma dalla circostanza che, concretamente, l'esercizio dell'attività extra ufficio possa pregiudicare i piani aziendali di recupero di tali prestazioni. Pertanto, qualora i piani in parola richiedano, come di norma, la resa di orario aggiuntivo, il dipendente dovrà dichiarare la disponibilità in via preventiva alla sua effettuazione". "In ogni caso - si legge nel documento - il diniego all'autorizzazione deve essere fondato su motivi oggettivi, che devono essere esplicitati in una adeguata motivazione, in modo di dar conto dell'esistenza dei presupposti che consentono il rifiuto e, in generale, del rispetto dei criteri di correttezza e buona fede".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-07-12/professioni-sanitarie-regioni-linee-guida-lavoro-privato-incompatibilita-e-gestione-liste-d-attesa-173926.php?uuid=AFAGNTC&empid=nlqf>

ONE HEALTH, CLIMA, SALUTE E AMBIENTE

THE LANCET Regional Health
Europe

Avvicinamento a limiti non sicuri: disuguaglianze sanitarie legate al clima all'interno e all'esterno dell'Europa. Kim et al., The Lancet

Kim R. van Daalen, Cathryn Tonne, Carmela Borrell, Maria Nilsson e Rachel Lowe

Pubblicato: 13 luglio 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100683>

Per la prima volta nella storia, si stima che sia molto probabile che le temperature globali in prossimità della superficie superino temporaneamente di 1,5 °C i livelli preindustriali prima del 2028; dimostrando che il mondo si sta avvicinando al limite planetario di 1,5 °C e non riesce a ridurre adeguatamente le emissioni.

Allo stesso tempo, le temperature del mare stanno aumentando notevolmente (2023), con previsti ulteriori aumenti a causa delle condizioni emergenti di El Niño (la fase calda dell'oscillazione El Niño-Southern) che probabilmente aggregheranno condizioni meteorologiche estreme in tutto il mondo.

In Europa, le temperature stanno aumentando del doppio rispetto alla media globale, con decenni passati caratterizzati da un riscaldamento senza precedenti (Fig. 1) e condizioni estreme in aumento. I paesi si stanno ora preparando per un'altra feroce estate dominata da stress da caldo, siccità, scarsità d'acqua e agricoltori che perdono i loro raccolti.

Il cambiamento climatico non è uno scenario teorico lontano nel futuro; è qui, uccide e sta peggiorando. Per anni, gli scienziati hanno sottolineato la crescente frequenza e portata degli impatti sulla salute legati al clima, e il dannoso inquinamento atmosferico causato da molti driver del cambiamento climatico.

Dalla morbilità legata al caldo all'alterata idoneità ambientale per le malattie infettive; si prevede che le tendenze sanitarie negative accelereranno e si intensificheranno in tutti gli scenari di emissione.

Non inaspettatamente, si prevede che i rischi per la salute saranno meno gravi a livelli di riscaldamento globale inferiori rispetto a quelli più elevati.

Inoltre, si suggerisce che il prossimo aumento globale di 0,5 °C sopra "oggi" (1 °C, 2017) comporti un rischio maggiore per unità di temperatura rispetto all'ultimo aumento di 0,5 °C: i rischi stanno accelerando.

Si stima che eventi simili all'estate europea del 2003, caratterizzati da migliaia di morti e gravi impatti socio-economici e ambientali, siano almeno il 24% più frequenti a 2 °C rispetto a un riscaldamento di 1,5 °C.

Si prevede inoltre che l'aumento delle temperature sposti ed espanda le aree climaticamente adatte alla trasmissione di malattie infettive in Europa.

Limitare il riscaldamento a 1,5 °C evita alcuni dei peggiori impatti sulla salute.

**Monthly mean 2m temperature anomalies in Europe (10°W-40°E, 30-75°N)
1950-2023 (compared to a 1979-2000 baseline)**

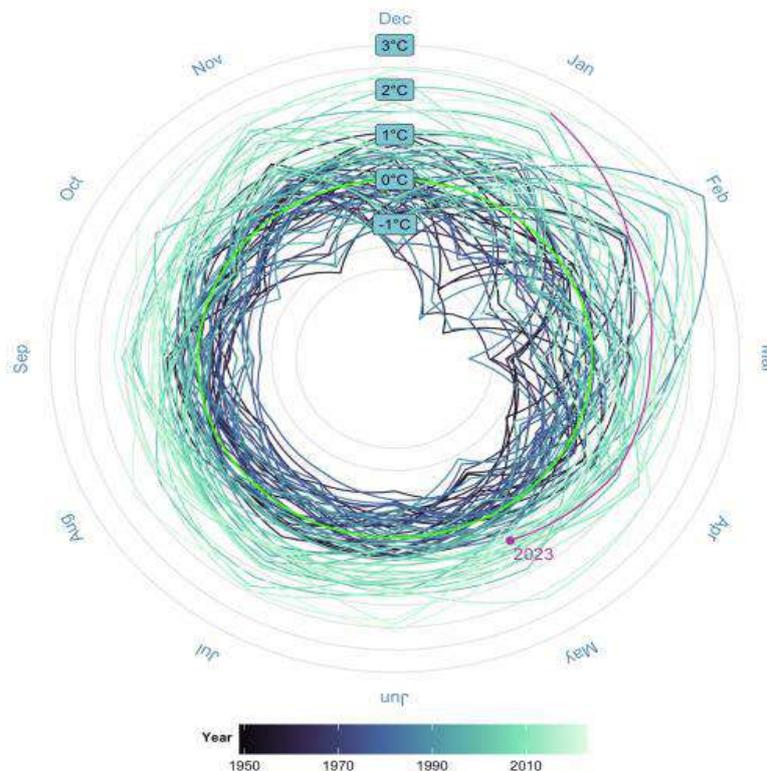


Fig. 1 Anomalie della temperatura media mensile in Europa tra il 1950 e il 2023.

Le anomalie sono definite rispetto a un periodo base 1979-2000. Le linee rappresentano le anomalie di temperatura media mensile di 2 m in Europa tra gennaio 1950 e maggio 2023, con gli anni più recenti rappresentati da un blu più chiaro e gli anni più lontani rappresentati da un blu più scuro (vedi legenda). La linea verde brillante rappresenta 0 °C di variazione rispetto al periodo base. La linea viola rappresenta il 2023 fino a maggio.

Queste temperature si basano su dati di temperatura a 2 m dall'ECMWF ERA5 e sono la temperatura dell'aria a 2 m sopra la superficie della terraferma, del mare o delle acque interne. La temperatura di 2 m viene calcolata interpolando tra il livello più basso del modello e la superficie terrestre, tenendo conto delle condizioni atmosferiche. Il riquadro di delimitazione per l'Europa è stato definito a 10°W-40°E, 30-75°N. La figura è stata realizzata utilizzando R (versione 4.0. <https://earth.bsc.es/gitlab/ghr/temperature-spiral>).

Ma gli impatti sulla salute legati al clima non sono uguali, né lo è la responsabilità per il cambiamento climatico. Le popolazioni all'interno e tra le regioni sono influenzate in modo differenziato a causa, tra l'altro, delle differenze nell'uso della terra e degli oceani, della disparità di reddito e ricchezza, dello sviluppo socio-economico, delle gerarchie sociali e dell'emarginazione e delle eredità storiche e in corso del colonialismo.

Le popolazioni più colpite tendono ad essere meno responsabili, hanno meno probabilità di essere riconosciute o dare priorità e gravate dall'affrontare più priorità contemporaneamente.

Mentre le popolazioni del Sud del mondo sono le più colpite; impatti negativi sproporzionati sulla salute si ripercuotono anche sulle comunità europee minoritarie e svantaggiate.

I paesi, le aziende e la classe dirigente all'interno dell'UE, che comprende alcuni dei paesi più ricchi a livello globale che hanno beneficiato maggiormente dell'industrializzazione, del capitalismo e del colonialismo, contribuiscono in modo determinante alle emissioni di gas a effetto serra storiche e attuali, esternalizzando molte pressioni ambientali e impatti negativi relativi al consumo dell'UE in luoghi al di fuori dell'UE.

A titolo illustrativo, i paesi dell'UE tendono a importare beni e servizi dalla Cina, dai vicini dell'Europa orientale e da altri paesi. Ciò si traduce in emissioni di gas serra, consumo di acqua, ecotossicità, inquinamento atmosferico locale, mortalità prematura correlata e altri impatti negativi sulla salute locale.

Il cambiamento climatico è intrinsecamente un problema di giustizia sociale e sanitaria.

In Europa, l'esposizione, la sensibilità e la capacità di adattamento differenziate si traducono in distribuzioni non uniformi degli impatti sulla salute legati al clima, che spesso riflettono disuguaglianze socio-demografiche ed emarginazione. Su scala subregionale, l'Europa orientale tende a sperimentare un maggiore inquinamento atmosferico, mentre l'Europa meridionale sperimenta una maggiore idoneità al calore e alle malattie infettive sensibili al clima.

All'interno dei paesi, la salute delle comunità a basso reddito, dei migranti e degli sfollati, delle minoranze etniche e delle popolazioni indigene, degli anziani, dei bambini e delle persone con condizioni di salute subisce un impatto più negativo, così come la salute delle persone e delle donne con minoranze sessuali e di genere che vanno attraverso la gravidanza e il parto. I lavoratori all'aperto, spesso in posizione socioeconomica svantaggiata o migranti, hanno maggiori probabilità di essere colpiti dai rischi per la salute legati al clima a causa della maggiore esposizione ai rischi climatici. Tuttavia, finora, l'equità ambientale, compresa la gestione delle distribuzioni socio-spaziali sproporzionate delle esposizioni ambientali e dei rischi per la salute, non è un obiettivo esplicito all'interno delle politiche dell'UE.

Otto anni dopo l'impegno a limitare l'aumento della temperatura globale al di sotto dei 2 °C, le politiche di mitigazione sono ancora inadeguate o carenti, come evidenziato da un aumento previsto di 3,2 °C entro il 2100. Alcuni progressi sono stati compiuti con l'adozione della legge europea sul clima: la base giuridica per l'azzeramento delle emissioni entro il 2050.

Tuttavia, sulla base dell'ultimo rapporto dell'IPCC, l'UE dovrebbe mirare a raggiungere lo zero netto prima: il più vicino possibile al 2040. Tanto più che, quando si utilizza l'approccio della Finlandia, basato sulla giusta quota di emissioni del paese (calcolata utilizzando la popolazione della Finlandia e le emissioni storiche) invece della velocità con cui le economie possono passare, l'UE dovrebbe raggiungere lo zero netto tra l'inizio e la metà del 2030 per limitare il riscaldamento a 1,5 °C in modo più equo.

È importante sottolineare che una mitigazione più ambiziosa può fornire grandi guadagni di salute globale oltre a scongiurare ulteriori cambiamenti climatici, con benefici per la salute particolarmente evidenti per la qualità dell'aria. La revisione della direttiva sulla qualità dell'aria ambiente dell'UE è un'opportunità cruciale per garantire che gli obiettivi di mitigazione del clima e di qualità dell'aria siano allineati. Andando oltre i limiti attualmente proposti e impegnandosi a ridurre l'inquinamento atmosferico in linea con le linee guida sulla qualità dell'aria basate sulla salute dell'OMS, l'UE può fornire un forte impulso per eliminare gradualmente i combustibili fossili, il cui uso è incompatibile con la sicurezza dell'aria.

Inoltre, sebbene un passo avanti con l'adozione del meccanismo di adeguamento del carbonio alla frontiera, gli obiettivi europei in materia di clima e inquinamento atmosferico tendono a concentrarsi esclusivamente sulle emissioni e sull'inquinamento domestici, lasciando enormi scappatoie per esternalizzare altrove gli impatti negativi sull'ambiente e sulla salute.

Non possiamo continuare a trattare i sintomi del cambiamento climatico senza affrontare le disuguaglianze sottostanti tra e all'interno dei paesi. L'Europa dovrebbe impegnarsi a garantire una transizione ambientale equa e sana, compresa un'ulteriore riduzione delle emissioni europee, assumendosi la responsabilità globale e sostenendo coloro che sono maggiormente colpiti all'interno e all'esterno dell'Europa.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(23\)00102-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(23)00102-3/fulltext)

"Abbiamo superato i limiti: la Terra non è più un luogo sicuro per gli esseri umani", L. Fraioli. *La Repubblica*

Luca Fraioli

Johan Rockström, con un team di scienziati, avvisa su Nature: "Gli impatti vanno oltre le ondate di calore e le alluvioni. Avremo minore sicurezza alimentare, un peggioramento della qualità dell'acqua, l'affioramento in superficie di acque sotterranee, il peggioramento delle condizioni di sussistenza, in particolare tra le vaste maggioranze vulnerabili nel mondo"

"Abbiamo raggiunto quello che io chiamo un punto di saturazione: il limite della capacità biofisica del sistema Terra di rimanere nel suo stato stabile. Ci stiamo avvicinando a punti critici, su scala globale stiamo assistendo a danni sempre più permanenti dei sistemi di supporto alla vita". [Johan Rockström](#), l'autorevole scienziato svedese che dirige l'Istituto di Potsdam per la ricerca sugli impatti del clima (Pik) suona nuovamente l'allarme. E lo fa dalle [pagine della rivista Nature](#), sulla quale ha appena pubblicato, insieme al team di ricercatori da lui guidato, uno studio dal titolo "Safe and just Earth system boundaries" (Limiti sicuri ed equi del Sistema Terra). In sostanza il Pianeta ha già superato i limiti di sicurezza per ospitare la vita umana in diversi settori: l'innalzamento delle temperature, l'interruzione dei sistemi idrici, la distruzione degli habitat naturali.

Rockstrom e i suoi collaboratori hanno da tempo individuato otto "limiti" del Sistema Terra, che includono la biodiversità, l'acqua, gli ecosistemi naturali, il consumo di suolo, gli effetti dei fertilizzanti e degli aerosol. Ebbene, dalla ricerca pubblicata sull'ultimo numero di *Nature* emerge che le attività umane hanno già spinto sette di questi otto limiti oltre la soglia di sicurezza per la nostra stessa sopravvivenza.

La novità dell'approccio del Pik e degli scienziati che si sono riuniti in un organismo denominato "Earth Commission" è che non si prendono più solo in considerazione gli eventi meteo direttamente riconducibili alla crisi climatica, ma tutte quelle conseguenze che potranno arrecare danni al genere umano.

"Gli impatti vanno oltre le ondate di calore e le alluvioni", spiega Rockstrom. "Avremo minore sicurezza alimentare, un peggioramento della qualità dell'acqua, l'affioramento in superficie di acque sotterranee, il peggioramento delle condizioni di sussistenza, in particolare tra le vaste maggioranze vulnerabili nel mondo". Un limite "sicuro ed equo", per esempio, sarebbe stato quello di mantenere il riscaldamento della Terra a 1 grado in più rispetto all'era preindustriale. Ma lo studio conferma che siamo già a quasi 1,2 gradi. E anche se si tenesse fede agli Accordi di Parigi, fermando entro la fine del secolo la febbre del Pianeta a 1,5 gradi in più, sarebbe comunque una catastrofe: 200 milioni di persone sarebbero esposte a temperature medie senza precedenti e mezzo miliardo di abitanti della Terra avrebbero a che fare con l'innalzamento dei mari.

Tuttavia la ricerca non vuole essere un *de profundis*. Secondo gli autori "la diagnosi planetaria è cupa, ma non dobbiamo perdere la speranza, anche se il tempo per un rimedio sta per scadere". Joyeeta Gupta, co-presidente della Earth Commission e professore di Ambiente e sviluppo nel sud del mondo presso l'Università di Amsterdam, conferma: "Un medico direbbe che la Terra è davvero piuttosto malata in molte sue parti: non dobbiamo solo affrontare solo i sintomi, ma anche le cause".

Aver individuato una serie di parametri (i *safe and just boundaries*) che aiutano a determinare lo stato di salute del Pianeta può essere uno strumento utilissimo: "Proponiamo", conclude il team guidato da Johan Rockstrom, "che la nostra valutazione fornisca un fondamento quantitativo per salvaguardare i beni comuni globali per tutte le persone ora e in futuro".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/06/01/news/johan_rockstrom_crisi_clima-402811500/

Irma D'Aria

In Cina il caldo è stato almeno 50 volte più probabile, ma gli esperti avvertono che le recenti ondate di calore non sono più eventi insoliti, a causa del riscaldamento provocato dalle emissioni di gas serra

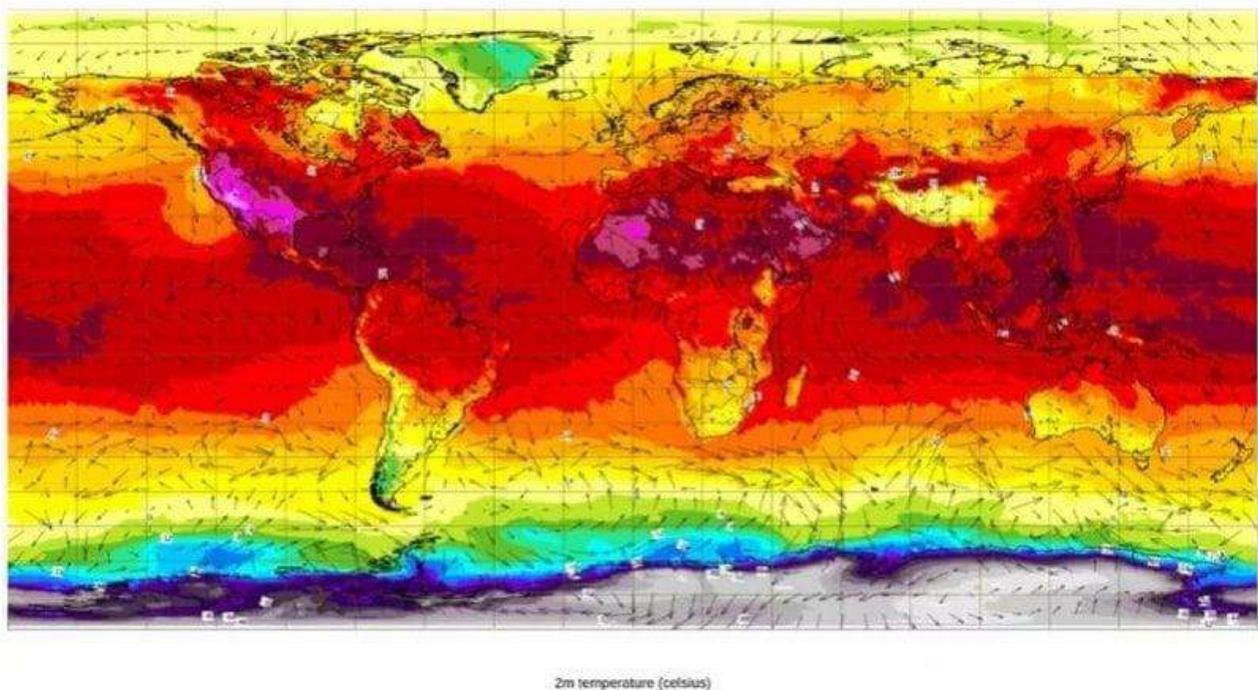
Mentre siamo alle prese con Caronte bis e il maltempo del Nord Italia, arrivano nuovi dati che dovrebbero darci da pensare e far crescere la consapevolezza che dai nostri comportamenti dipende anche il clima e la salute. Sì perché sette scienziati di università e agenzie meteorologiche di Paesi Bassi, Regno Unito e Stati Uniti hanno collaborato per valutare l'impatto dei cambiamenti climatici su questi eventi estremi.

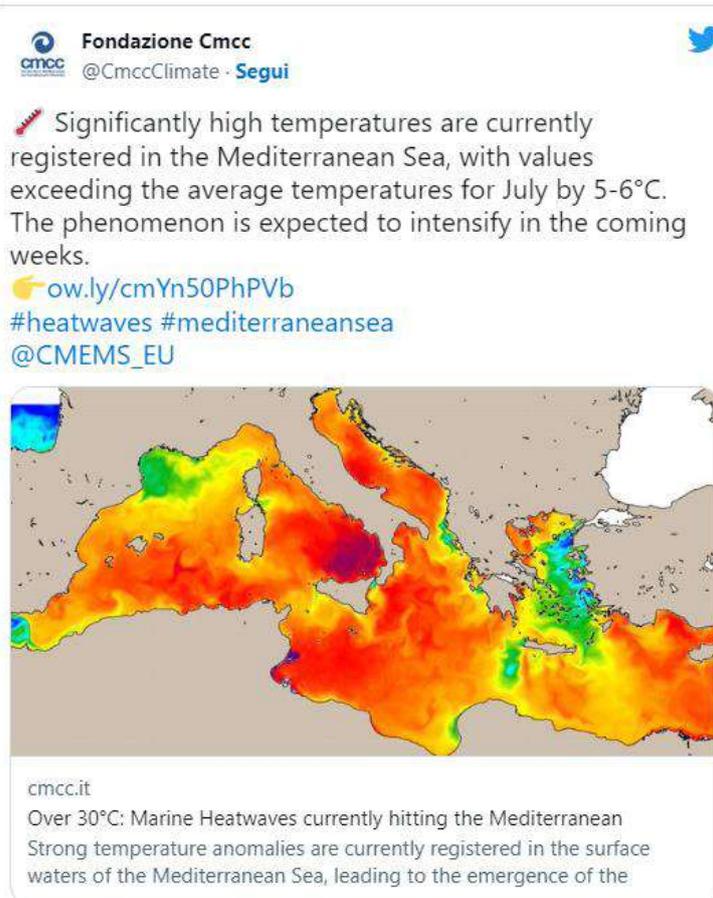
Secondo i dati della World Weather Attribution (WWA), raggiungere simili temperature estreme sarebbe stato "statisticamente impossibile" in assenza del riscaldamento globale causato dall'uomo.

Non solo: meglio abituarci a queste ondate di calore che stiamo subendo in questi mesi perché - a detta degli esperti - non sono più eventi insoliti, a causa del riscaldamento provocato dalle [emissioni di gas serra](#). Anzi, le ondate di calore future saranno più calde e ancora più frequenti se le emissioni non verranno rapidamente ridotte.

Un luglio di fuoco

I ricercatori del World Weather Attribution, un gruppo di ricerca con diverse università tra cui l'Imperial college di Londra e l'Istituto meteorologico reale dei Paesi Bassi che studia le relazioni tra cambiamenti climatici ed eventi meteorologici estremi, hanno esaminato l'andamento climatico in Nord America, Europa e Cina durante il mese luglio concludendo che le ondate di calore con temperature superiori ai 45°C che si sono verificate provocando diverse vittime e incendi sarebbero state quasi impossibili senza i cambiamenti climatici. Lo studio ha anche rilevato che il cambiamento climatico ha reso l'ondata di calore in Cina almeno 50 volte più probabile.





Le simulazioni computerizzate

Gli scienziati che studiano il clima utilizzano complesse simulazioni al computer per capire se i cambiamenti climatici stiano causando un inasprimento e una moltiplicazione degli eventi meteorologici estremi. In particolare, i ricercatori del WWA per quantificare l'effetto del cambiamento climatico sul recente aumento delle temperature, hanno analizzato i dati meteorologici e le simulazioni dei modelli computerizzati per confrontare il clima attuale, dopo un riscaldamento globale di circa 1,2°C dalla fine del 1800, con il clima del passato.

Ondate che tornano

L'analisi si è concentrata sui periodi in cui il caldo è stato più pericoloso in ogni regione: temperature massime medie per sette giorni nell'Europa meridionale, per 18 giorni negli Stati Uniti occidentali, in Texas e nel Messico settentrionale e per 14 giorni nelle pianure della Cina. Gli scienziati hanno scoperto che ondate di calore come queste non sono più rare, a causa del riscaldamento provocato dalla combustione di combustibili fossili e da altre attività umane. Eventi di questo tipo sono attesi circa una volta ogni 15 anni in Nord America, circa una volta ogni 10 anni nell'Europa meridionale e una volta ogni cinque anni in Cina.

Proteggere i più fragili

Ondate di calore come queste diventeranno ancora più frequenti ed estreme se le emissioni non verranno rapidamente bloccate e ridotte a zero, avvertono gli scienziati. Se l'aumento della temperatura raggiungerà i 2°C - come accadrà tra circa 30 anni, a meno che tutti i Paesi firmatari dell'Accordo di Parigi non attuino pienamente gli attuali impegni per una rapida riduzione delle emissioni - eventi come questo diventeranno ancora più frequenti, verificandosi ogni 2-5 anni.

"Il caldo è tra le calamità più letali. È fondamentale aumentare i sistemi di allarme, i piani d'azione per il caldo e gli investimenti in misure di adattamento a lungo termine. Ciò include la pianificazione urbana e il rafforzamento di sistemi critici come la sanità, l'elettricità, l'acqua e i trasporti", ha dichiarato Julie Arrighi, direttore ad interim del Red Cross Red Crescent Climate Centre.

"Per salvare vite umane in caso di caldo estremo, dobbiamo occuparci delle persone più vulnerabili, tra cui gli anziani, le persone con condizioni di salute precarie, le persone prive di un alloggio e le comunità con un accesso ridotto a spazi freschi che possono essere un'ancora di salvezza in caso di caldo estremo".

Clima ed emissioni inquinanti

Con analisi come queste è finalmente possibile dare concretezza all'affermazione che questo caldo anomalo (così come i temporali violenti) sono dovuti ai cambiamenti climatici. Secondo gli esperti della WWA, le temperature europee e nordamericane sarebbero state praticamente impossibili senza gli effetti della combustione di carbone, petrolio e gas, della deforestazione e di altre attività umane. Nel report che è stato appena presentato si legge che "le emissioni di gas serra hanno reso le ondate di calore più calde di quanto sarebbero state altrimenti: l'ondata di calore europea è stata più calda di 2,5°C, quella nordamericana di 2°C e quella cinese di 1°C a causa dei cambiamenti climatici".

Quanto fa caldo in Italia

Il report della WWA non scende nel dettaglio dei singoli paesi, ma in base ai dati del Cnr il 2022 è stato l'anno più caldo in Italia dal 1800, cioè da quando disponiamo di dati sufficienti per fare un confronto. Tutto il mondo si riscalda, ma l'aumento della temperatura media registrato in Italia è di molto superiore a quello medio globale. Solo nel 2022, in Italia si sono verificati 310 fenomeni meteorologici estremi, che hanno causato 29 morti e avuto impatti drammatici sull'economia e l'ambiente. Si tratta di un incremento del 55%.

Il ritorno di El Niño

Gli esperti ammettono che il ritorno del fenomeno meteorologico El Niño sta amplificando ulteriormente la frequenza e l'intensità di questi eventi estremi perché comporta un aumento della temperatura superficiale delle acque dell'Oceano Pacifico orientale, il che contribuisce sia ad aumentare i casi di temperature estreme che quelli di altri fenomeni meteorologici eccezionali. Tuttavia, i ricercatori che l'aumento delle temperature globali dovuto alla combustione di combustibili fossili è la ragione principale per cui le ondate di calore sono così gravi.

Non è troppo tardi

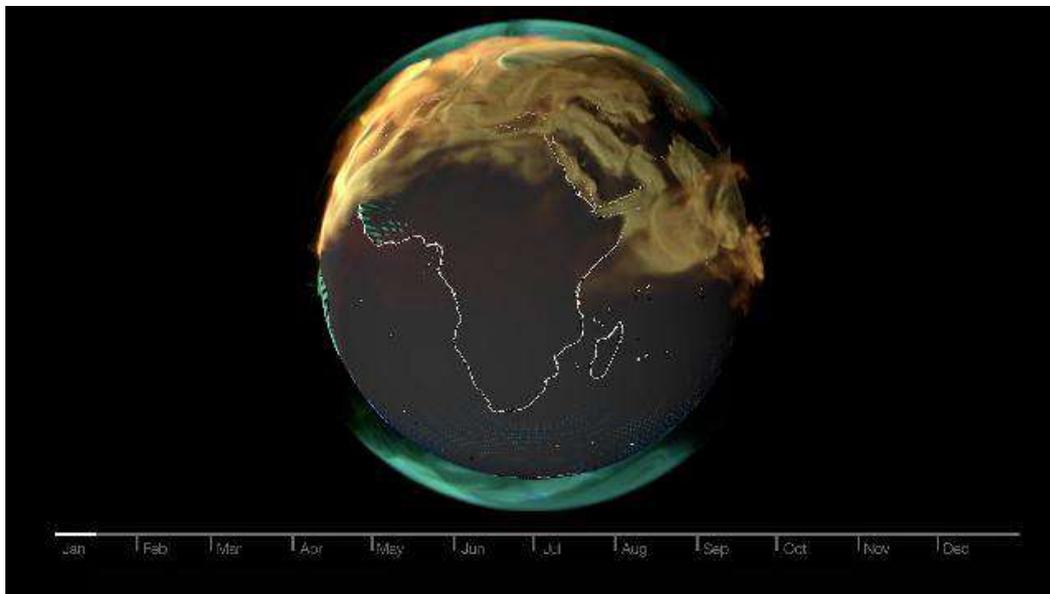
Insomma, il quadro delineato desta preoccupazione tanto che in alcuni potrebbe far scattare l'idea che ormai sia troppo tardi per invertire la marcia. È davvero così? "Il risultato di questo studio di attribuzione non è sorprendente. Il mondo non ha smesso di bruciare combustibili fossili, il clima continua a riscaldarsi e le ondate di calore continuano a diventare più estreme.

È così semplice", ha risposto Friederike Otto, docente di Scienze del clima presso il Grantham Institute for Climate Change and Environment dell'Imperial College di Londra.

"Tuttavia, queste ondate di calore non sono la prova di un collasso climatico. Abbiamo ancora tempo per assicurarci un futuro sano e sicuro, ma dobbiamo urgentemente smettere di bruciare combustibili fossili e investire nella riduzione della nostra dipendenza da essi. Se non lo facciamo, decine di migliaia di persone continueranno a morire ogni anno per cause legate al calore. È assolutamente fondamentale che i governi legiferino sull'eliminazione graduale dei combustibili fossili alla conferenza sul clima COP di quest'anno".

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/07/25/news/ondate_di_calore_cambiamento_climatico-408868533/?ref=RHLF-BG-I408881814-P2-S1-T1

Pasquale Raicaldo

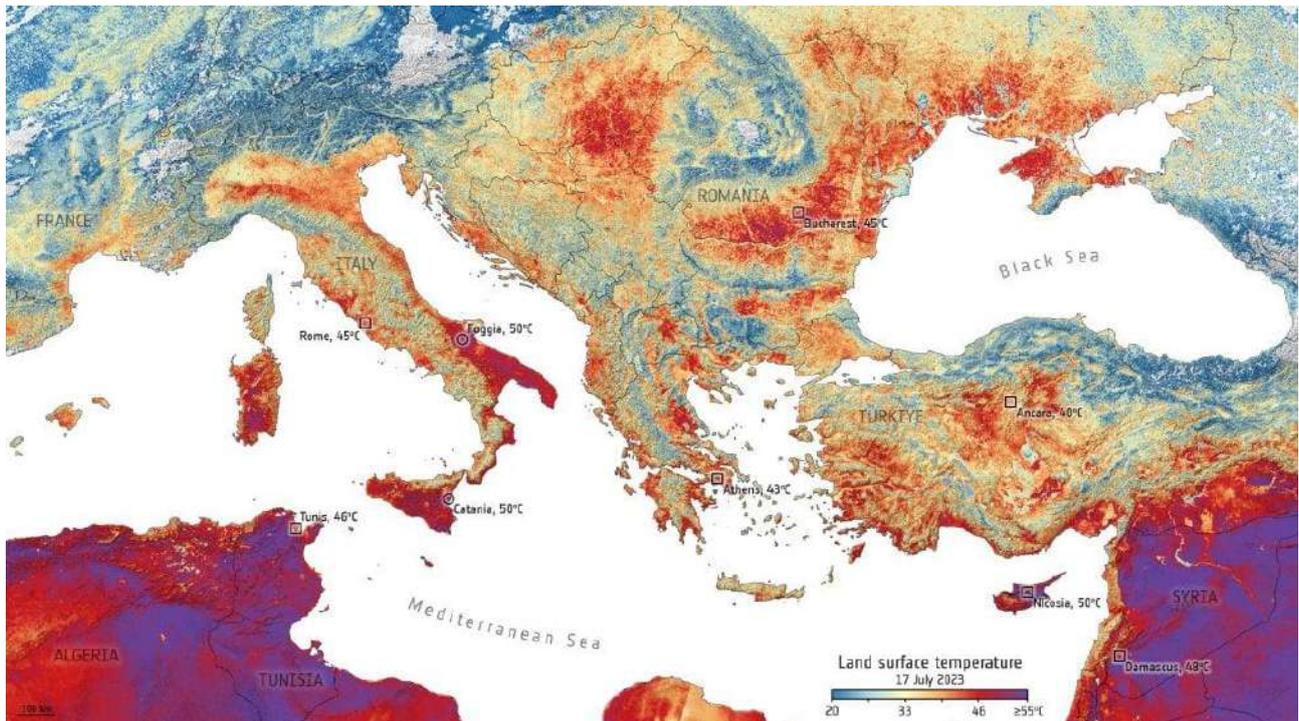


Nei giorni in cui l'Italia e l'Europa meridionale sono nella morsa dell'anticiclone africano Caronte, con allerta rossa in più di 16 città, climatologi, urbanisti e scienziati sono concordi: urgenti le azioni di mitigazione e adattamento

Ridurre l'impronta dell'uomo sul pianeta, frenando il **trend** in crescita del riscaldamento globale, e progettare città più "resilienti", in grado già nell'immediato di sostenere ondate di calore così frequenti e intense, scongiurando dunque danni alle popolazioni, in particolare nelle metropoli. Nei giorni in cui l'Italia e l'intera Europa meridionale sono nella morsa dell'anticiclone africano **Caronte**, con temperature da record e **allerta rosse in più di 16 città**, climatologi, urbanisti e scienziati sembrano decisamente concordi: non si può (più) stare con le mani in mano.

Nell'area mediterranea le temperature del suolo hanno superato i 50°C: a Foggia e Catania con punte anche più alte in alcune zone dell'entroterra pugliese, siciliano e in Sardegna, mentre a Roma si sono registrati 45°. Stessa situazione in altre parti del bacino in Tunisia e a Cipro. Le rilevazioni sono quelle del satellite Sentinel 3 dell'Agenzia spaziale europea e fanno riferimento alla mattinata del 17 luglio. L'Esà sottolinea come le temperature del suolo siano diverse da quelle dell'aria (che hanno valori minori ma comunque molto alti in questi giorni). Copernicus Sentinel data (2023), processed by ESA, CC BY-SA 3.0 IGO, CC BY-SA 3.0 IGO Anche perché **l'anno più caldo di sempre** (con una temperatura superiore di 0,43 gradi la media storica nel primo semestre del 2023, secondo l'analisi sui dati Isac Cnr) minaccia di avere consistenti costi economici e sociali. E nuove ondate come questa, che **allenterà la presa solo a metà della prossima settimana**, sono dietro l'angolo in un'estate ancora lunghissima. E di caldo si muore: fino a **61 mila persone decedute nel 2022, 18.010 mila solo in Italia**. Dove si sono registrati **2,28 gradi in più rispetto alla media storica**, secondo uno studio pubblicato da **Nature** ".

Il mondo deve prepararsi ad affrontare ondate di calore più intense, ha avvertito oggi l'Onu, mentre nell'emisfero settentrionale si registra il picco delle ondate di calore. "Questi fenomeni continueranno a intensificarsi e il mondo deve prepararsi ad affrontare ondate di calore più intense", sono le parole di **John Nairn**, esperto dell'Organizzazione meteorologica mondiale (Wmo) delle Nazioni Unite.



Il Mediterraneo rovente

Ma perché alle nostre latitudini le [ondate di calore sono diventate così frequenti](#)? "Il Mediterraneo è un vero e proprio hotspot e ha registrato in questi decenni un cambio radicale della circolazione atmosferica", spiega **Antonello Pasini**, primo ricercatore CNR e docente di Fisica del clima all'Università di Roma Tre, da sempre attento indagatore delle cause dei cambiamenti climatici, in particolare del riscaldamento globale. "Un tempo l'anticiclone delle Azzorre ci proteggeva dal feroce caldo africano, quello che oggi invece veicolano gli anticiclone che arrivano da sud, con le temperature tropicali che ci avvolgono come in questi giorni. E [quando gli anticiclone si ritirano](#), il forte contrasto termico, amplificato dal calore del Mar Mediterraneo, la cui temperatura è altresì in ascesa, porterà sempre più spesso **precipitazioni intense e fenomeni climatici estremi**. Come se la nostra Italia, in generale l'Europa meridionale, diventassero una sorta di pugno, prese a pugno da sud e da nord".

Invertire il trend e far respirare le città con politiche green

E dunque tra un'allerta e l'altra bisogna imparare a fare i conti con ondate come quella che sta caratterizzando le ultime ore. E che ci accompagnerà ancora per qualche giorno, "con temperature ben al di sopra della media estiva, per poi attenuarsi nell'Italia settentrionale già giovedì 20", sottolinea **Giulio Betti**, meteorologo e climatologo presso il Consorzio LaMMA (Laboratorio di Monitoraggio e Modellistica Ambientale) e l'Istituto di Bioeconomia (IBE) del Cnr di Firenze, socio dell'Associazione Meteo Professionisti (AMPRO).

"Valori molto alti continueranno a registrarsi al Sud fino al 25 luglio, secondo i nostri modelli matematici, e in particolare in **Puglia, Basilicata, Sicilia, Sardegna** e nell'entroterra campano e lucano", aggiunge. Ma possiamo fare qualcosa in più che **evitare di uscire nelle ore più calde e bere molta acqua**, come da vademecum d'ordinanza di questi torridi di luglio? "Il primo obiettivo da perseguire, come più volte rimarcato dalla comunità scientifica, è porre un freno al [riscaldamento globale](#), che **in Italia è quantificabile in un incremento della temperatura doppio rispetto al resto del pianeta, dove la temperatura si è innalzata di 1,1° C rispetto al periodo industriale**. - annota ancora Pasini - Se non facciamo nulla, la crescita sarà esponenziale e non voglio neanche immaginare le conseguenze di un pianeta surriscaldato di 4 o 5 gradi, come da scenari meno ottimistici per il 2100. Contrastare le emissioni e ridurre il cemento, creare aree verdi nelle nostre metropoli in grado da un lato di **mitigare gli effetti delle ondate di calore** e dall'altro di **assorbire una parte delle precipitazioni**, soprattutto in caso di alluvioni-lampo sono alcune delle prescrizioni più immediate".

Un piano per città più resilienti

"Anche se riuscissimo a contenere entro il grado e mezzo l'aumento della temperatura nei prossimi anni, circostanza che sembra peraltro improbabile, dobbiamo prepararci a uno scenario in cui **creeranno numero, frequenza, durata e intensità di ondate di calore come quella di questi giorni**", spiega Betti. "Stiamo vivendo uno scenario ampiamente previsto trent'anni fa, e fenomeni come il caldo eccezionale di questi giorni costituiscono uno degli eventi più evidenti e maggiormente percepiti e misurabili, insieme allo [scioglimento dei ghiacciai](#) e all'[acidificazione degli oceani](#). Se non interveniamo con efficacia nel raggiungimento dell'obiettivo minimo nella lotta al **climate change**, potremmo imbatterci nei prossimi decenni in **ondate di calore anche durante le stagioni primaverile e autunnale**".

Intanto, però, sulle metropoli che boccheggiano si può intervenire, da subito. Come? "Mettendo in campo [approcci progettuali e urbanistici più attenti alle condizioni microclimatiche delle città](#), con il fine ultimo di favorire la ventilazione naturale, riconsiderare le forme e le dimensioni più adeguate degli edifici, inserire più verde, che funziona un po' da condizionatore naturale, ragionare sulla tipologia di superfici e materiali da utilizzare nell'ottica di ridurre l'assorbimento del calore e aumentare la capacità di riflettere la radiazione solare", dice **Francesca Giordano**, responsabile della Sezione per le valutazioni ambientali nelle aree urbane dell'Ispra. Giordano collabora con il Comune di Roma per l'elaborazione del piano di adattamento climatico.

"Qui la differenza di temperatura tra aree a copertura artificiale e aree rurali risulta maggiore di 3°C - osserva - Con l'incremento atteso in termini di intensità, frequenza e durata delle ondate di calore, in un contesto di cambiamento climatico, il fenomeno dell'isola di calore è destinato ad aumentare nelle città con conseguenze importanti per la [salute e il benessere della popolazione](#), che tra l'altro tende ad invecchiare sempre più, aumentando così la porzione di popolazione più vulnerabile". Nel "[Programma Sperimentale di interventi per l'adattamento in ambito urbano](#)", iniziativa del Mase con il supporto tecnico di Ispra e il supporto di Anci, sono finanziati per la prima volta in Italia interventi sperimentali di adattamento rispetto ai rischi derivanti dai cambiamenti climatici come le ondate di calore.

Viali alberati e case coibentate: la "ricetta" per le metropoli

Tra le azioni suggerite **l'inserimento di nuove alberature, la sostituzione di materiali assorbenti con materiali riflettenti**, o a basso assorbimento di calore, per **edifici o pavimentazioni**, l'installazione di **strutture ombreggianti nelle piazze**, la **creazione di tetti o pareti verdi**, o **tetti freddi o tetti ventilati** sugli edifici e la sostituzione delle pavimentazioni artificiali con materiali drenanti o superfici naturali.

"Modificare gli assetti urbani delle nostre città favorendone la resilienza al **climate change** è un percorso quasi obbligato su cui urbanisti e climatologi sono d'accordo. - spiega Betti - Pianificare la piantumazione di alberi resistenti ad alte temperature e fenomeni siccitosi aiuterebbe ad esempio le nostre metropoli, creando viali alberati e riducendo le isole di calore, creando aree di rifugio per i cittadini e favorendo la biodiversità. Ma va anche realmente favorita la conversione del parco immobiliare con politiche di incentivi per la coibentazione, che investano anche i luoghi pubblici, oggi schiavi dei consumi legati all'aria condizionata di vecchia generazione. Infine, andrebbero aumentati i punti pubblici di abbeveramento, a cominciare dalle fontanelle: bere molto, senza per questo consumare plastica, resta il primo consiglio utile, di questi tempi".

<https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/07/18/news/picco caldo luglio 2023 crisi climatica ondate calore-408147777/?ref=RHVB-BG-I271182744-P3-S1-T1>

*Tra Covid, shock meteorologici e guerre alla fame ci sono 122 mln di persone in più rispetto al 2019 per un totale di 783 mln di denutriti. quotidiano**sanita**.it*

Lo rileva un rapporto di cinque agenzie Onu che sottolinea anche come circa il 29,6% della popolazione mondiale, pari a 2,4 miliardi di persone, non ha un accesso costante al cibo e tra questi, circa 900 milioni di persone hanno affrontato una grave insicurezza alimentare rimanendo senza cibo per uno o più giorni.

14 LUG -

Dal 2019 al 2023 è aumentato di 122 milioni il numero delle persone che soffrono la fame nel mondo passando da 691 a 783 milioni in totale.

Questo spaventoso incremento è sostanzialmente dovuto a tre fattori: la pandemia e i ripetuti shock meteorologici e i conflitti, compresa la guerra in Ucraina.

Lo rileva l'ultimo rapporto sullo stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo (SOFI) pubblicato congiuntamente da cinque agenzie specializzate delle Nazioni Unite: Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo (IFAD), Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e Programma alimentare mondiale (WFP).

L'Africa rimane la regione più colpita con una persona su cinque che soffre la fame nel continente, più del doppio della media globale e se le tendenze attuali non si invertiranno l'obiettivo di sviluppo sostenibile di porre fine alla fame entro il 2030 non sarà raggiunto, avvertono le cinque agenzie dell'Onu.

“Ci sono raggi di speranza, alcune regioni sono sulla buona strada per raggiungere alcuni obiettivi nutrizionali per il 2030. Ma nel complesso, abbiamo bisogno di uno sforzo globale intenso e immediato per salvare gli obiettivi di sviluppo sostenibile. Dobbiamo costruire la resilienza contro le crisi e gli shock che guidano l'insicurezza alimentare, dal conflitto al clima, ha affermato il segretario generale delle Nazioni Unite **António Guterres** attraverso un videomessaggio durante il lancio del rapporto presso la sede delle Nazioni Unite a New York.

I capi delle cinque agenzie delle Nazioni Unite scrivono nella prefazione del rapporto: “Senza dubbio, il raggiungimento dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile di Fame Zero entro il 2030 rappresenta una sfida scoraggiante. In effetti, si prevede che quasi 600 milioni di persone soffriranno ancora la fame nel 2030. I principali fattori dell'insicurezza alimentare e della malnutrizione sono la nostra "nuova normalità" e non abbiamo altra scelta che raddoppiare i nostri sforzi per trasformare i sistemi agroalimentari e sfruttarli verso il raggiungimento degli obiettivi dell'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 2 (SDG 2)”.

Il rapporto rileva inoltre che circa il 29,6% della popolazione mondiale, pari a 2,4 miliardi di persone, non aveva un accesso costante al cibo, come misurato dalla prevalenza di insicurezza alimentare moderata o grave. Tra questi, circa 900 milioni di persone hanno affrontato una grave insicurezza alimentare.

Nel frattempo, la capacità delle persone di accedere a diete sane è peggiorata in tutto il mondo: più di 3,1 miliardi di persone nel mondo – ovvero il 42 per cento – non potevano permettersi una dieta sana nel 2021. Ciò rappresenta un aumento complessivo di 134 milioni di persone rispetto al 2019.

Milioni di bambini sotto i cinque anni continuano a soffrire di malnutrizione: nel 2022, 148 milioni di bambini sotto i cinque anni (22,3%) erano rachitici, 45 milioni (6,8%) erano denutriti e 37 milioni (5,6%) erano in sovrappeso.

Sono stati osservati progressi nell'allattamento al seno esclusivo con il 48% dei bambini sotto i 6 mesi di età che beneficiano di questa pratica, vicino all'obiettivo del 2025. Tuttavia, saranno necessari sforzi più concertati per raggiungere gli obiettivi di malnutrizione del 2030.

Il rapporto esamina anche l'aumento dell'urbanizzazione come un "megatrend" che influisce su come e cosa mangiano le persone. Con quasi sette persone su dieci che si prevede vivranno in città entro il 2050, i governi e altri che lavorano per affrontare la fame, l'insicurezza alimentare e la malnutrizione devono cercare di comprendere queste tendenze all'urbanizzazione e tenerne conto nelle loro politiche, avverte il rapporto.

In particolare, il semplice concetto di divario rurale e urbano non è più sufficiente per comprendere i modi in cui l'urbanizzazione sta modellando i sistemi agroalimentari. È necessaria una prospettiva più complessa del continuum rurale-urbano, considerando sia il grado di connettività che le persone hanno sia i tipi di connessioni che esistono tra le aree urbane e rurali.

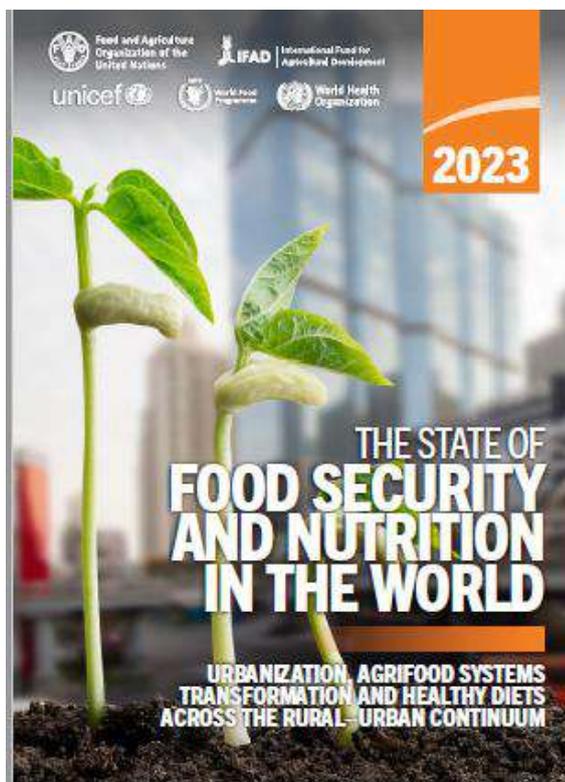
Il rapporto illustra che gli acquisti di cibo sono significativi non solo tra le famiglie urbane ma anche in tutto il continuum rurale-urbano, comprese quelle che risiedono lontano dai centri urbani. I nuovi risultati mostrano anche come il consumo di alimenti altamente trasformati sia in aumento anche nelle aree periurbane e rurali di alcuni paesi.

Sfortunatamente, le disuguaglianze spaziali rimangono. L'insicurezza alimentare colpisce più persone che vivono nelle zone rurali. L'insicurezza alimentare moderata o grave ha colpito il 33% degli adulti che vivono nelle aree rurali e il 26% nelle aree urbane.

La malnutrizione infantile mostra anche specificità urbane e rurali: la prevalenza dell'arresto della crescita infantile è più alta nelle aree rurali (35,8%) che nelle aree urbane (22,4%). Il deperimento è più alto nelle aree rurali (10,5%) che nelle aree urbane (7,7%), mentre il sovrappeso è leggermente più diffuso nelle aree urbane (5,4%) rispetto alle aree rurali (3,5%).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115557

The state of food security and nutrition in the world. Unicef



FOREWORD	iv	CHAPTER 5	iv
METHODOLOGY	xv	POLICIES AND SOLUTIONS TO LEVERAGE AGRIFOOD SYSTEMS TRANSFORMATION FOR HEALTHY DIETS ACROSS THE RURAL-URBAN CONTINUUM	107
ACKNOWLEDGMENTS	xvii	5.1 Policies and Investments for healthy diets across the rural-urban continuum	110
ABBREVIATIONS	xviii	5.2 Technology and Innovation: a sustainable forage for agrifood systems transformation under urbanization	121
KEY MESSAGES	xix	5.3 Integrated planning and governance mechanisms across the rural-urban continuum	131
EXECUTIVE SUMMARY	xxv		
CHAPTER 1	1	CHAPTER 6	143
INTRODUCTION	1	CONCLUSION	143
CHAPTER 2	5	ANNEXES	147
FOOD SECURITY AND NUTRITION AROUND THE WORLD	5	ANNEX 1A	148
2.1 Food security indicators – latest update and progress towards ending hunger and ensuring food security	25	Statistical tables to Chapter 2	148
2.2 Cost and affordability of a healthy diet	25	ANNEX 1B	180
2.3 The state of nutrition progress towards global nutrition targets	31	Methodological notes for the food security and nutrition indicators	180
CHAPTER 3	43	ANNEX 2	194
URBANIZATION IS TRANSFORMING AGRIFOOD SYSTEMS AND AFFECTING ACCESS TO AFFORDABLE HEALTHY DIETS ACROSS THE RURAL-URBAN CONTINUUM	43	Methodologies used in Chapter 2	194
3.1 Drivers, patterns and dynamics of urbanization	44	ANNEX 3	206
3.2 Urbanization affects agrifood systems, creating challenges and opportunities to ensure access to affordable healthy diets	53	Updated data on the cost and affordability of a healthy diet, 2017–2021	206
CHAPTER 4	69	ANNEX 4	213
THE INTERPLAY OF FOOD SUPPLY AND DEMAND AND THE COST AND AFFORDABILITY OF HEALTHY DIETS ACROSS THE RURAL-URBAN CONTINUUM	69	Data and definitions for Chapter 3	213
4.1 Understanding food supply and demand across the rural-urban continuum	69	ANNEX 5	215
4.2 Cost and affordability of a healthy diet, and food security and nutrition across the rural-urban continuum	92	Data and definitions for Chapter 4	215
		ANNEX 6	222
		URCA mapping patterns of urbanization for country analysis in Chapter 4	222
		ANNEX 7	228
		Supplementary materials from Section 4.1	228

ANNEX 8

Methodology used for the stratified analysis of cost and affordability of a healthy diet using household survey data for selected countries in Africa (Chapter 4)

235

ANNEX 9

Subnational cost and affordability of a healthy diet by urban-rural catchment area in selected countries in Africa

237

ANNEX 10

Road to healthy and malnutrition across the rural-urban continuum (URCA) for selected countries in Africa

241

ANNEX 11

Germany

244

NOTES

251

TABLES

1. Prevalence of undernourishment, 2000–2020

26

2. Number of undernourished people, 2000–2020

26

3. Prevalence of food insecurity at moderate or severe level, based on the Food Insecurity Experience Scale, 2010–2020^a

26

4. Number of people experiencing food insecurity at moderate or severe level, and at moderate or severe level, based on the Food Insecurity Experience Scale, 2010–2020^a

26

5. More than 10 billion people walked off roads healthy diets in 2021, although there was some improvement since 2010 to 2021

27

6. All regions made some progress towards the target except the Pacific including Australia and New Zealand

28

7. The three major drivers of income food and food affordability

28

8. The availability of food groups to meet a healthy diet is met by highest percentage per day (2020)

28

9. Urban-rural continuum areas (URCA) used in Chapter 4

23

10. Food budgets, income levels and household food consumption relative to high- and low-food budget countries analysis

23

11. In the 13 countries in Africa, after transition to the household level is accounting across the rural-urban continuum and in high- and low-food budget countries – seen in cost area, though lagged until a few weeks after the household and per capita level

24

11.1. Progress towards the Sustainable Development Goals and global nutrition targets: prevalence of undernourishment, malnutrition and food insecurity, selected metrics of malnutrition and undernourishment and overweight

224

11.2. Progress towards the Sustainable Development Goals and global nutrition targets: number of people who are affected by undernourishment, malnutrition and food insecurity and selected metrics of malnutrition: number of undernourished by gender and number of those who cannot meet their weight

224

11.3. Prevalence of moderate or severe food insecurity, at moderate or severe level, by degree of food insecurity

224

11.4. Prevalence of moderate or severe food insecurity, at moderate or severe level, among adults in rural versus 2010–2020

224

11.5. Data quality compares for undernourishment

224

11.6. Ranges of FIES with all covered in 2010, 2020 and 2021

224

11.7. Regression coefficients from three alternative models to estimate household FIES value, 2010–2020 (based on comparison with the overall level in 2020)

224

11.8. Comparison of variables with distributional characteristics for the period 2010–2020 (based on 2020) for exclusive large, middle, and low-income 2020 countries: household food budget and contribution to the rural-urban continuity

224

11.9. House for progress is seen in the rural-urban continuum

224

12.1. The cost and affordability of a healthy diet by region, subregion, country and country income group, 2017–2021

223

12.2. Lower and upper bound estimates of the percentage and number of people in millions unable to afford a healthy diet, by region, subregion and country income group in 2021

223

12.3. URCA analysis of budget across the rural-urban continuum

223

12.4. House for progress used in Chapter 4

223

12.5. Household survey used by URCA in the survey used in Chapter 4

223

12.6. NVA food groups and food intake and example

223

12.7. Food pricing level aggregation used in Section 1.1 applied from NVA

223

12.8. FAO/WHO/UNEP food group level aggregation

223

12.9. Summary of food group aggregation and terminology of food groups used in section 1.1

223

12.10. The impact of the availability of purchased food consumption on the food consumption and food budget for those in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.11. The impact of the availability of consumption share of a diet source: food in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.12. The impact of the availability of the consumption share of a diet source: food in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.13. The impact of the availability of the consumption share of a diet source: food in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.14. Comparison of average food expenditure of one of a healthy diet basket for selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.15. Subnational cost of a healthy diet in selected high- and low-food budget countries in Africa across the rural-urban continuum (URCA)

223

12.16. Affordability of a healthy diet in selected high- and low-food budget countries in Africa across the rural-urban continuum (URCA)

223

12.17. Moderate or severe food insecurity based on the Food Insecurity Experience Scale across the rural-urban continuum (URCA) in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.18. Severe food insecurity based on the Food Insecurity Experience Scale across the rural-urban continuum (URCA) in selected high- and low-food budget countries in Africa

223

12.19. Prevalence of moderate or severe undernourishment by age across the rural-urban continuum (URCA) in the countries in Africa

223

12.20. Global hunger was historically unchanged from 2001 to 2020 but is still far above pre-2010 levels

223

12.21. Progress was made towards ending hunger in most regions in Asia and Latin America, but hunger is still on the rise in Africa, the Caribbean and subregions of Africa

223

12.22. In 2020, Asia was home to 55 per cent (300 million) of the people in 2020 but is still far below the percentage of the population in 2010

223

12.23. The prevalence of undernourishment (PoU) is still higher in 2020 than before the pandemic in 50 per cent of countries, and the reduction in undernourishment is slower in 20 per cent

223

12.24. Projected number of undernourished individuals that the world has to attract to achieve Zero Hunger by 2030

223

12.25. Moderate or severe food insecurity remained unchanged at the global level from 2000 to 2020, with increasing food insecurity levels in Africa and Latin America and Europe, and decreasing levels in Asia and Latin America and the Caribbean

223

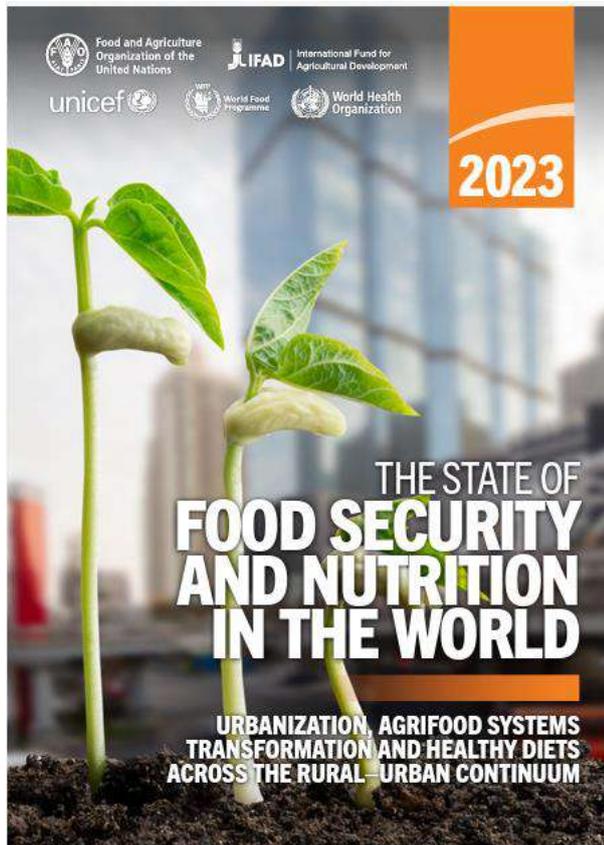
12.26. The contribution and distribution of food insecurity by severity of the gravity across the regions of the world

223

12.27. The contribution and distribution of food insecurity by severity of the gravity across the regions of the world

223

<https://www.fao.org/publications/home/fao-flagship-publications/the-state-of-food-security-and-nutrition-in-the-world/en>





Lancio dello Stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo 2023

Il 12 luglio 2023 dalle 10:00 alle 12:00 (ora di New York), la FAO e i suoi partner co-editori lanceranno, per la quinta volta, il rapporto [sullo stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo \(SOFI\) in occasione di un evento speciale](#) a margine del forum politico di alto livello dell'ECOSOC (HLPF).

L'edizione 2023 del rapporto presenterà gli ultimi aggiornamenti sulla situazione della sicurezza alimentare e della nutrizione in tutto il mondo, comprese le stime aggiornate sul costo e l'accessibilità delle diete sane. Successivamente, il tema del rapporto "Urbanizzazione, trasformazione dei sistemi agroalimentari e diete salutari nel continuum rurale-urbano" esplorerà come l'urbanizzazione stia modellando i sistemi agroalimentari e le implicazioni di questo nesso per la disponibilità e l'accessibilità economica di diete sane, sicurezza alimentare e nutrizione.

Informazioni sul rapporto SOFI 2023

Lo [stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo](#) (SOFI) è un rapporto annuale di punta preparato congiuntamente dall'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura (FAO), il Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo (IFAD), il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia (UNICEF), il Programma Alimentare Mondiale (WFP) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Monitora e analizza i progressi del mondo verso l'eliminazione della fame, il raggiungimento della sicurezza alimentare e il miglioramento della nutrizione. Fornisce inoltre un'analisi approfondita delle principali sfide per raggiungere questi obiettivi nel contesto dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile.

Rapporto SOFI 2023 e cambiamento dei sistemi agroalimentari nel mezzo dell'urbanizzazione

L'urbanizzazione sta cambiando i sistemi agroalimentari a livello globale in modi che non possono più essere compresi attraverso il divario rurale e urbano. Il modello mutevole degli agglomerati di popolazione lungo un continuum rurale-urbano e la sua interfaccia come luogo di scambio e interazioni socioeconomiche, sta rimodellando e viene rimodellato dai sistemi agroalimentari, con implicazioni per la disponibilità e l'accessibilità economica di diete sane e, a sua volta, per il cibo sicurezza e nutrizione.

Questo tema è in linea con la "Nuova agenda urbana" dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite e contribuirà con nuove prove sulle politiche, gli investimenti e le azioni necessarie per limitare i rischi degli effetti negativi della trasformazione del sistema agroalimentare sotto l'urbanizzazione e consentire opportunità di accesso a diete sane a prezzi accessibili, per migliorare la sicurezza alimentare e la nutrizione.

<https://www.fao.org/statistics/events/detail-events/en/c/1642435/>

I paesi della regione europea dell'Oms adottano la Dichiarazione di Budapest. In campo misure per migliorare l'ambiente e la salute quotidiano[sanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Nella dichiarazione, i paesi convengono di accelerare la transizione verso società resilienti, sane, eque e sostenibili, integrando le lezioni apprese dalla pandemia di Covid. Si cerca di intensificare gli sforzi per prevenire, preparare, rilevare e rispondere alle emergenze, proteggendo le popolazioni particolarmente vulnerabili. Queste azioni mirano a migliorare la resilienza e la capacità dei sistemi sanitari di resistere e rispondere a catastrofi e crisi. Inoltre, aumenteranno gli sforzi per affrontare i determinanti ambientali delle malattie.

10 LUG - I paesi della regione europea dell'Oms, riuniti per la settima Conferenza ministeriale sull'ambiente e la salute (7MCEH) in Ungheria, hanno adottato la Dichiarazione di Budapest, che dà priorità all'azione urgente e ad ampio raggio sulle sfide sanitarie legate ai cambiamenti climatici, all'inquinamento ambientale, alla perdita di biodiversità e al degrado del suolo, insieme e nel contesto della ripresa dal Covid.

Per rafforzare le capacità dei paesi di rispettare gli impegni assunti nell'ambito della Dichiarazione, si concentra anche sul rafforzamento della governance, sull'investimento nelle risorse umane e sull'avanzamento delle conoscenze e degli strumenti per l'azione.

"Siamo vicini al punto di rottura con la crisi climatica e il suo impatto devastante sulla salute e sul benessere nella nostra regione e a livello globale – esacerbato da altre molteplici emergenze sanitarie sovrapposte.

Ma con il lavoro di squadra, la competenza e la volontà politica, abbiamo una solida possibilità – attraverso la Dichiarazione di Budapest e gli impegni che contiene – di affrontare questa minaccia esistenziale. Dobbiamo camminare, anzi correre, insieme sulla strada da percorrere – un viaggio che sarà tutt'altro che facile, ma che avremmo dovuto intraprendere molto tempo fa", ha dichiarato **Hans Henri P. Kluge**, direttore regionale dell'Oms per l'Europa.

Nella dichiarazione, i paesi convengono di accelerare la transizione verso società resilienti, sane, eque e sostenibili, integrando le lezioni apprese dalla pandemia di Covid. Si cerca di intensificare gli sforzi per prevenire, preparare, rilevare e rispondere alle emergenze, proteggendo le popolazioni particolarmente vulnerabili.

Queste azioni mirano a migliorare la resilienza e la capacità dei sistemi sanitari di resistere e rispondere a catastrofi e crisi. Inoltre, aumenteranno gli sforzi per affrontare i determinanti ambientali delle malattie. I paesi utilizzeranno la "Tabella di marcia per persone più sane, un pianeta prospero e un futuro sostenibile 2023-2030", che fa parte di questa dichiarazione, per accelerare le transizioni necessarie per realizzare comunità sostenibili.

Questa tabella di marcia offre una serie di azioni che gli Stati membri possono attuare per ridurre le conseguenze sulla salute poste dai cambiamenti climatici, dall'inquinamento ambientale e dalla perdita di biodiversità.

Propone inoltre misure per rafforzare la governance, le risorse umane, i finanziamenti e le conoscenze per la salute e l'ambiente. La tabella di marcia spiega perché è necessaria un'azione urgente in un particolare settore, offre un elenco di impegni che i paesi possono prendere in considerazione e suggerisce misure per raggiungerli. La Dichiarazione offre inoltre ai paesi la possibilità di avviare partenariati europei per l'ambiente e la salute (Ehp), un nuovo meccanismo all'interno dell'Ehp, per contribuire ad accelerare l'attuazione della visione e degli impegni assunti alla Conferenza ministeriale.

I partenariati riuniscono paesi e partner con un interesse comune in un'area tematica specifica per lavorare insieme su progetti comuni, attività di sviluppo delle capacità, formazione e workshop, fornitura di assistenza tecnica, collaborazione nell'innovazione e nella ricerca e diffusione delle pertinenti linee guida dell'Oms.

Non da ultimo, la Dichiarazione di Budapest incorpora le voci e le preoccupazioni dei giovani, che erano fortemente rappresentati al 7MCEH, in cima all'agenda, e il cui piano per l'azione per il clima e la salute è stato piegato nelle deliberazioni più ampie.

"Non è esagerato dire che la Dichiarazione di Budapest e i passi che stabilisce sono un risultato storico; uno che non arriva un momento troppo presto - ha detto Kluge -. Dobbiamo assicurarci ora di mantenere lo slancio che esce dal 7MCEH, ritenerci responsabili e mantenere le promesse fatte ai giovani della nostra regione nei mesi e negli anni a venire".

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=115388

Qualità dell'aria e salute dei cittadini. Istat: "In Italia oltre 50 mila decessi prematuri dovuti ad un'elevata esposizione al particolato Pm 2,5, quotidiano sanita.it

Il dato riportato nel [Rapporto annuale 2023](#). Nel nostro Paese, si stima che la mortalità associata all'esposizione al PM2,5 abbia comportato nel 2020 una perdita complessiva di circa 462 mila anni di vita. E tra il 2016 e il 2019 si stima che ogni anno, in media l'8,3 per cento dei decessi per cause naturali siano attribuibili all'esposizione a lungo termine al PM2,5, quota che al Nord sale al 10,9 per cento.

10 LUG -

“L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che in media, nel periodo 2016-2019, l'esposizione a lungo termine al PM2,5 è stata di 20,5 µg/m3 al Nord contro 14,5 al Centro e 12,6 nel Mezzogiorno. Il conseguente impatto si stima in 50.856 decessi prematuri all'anno, nettamente differenziato tra il Nord e il resto del Paese, sia in termini assoluti, sia in termini di incidenza sul totale dei decessi per cause naturali. In questo periodo, si stima che ogni anno, in media l'8,3 per cento dei decessi per cause naturali siano attribuibili all'esposizione a lungo termine al PM2,5, quota che al Nord sale al 10,9 per cento”.

È quanto evidenzia l'Istat in un capitolo ad hoc del suo rapporto annuale 2023 che ha toccato la questione della Qualità dell'aria e della salute dei cittadini

“Secondo una ricerca pubblicata dall'Agenzia europea dell'ambiente – evidenzia il rapporto -, più della metà delle città europee è ancora esposta ad alte concentrazioni di polveri sottili, nonostante le riduzioni delle emissioni dovute al traffico durante le restrizioni alla circolazione del 2020.

Nella classifica, che tiene conto dei dati misurati tra il 2021 e il 2022, delle dieci città più inquinate d'Europa, due sono italiane, entrambe situate nella Pianura Padana. Cremona si è classificata al quarto posto e Padova al nono. Peggiori di Cremona risultano due città polacche, Nowy Sacz e Piotrków Tribunalnski e, all'ultimo posto, Slavonski Brod in Croazia: città dove il carbone è ancora una delle principali fonti di energia.

Le tre località meno inquinate sono Faro in Portogallo e Umeå e Uppsala in Svezia.

Nella classifica delle città con l'aria più pulita, la prima italiana è Sassari che si colloca al sedicesimo posto.

L'esposizione della popolazione agli inquinanti in aria produce impatti di diversa intensità, a seconda del periodo di esposizione (a breve o a lungo termine) e del tipo di sostanza nociva.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) considera il particolato (PM10 e PM2,5) l'inquinante maggiormente associato ai rischi per la salute, perché riesce a penetrare in profondità nei polmoni e, nel caso del PM2,5, addirittura a entrare nel flusso sanguigno, provocando problemi cardiovascolari e respiratori”.

Esposizione a particolato Pm 2,5 diminuisce ma in Italia meno che in altri paesi Ue

Nell'Ue27, l'esposizione a lungo termine ponderata con la popolazione (Population Weighted Exposure - PWE) al particolato PM2,5 ha registrato una diminuzione graduale, ma rilevante, tra il 2006 e il 2020 (-39,5 per cento), raggiungendo 11,2 µg/m3 nel 2020, anno condizionato dalla pandemia, un valore di poco superiore all'Interim Target (IT) di 10 µg/m3 (IT4) stabilito dall'OMS. Un andamento simile si osserva in Germania, Francia e Spagna, che ottengono valori anche migliori della media Ue27.

In Italia, invece, dove fino al 2011 si rilevavano valori di esposizione addirittura superiori a 25 µg/m3 (IT2), il miglioramento è stato più lento e nel 2020 si è arrivati a 15 µg/m3. L'andamento dell'esposizione a lungo termine spiega ampiamente le differenze tra l'Italia e gli altri maggiori paesi europei in termini di mortalità connessa al PM2,5.

Tra il 2005 e il 2020, infatti, mentre in Germania, Francia e Spagna le stime dei decessi prematuri da PM2,5 sono più che dimezzate (passando, rispettivamente, da 81 a 35, da 64 a 25 e da 82 a 38 decessi per 100 mila abitanti), i progressi dell'Italia sono stati molto più lenti (da 124 a 88 morti prematuri per 100 mila abitanti). Nel nostro Paese, si stima che la mortalità associata all'esposizione al PM2,5 abbia comportato nel 2020 una perdita complessiva di circa 462 mila anni di vita.

In altre parole, i residenti in Italia morti prematuramente hanno subito una riduzione media di 9 anni nella speranza di vita rispetto alla media dei residenti nei paesi considerati. L'esposizione al PM2,5 e i principali effetti negativi sulla salute sono maggiori al Nord.

L'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che in media, nel periodo 2016-2019, l'esposizione a lungo termine al PM2,5 è stata di 20,5 µg/m3 al Nord contro 14,5 al Centro e 12,6 nel Mezzogiorno.

Il conseguente impatto si stima in 50.856 decessi prematuri all'anno, nettamente differenziato tra il Nord e il resto del Paese, sia in termini assoluti, sia in termini di incidenza sul totale dei decessi per cause naturali. In

questo periodo, si stima che ogni anno, in media l'8,3 per cento dei decessi per cause naturali siano attribuibili all'esposizione a lungo termine al PM2,5, quota che al Nord sale al 10,9 per cento.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115373



Il poker di tecnologie mature per salvare il clima Redazione QualEnergia.it

Per tagliare la CO2 meglio investire sulle tecnologie già mature che sperare nell'innovazione, avverte Goldman Sachs, che in un nuovo report indica le soluzioni su cui puntare subito per unire profitto e lotta al global warming: fotovoltaico, eolico a terra, illuminazione a LED e veicoli elettrici.

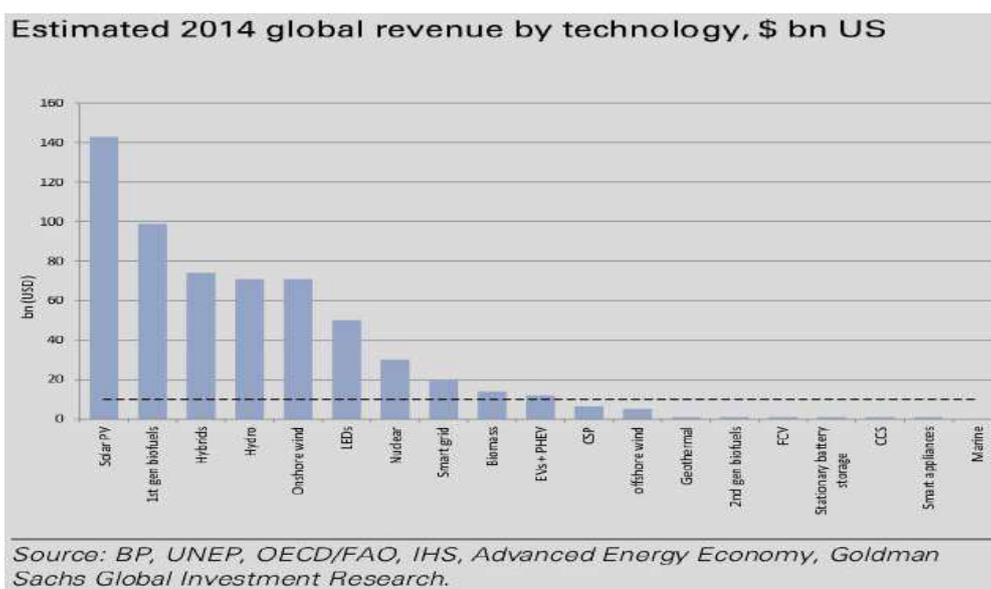
Mentre **alla CoP21** di Parigi nell'ambito della UNFCCC fervono i negoziati per capire come tagliare le emissioni ed evitare gli effetti peggiori del global warming, dal mondo della **finanza** arriva un messaggio significativo: **gli investimenti decisivi** per ridurre la CO2, guadagnandoci, **vanno fatti subito**, nei prossimi 5 anni. Servirà puntare sulle tecnologie che sono già mature e applicate su larga scala.

Il poker vincente

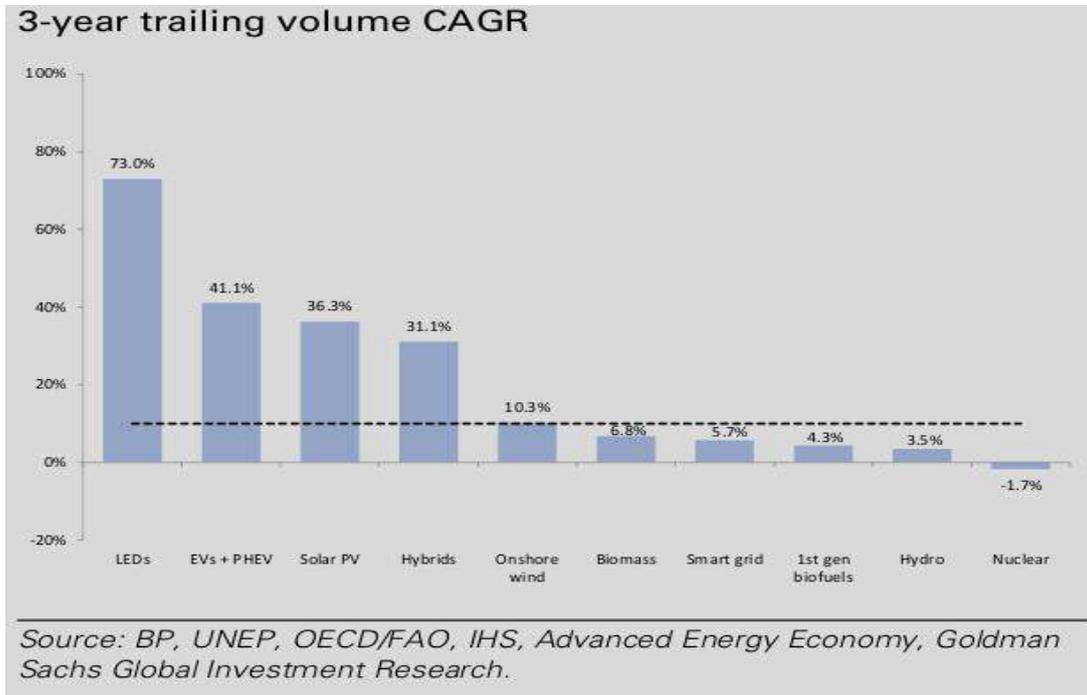
È questa la raccomandazione che arriva dal nuovo report sugli investimenti nel low-carbon di **Goldman Sachs**, la più grande banca d'investimento del mondo (allegato in basso). In particolare la banca individua un poker di tecnologie che per maturità e prospettive di crescita sono quelle in grado sul breve termine di unire con maggiore efficacia profitto e riduzione dei gas serra: **fotovoltaico, eolico a terra, illuminazione LED e veicoli elettrici**.

Questione di scala e maturità tecnologica

Perché Goldman Sachs creda in queste quattro soluzioni più che in altre, meglio delle parole lo spiegano i grafici che pubblichiamo. In questo subito sotto, che mostra il mercato delle varie tecnologie low-carbon nel 2014, si mostra come le quattro soluzioni preferite siano **quelle già più applicate** su larga scala.

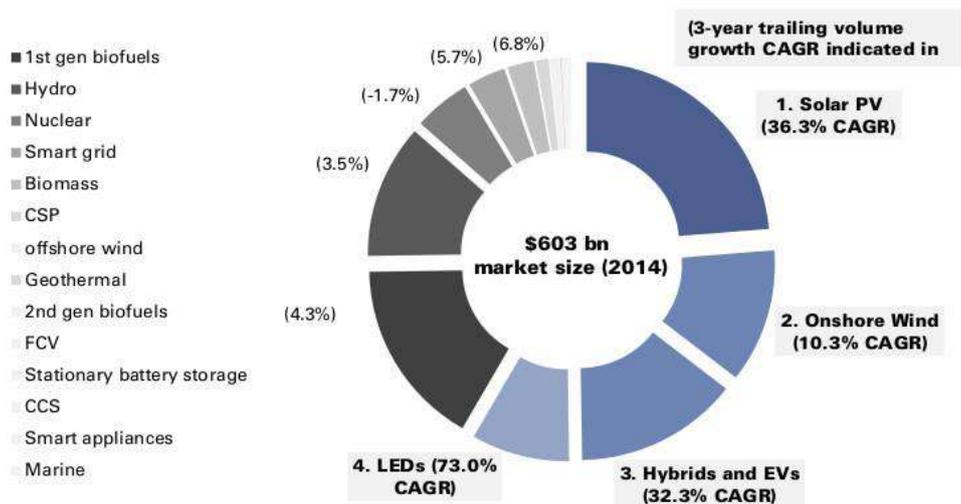


In quest'altro, che mostra il tasso di crescita aggregato negli ultimi 3 anni, si mostra come le quattro siano anche tra **quelle che stanno crescendo di più**.



La **combinazione dei due precedenti indicatori** è riassunta nel diagramma qui sotto, nel quale è facile individuare le quattro **tecnologie** che secondo la banca sono **vincenti**.

LCE technologies by market size and 3-year growth CAGR



Source: BP, UNEP, OECD/FAO, IHS, Advanced Energy Economy, Goldman Sachs Global Investment Research.

Le tecnologie bocciate

Le soluzioni concorrenti – biocarburanti, nucleare, grande idroelettrico, cattura della CO2, energia da moto ondoso, eolico in mare, auto a idrogeno e tutte le altre – è il duro giudizio di Goldman Sachs, o sono ancora a uno stadio non maturo, o pur essendo mature hanno tassi di crescita troppo bassi, o ancora stanno perdendo il supporto della politica. In ogni caso non hanno le carte in regola per fare la differenza in quanto a taglio delle emissioni nei prossimi 5 anni. Insomma, mentre i grandi del nuovo capitalismo investono sulle tecnologie low-carbon innovative – ci riferiamo al nuovo fondo della [Breakthrough Energy Coalition lanciato da Gates, Zuckerber, Branson e co.](#) – Goldman Sachs invita a puntare sulle strade che danno immediati guadagni e riduzione delle emissioni.

Le previsioni per eolico e FV

Almeno fino al 2020 infatti a fare la parte del leone tra le tecnologie low-carbon saranno ancora solare FV, auto elettriche, eolico onshore e LED. Le nuove installazioni di fotovoltaico ed eolico da sole, si prevede, dal 2015 al 2012 aggiungeranno l'equivalente di 6,2 milioni di barili di petrolio al giorno: più dei 5,7 mbpd aggiunti dalla "rivoluzione" dello shale gas e shale oil.

La Cina ad esempio, stima il report se nei prossimi 5 anni aggiungerà 23 GW di potenza da carbone e 40 GW da gas, ne conetterà ben 193 GW da solare ed eolico e le due fonti, si prevede, a livello mondiale conteranno per circa la metà della nuova potenza installata da qui al 2025.

E per LED e veicoli elettrici

Per quel che riguarda i LED, l'analisi di Goldman Sachs prevede che entro il 2020 saranno il 70% delle lampadine vendute e il 60% dell'installato. In quanto alle auto elettriche secondo il report entro il 2025 il volume di mercato aumenterà di 10 volte ([stessa previsione di altri analisiti](#)), con vendite di circa 25milioni di veicoli tra ibridi e full-electric e un fatturato da 600 miliardi di dollari.

L'energy storage in batterie

Strategico, sia per l'automotive che per le nuove rinnovabili, sottolinea il report, è lo sviluppo previsto nelle batterie, sia in quanto a costi che a prestazioni, sintetizzato nel grafico sotto.

Battery cost reduction/performance improvements



Source: NEDO, Goldman Sachs Global Investment Research.

<https://www.qualenergia.it/articoli/20151204-cop-21-il-poker-di-tecnologie-esistenti-su-cui-puntare-per-salvare-il-clima/>



Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità
Cabina di Regia istituita con DM Salute del 29 maggio 2020 e s.m.i.

Monitoraggio Fase 3 Report settimanale

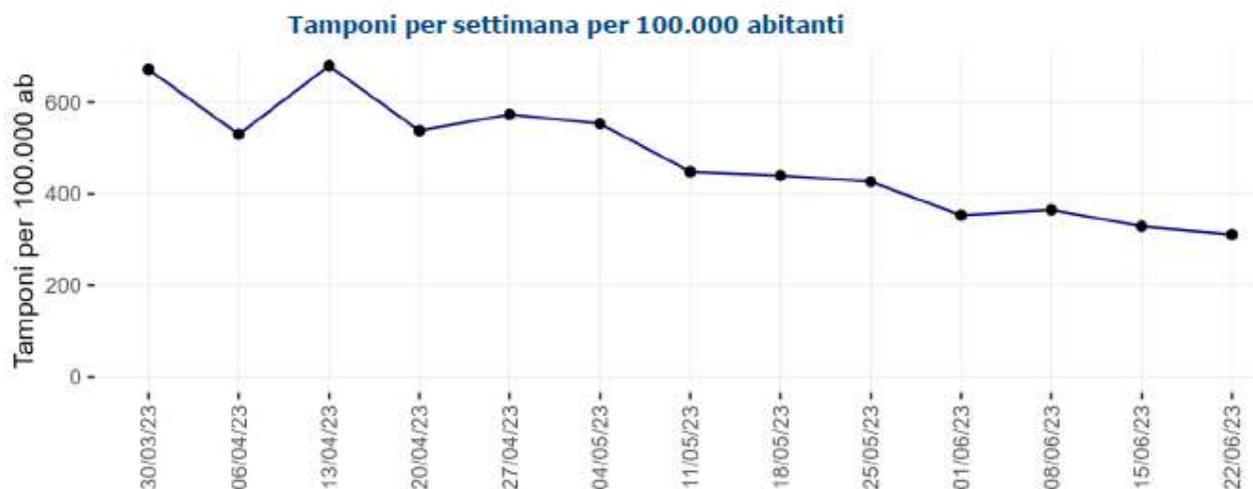
Settimana 8

Monitoraggio Fase 3
(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati 28 giugno 2023
Aggiornamento dati: 22-28 giugno 2023 - Fonte dati: Ministero della Salute
Aggiornamento dati: 19-25 giugno 2023 - Fonte dati Istituto Superiore di Sanità

Indicatori di diffusione

1. Numero di tamponi SARS-CoV-2 eseguiti / 100.000 abitanti per unità temporale



La data indicata riferisce all'inizio della settimana

Incidenza di nuove infezioni da SARS-CoV-2 diagnosticate e segnalate nelle ultime 3 settimane

Regione/PA	Numero di casi 22/06/2023 - 28/06/2023	Incidenza* 22/06/2023 - 28/06/2023	Incidenza 15/06/2023 - 21/06/2023	Incidenza 08/06/2023 - 14/06/2023	Variazione relativa rispetto settimana precedente
Abruzzo	205	16	20	26	-20
Basilicata	16	3	6	8	-50
Calabria	230	12	17	20	-29.4
Campania	370	7	9	12	-22.2
ER	286	6	6	9	0
FVG	110	9	11	11	-18.2
Lazio	877	15	17	24	-11.8
Liguria	108	7	13	14	-46.2
Lombardia	574	6	7	9	-14.3
Marche	90	6	8	10	-25
Molise	11	4	6	8	-33.3
Piemonte	189	4	6	8	-33.3
PA Bolzano	15	3	3	4	0
PA Trento	14	3	4	7	-25
Puglia	245	6	7	10	-14.3
Sardegna	237	15	23	31	-34.8
Sicilia	389	8	9	11	-11.1
Toscana	363	10	11	14	-9.1
Umbria	69	8	11	23	-27.3
Valle d'Aosta	9	7	7	7	0
Veneto	369	8	10	14	-20
ITALIA	4 776	8	10	13	-20

**Incidenza calcolata come numero di casi diagnosticati e notificati settimanalmente dal giovedì al mercoledì/100.000 abitanti.*

Indicatori di impatto

3. Numero di posti letto di area medica occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Area Medica

Posti letto totali e posti letto occupati - ultime due settimane

Regione/PA	Posti letto occupati area medica 27/06/2023 (A)	Posti letto totali area medica 27/06/2023 (B)	Occupazione (%) area medica 27/06/2023 (C=A/B*100)	Occupazione (%) area medica 20/06/2023
Abruzzo	30	1 382	2.2	2.7
Basilicata	8	333	2.4	3.6
Calabria	58	946	6.1	5.4
Campania	68	3 756	1.8	2.2
ER	142	9 001	1.6	1.7
FVG	15	1 277	1.2	1.2
Lazio	77	6 421	1.2	1.8
Liguria	35	1 251	2.8	3.3
Lombardia	28	10 457	0.3	0.5
Marche	5	957	0.5	0.7
Molise	0	176	0.0	1.1
Piemonte	37	6 794	0.5	0.7
PA Bolzano	2	500	0.4	0.4
PA Trento	5	517	1.0	1.5
Puglia	57	2 735	2.1	2.4
Sardegna	61	1 602	3.8	3.3
Sicilia	147	3 038	4.8	4.7
Toscana	69	5 033	1.4	2.0
Umbria	23	662	3.5	3.6
Valle d'Aosta	0	67	0.0	0.0
Veneto	110	6 000	1.8	1.9
ITALIA	977	62 905	1.6	1.8

Tutti i dati riportati in tabella riferiscono al martedì di ogni settimana. Posti letto totali in Area Medica = posti letto Area Medica COVID attivi pre-emergenza (HSP 14.02.2020) + posti letto Area Medica COVID attivati (aggiuntivi rispetto ai posti letto pre-emergenza) aggiornati al giorno indice.

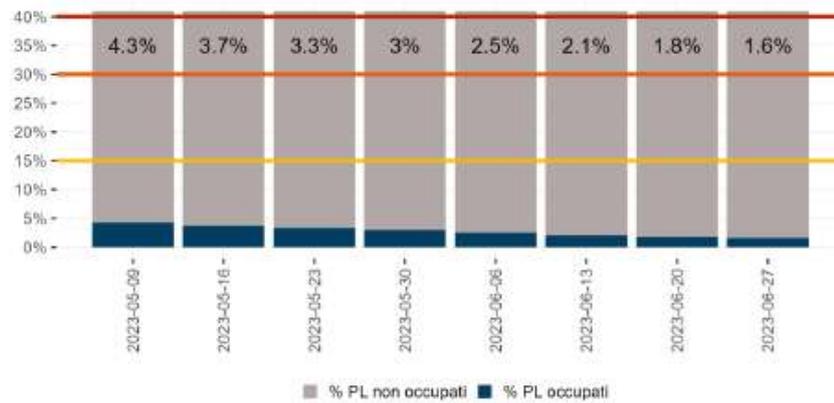
4. Numero di posti letto di terapia intensiva occupati da pazienti con infezione da SARS-CoV-2 / numero di posti letto totali in Terapia Intensiva

Posti letto totali e posti letto occupati - ultime due settimane

Regione/PA	Posti letto occupati terapia intensiva 27/06/2023 (A)	Posti letto totali terapia intensiva 27/06/2023 (B)	Occupazione (%) terapia intensiva 27/06/2023 (C=A/B*100)	Occupazione (%) terapia intensiv 20/06/2023
Abruzzo	0	181	0.0	0.6
Basilicata	0	79	0.0	0.0
Calabria	4	167	2.4	2.4
Campania	2	498	0.4	0.2
ER	6	889	0.7	0.9
FVG	0	175	0.0	1.1
Lazio	8	943	0.8	0.7
Liguria	0	175	0.0	0.0
Lombardia	1	1 810	0.1	0.1
Marche	0	202	0.0	0.0
Molise	0	39	0.0	0.0
Piemonte	1	628	0.2	0.2
PA Bolzano	0	100	0.0	0.0
PA Trento	0	90	0.0	0.0
Puglia	2	405	0.5	0.7
Sardegna	6	204	2.9	2.0
Sicilia	5	722	0.7	1.1
Toscana	1	570	0.2	0.2
Umbria	2	80	2.5	0.0
Valle d'Aosta	0	13	0.0	0.0
Veneto	2	1 000	0.2	0.3
ITALIA	40	8 970	0.4	0.5

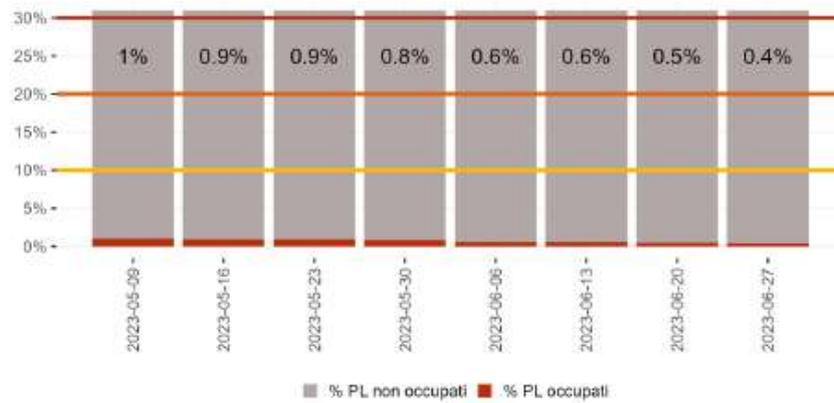
Tutti i dati riportati in tabella riferiscono al martedì di ogni settimana. Posti letto totali in Terapia Intensiva = posti letto Terapia Intensiva attivi pre-emergenza (HSP 14.02.2020) + posti letto Terapia Intensiva attivati (aggiuntivi rispetto ai posti letto pre-emergenza) aggiornati al giorno indice.

Tasso di occupazione dei posti letto in Area Medica da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale



Denominatore: Posti letto totali

Tasso di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva da pazienti con COVID-19 per giorno del monitoraggio settimanale



Denominatore: Posti letto totali

Diffusione dell'epidemia

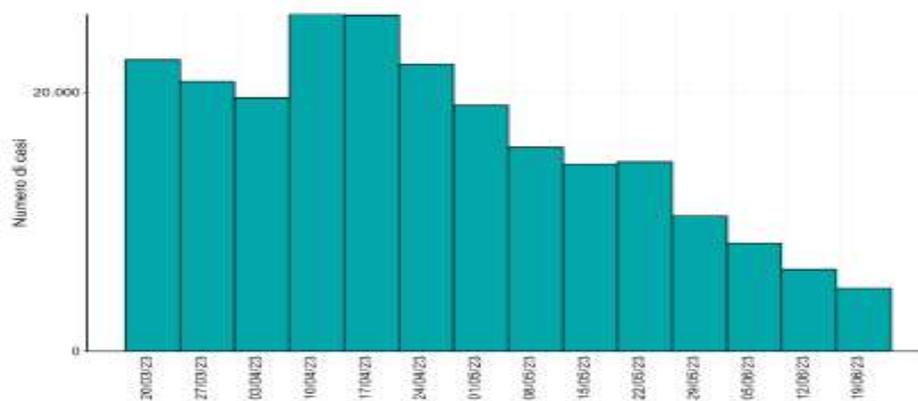


Figura 1 - Numero settimanale di diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 segnalate in Italia per settimana prelievo/diagnosi negli ultimi tre mesi

Note: Le date si riferisce al primo giorno di ogni settimana. Il dato relativo all'ultima settimana non è completamente consolidato e potrebbe essere soggetto a lievi variazioni

Affrontare l'iniquità: il mondo ha bisogno di un ambizioso accordo pandemico. Tovar et al., The Lancet

Tovar da Silva Nunes, Ahmed Soliman, Kazuho Taguchi, Prezioso Matsoso, Roland Aleksandr Driecce e Viroj Tangcharoensathien

Publicato: 05 luglio 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01369-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01369-7)

Basato sulla bozza zero ¹ della convenzione, dell'accordo o di altro strumento internazionale dell'OMS sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie (WHO CA+) e i contributi dell'organo di negoziazione intergovernativo (INB), l'Ufficio di presidenza dell'INB ha prodotto un testo dell'Ufficio di presidenza ² per facilitare le trattative in corso. Nel suo gruppo di redazione a metà giugno 2023, l'INB ha discusso e considerato questo testo dell'Ufficio di presidenza come base per ulteriori negoziati. ³ L'adozione dell'OMS CA+ è prevista per la 77a sessione dell'Assemblea mondiale della sanità nel maggio 2024. L'iniquità è una delle sfide cruciali che devono essere affrontate dall'Accordo pandemico. ⁴

Riferimenti

CHI. La quarta riunione dell'organo negoziale intergovernativo per redigere e negoziare una convenzione, un accordo o un altro strumento internazionale dell'OMS sulla prevenzione, la preparazione e le risposte alle pandemie. Bozza zero dell'OMS CA+ per l'esame dell'organo negoziale intergovernativo alla sua quarta riunione. LA/INB/4/3. 1 febbraio 2023. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-en.pdf

CHI, Testo dell'Ufficio di presidenza della convenzione, dell'accordo o di altro strumento internazionale dell'OMS sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie (WHO CA+). LA/INB/5/6. 2 giugno 2023 https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb5/A_INB5_6-en.pdf

CHI, I paesi hanno indicato la via da seguire per continuare i negoziati sull'accordo globale sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alla pandemia. 17 giugno 2023. <https://www.who.int/news/item/17-06-2023-countries-set-out-way-forward-for-continued-negotiations-on-global-agreement-on-pandemic-prevention--preparedness--e-risposta>

Quantina C, Tubert-Bitter P, COVID-19 e disuguaglianze sociali: un'interazione complessa e dinamica. *Lancetta Salute Pubblica*. 2022; 7 : e204-e205

Iris P, Padella D, Kapadia D et al. Disuguaglianze etniche nell'infezione da COVID-19, ospedalizzazione, ricovero in terapia intensiva e morte: una revisione sistematica globale e una meta-analisi di oltre 200 milioni di partecipanti allo studio. *EClinicalMedicina*. 2023; 57 : 101877

Boro E, Stoll B, Barriere ai prodotti sanitari COVID-19 nei paesi a basso e medio reddito durante la pandemia COVID-19: una rapida revisione sistematica e sintesi delle prove. *Fronte Sanità Pubblica*. 2022; 10 : 928065

Banca Mondiale, RNL pro capite, metodo Atlas (in dollari USA correnti). <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.CD>

Nuclear Threat Initiative (NTI), Johns Hopkins Center for Health Security, Economist Impact, Indice di sicurezza sanitaria globale 2021. <https://www.ghsindex.org/#1-section--exploreindexsect>

Banca Mondiale, Spesa sanitaria esterna (% della spesa sanitaria corrente). <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.EHEX.CH.ZS>

Marrone S, L'ascesa e la caduta della norma sull'efficacia degli aiuti. *Eur J Dev Ris*. 2020; 32 : 1230-1248

Buffardi AL, A livello di settore o specifico per malattia? Implicazioni delle tendenze nell'assistenza allo sviluppo per la salute nell'era degli SDG. *Piano di politica sanitaria*. 2018; 33 : 381-391

McNeil C, Divi N, Smolinski MS, Guardare avanti nello specchio retrovisore: Durante Action Review e Tabletop (DART) per rafforzare la prontezza e la resilienza alle emergenze sanitarie. *Disaster Med Salute Pubblica Prep*. 2023; 17 : e355

ONU, Convenzione quadro delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici.

https://unfccc.int/files/essential_background/background_publications_htmlpdf/application/pdf/conveng.pdf

Brillante B, Babalola CP, Sam-Agudu NA et al. Preparazione al COVID-19: capacità di produrre vaccini, terapie e diagnostica nell'Africa subsahariana. *Salute globale*. 2021; 17 : 24

Passero E, Legno J.G, Chadwick C et al. Capacità di produzione globale di vaccini contro l'influenza stagionale e pandemica nel 2019. *Vaccino*. 2021; 39 : 512-520

Hayman B, Dennehy M, Le capacità tecniche dei produttori di vaccini dei paesi in via di sviluppo possono fare la differenza nell'immunizzazione globale. *Vaccino*. 2021; 39 : 5153-5161

Farlow A, Torreele E, Grigio G et al. Il futuro dei vaccini epidemici e pandemici per soddisfare le esigenze di salute pubblica globale. *Vaccini (Basilea)*. 2023; 11 : 690

Kana BD, Arbutnot P, Botwe BK et al. Opportunità e sfide per sfruttare l'innovazione e le tecnologie del vaccino COVID-19 per lo sviluppo di capacità di produzione di vaccini sostenibili in Africa. *Lancetta infetta Dis*. 2023;(pubblicato online il 5 giugno) [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(22\)00878-7](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00878-7)

Rubin Thompson L.J, Grubo M, Veller M et al. Costruire la capacità di produzione globale di vaccini: riflettori puntati sull'Africa. *Vaccino*. 2023; 41 : 4050-4056

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01369-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01369-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

la Repubblica

Covid, spunta la nuova variante EG.5: è un'osservata speciale. D. Zorzetto. La Repubblica

Donatella Zorzetto

Mentre i contagi calano in tutto il mondo, si fa avanti la mutazione inserita nell'elenco delle varianti sotto monitoraggio. L'Oms: "Attualmente non dà segni di un cambiamento nella gravità della malattia"

Mentre i contagi calano in tutto il mondo, si fa avanti una nuova variante, osservata speciale. Nella lista stilata dall'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) delle varianti Covid da tenere d'occhio in questo momento, entra EG.5, inserita nell'elenco delle Vum, le varianti sotto monitoraggio, che salgono così a sette. Sono BA.2.75 (Centaurus), CH.1.1 (Orthrus), XBB (Gryphon), XBB.1.9.1 (Hyperion), XBB.1.9.2, XBB.2.3 (Acrux) e EG.5. Lo ha comunicato l'Organizzazione mondiale della sanità nel suo ultimo aggiornamento settimanale sull'andamento di Covid.

Variante in crescita

"EG.5 è stata classificata come Vum il 19 luglio - si legge nel report - . È un lignaggio discendente di XBB.1.9.2 con una mutazione aggiuntiva (F456L) nella proteina Spike", e "ha mostrato una prevalenza in aumento a livello globale dalla settimana epidemiologica 21 (22-28 maggio)". L'Oms precisa che "attualmente non ci sono prove di un aumento dei casi e dei decessi" associati a EG.5, "o di un cambiamento nella gravità della malattia" causata da questa variante.

Restano così due le varianti di interesse o Voi: Kraken (XBB.1.5) e Arturo (XBB.1.16). Kraken mostra una prevalenza in ulteriore calo, che nella settimana epidemiologica dal 26 giugno al 2 luglio scorsi si è attestata al 15,8% contro il 23,5% della settimana dal 29 maggio al 4 giugno.

Arturo diventa dominante

Arturo, invece, è diventata dominante da metà giugno. Seppure di pochi punti decimali, la variante Xbb.1.16 ha superato Xbb.1.5 (Kraken) come la più diffusa al mondo. E, nella settimana dal 26 giugno al 2 luglio, rappresenta il 20,7% delle sequenze condivise sulla piattaforma Gisaïd, più o meno stabile rispetto alla settimana precedente (20,2%). Tra le Vum, nelle ultime settimane ha mostrato un trend in crescita solo XBB.1.9.2, mentre le altre risultano in calo o stabili.

La variante Arturo era stata identificata per la prima volta lo scorso gennaio in India. "Continuiamo a monitorare tutte le varianti di Sars-CoV-2 e a tenere traccia dei cambiamenti nella prevalenza e nelle caratteristiche virali", ha scritto l'Organizzazione mondiale della Sanità, avvertendo che, tuttavia, "le tendenze attuali che ne descrivono la circolazione dovrebbero essere interpretate tenendo in debita considerazione i limiti dei sistemi di sorveglianza Covid".

Calano i contagi, morti in aumento nell'Ovest Pacifico

Continuano intanto a calare i casi e i morti di Covid nel mondo, ma aumentano i decessi nell'area Ovest Pacifico, mentre riprendono a scendere in Africa dopo avere registrato un crescita nelle scorse settimane. Nei 28 giorni dal 19 giugno al 16 luglio sono stati segnalati 836.344 nuovi contagi e 4.560 morti, con una riduzione del 30% e del 42% rispettivamente secondo l'ultimo bollettino. Da inizio pandemia, il report segnala oltre 768 milioni di casi confermati e oltre 6,9 milioni di decessi.

L'agenzia ribadisce che "i contagi segnalati non offrono una rappresentazione accurata dei tassi di infezione, a causa della riduzione dei test e delle segnalazioni a livello globale", e i dati del report vanno quindi considerati "incompleti" anche perché via via "aggiornati retrospettivamente".

L'Oms: "Covid rimane una minaccia"

L'Oms avverte inoltre che, "sebbene l'emergenza sanitaria pubblica internazionale per Covid sia stata dichiarata conclusa 5 maggio" scorso, "Covid rimane una grave minaccia". Per questo invita "i governi a mantenere, non a smantellare, l'infrastruttura anti-Covid consolidata". Restano poi fondamentali "la sorveglianza e la segnalazione, il monitoraggio delle varianti, l'offerta di cure precoci, la somministrazione di richiami vaccinali ai gruppi" di popolazione "ad alto rischio, miglioramenti nella ventilazione degli ambienti e una regolare attività di comunicazione" ai cittadini.

Contagi in calo in tutto il mondo

Dal report, inoltre, emerge un dato indicativo: i nuovi contagi scendono in tutte e 6 le regioni dell'Oms (-79% Mediterraneo orientale, -71% Europa, -70% Sudest asiatico, -36% Africa e Americhe, -9% Pacifico occidentale); i decessi diminuiscono in 5 regioni (-72% Mediterraneo orientale, -70% Europa, -63% Sudest asiatico, -14% Africa e -13% Americhe), mentre nel Pacifico occidentale aumentano appunto del 30%. Quanto all'Europa, nell'ultimo mese i nuovi casi sono oltre 86mila e i nuovi decessi 1.230. Il maggior numero di contagi è stato segnalato da Federazione Russa (20.854, 14,3/100mila; -55%), Italia (15.725, 26,4/100mila, -63%) e Francia (7.982, 12,3/100mila, -89%), mentre per le morti in testa c'è la Federazione Russa (402, meno di 1/100mila, -30%), seguita da Italia (206, meno di 1/100mila, -54%) e Portogallo (81, meno di 1/100mila, -50%).

https://www.repubblica.it/salute/2023/07/21/news/covid_nuova_variante_contagi_sintomi-408485441/?ref=RHLF-BG-I408488052-P9-S1-T1

L'elevata temperatura corporea aumenta la resistenza dell'ospite dipendente dal microbiota intestinale al virus dell'influenza A e all'infezione da SARS-CoV-2. Minami et al., Nature

Minami Nagai , Miyu Moriyama , Chiharu Ishii , Hirotake Mori , Hikaru Watanabe , Taku Nakahara , Takuji Yamada , Dai Ishikawa , Takamasa Ishikawa , Akiyoshi Hirayama , Ikuo Kimura , Akihito Nagahara , Toshio Naito , Shinji Fukuda & Takeshi Ichinohe

Nature communication volume 14,
Numero articolo: 3863

Abstract

La febbre è un sintomo comune dell'influenza e della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), tuttavia il suo ruolo fisiologico nella resistenza dell'ospite all'infezione virale rimane meno chiaro.

Qui, dimostriamo che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C aumenta la resistenza dell'ospite agli agenti patogeni virali tra cui il virus dell'influenza e la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

I topi esposti ad alte temperature aumentano la temperatura corporea basale oltre i 38 °C per consentire una maggiore produzione di acidi biliari in modo dipendente dal microbiota intestinale.

L'acido desossicolico derivato dal microbiota intestinale (DCA) e il suo recettore Takeda G-protein-coupled receptor 5 (TGR5) legato alla membrana plasmatica aumentano la resistenza dell'ospite all'infezione da virus dell'influenza sopprimendo la replicazione del virus e il danno tissutale dipendente dai neutrofili.

Inoltre, il DCA e il suo agonista nucleare del recettore del farnesoide X (FXR) proteggono i criceti siriani dall'infezione letale da SARS-CoV-2.

Inoltre, dimostriamo che alcuni acidi biliari sono ridotti nel plasma dei pazienti COVID-19 che sviluppano una malattia moderata I/II rispetto al gruppo di gravità minore della malattia.

Questi risultati implicano un meccanismo mediante il quale la febbre alta indotta dal virus aumenta la resistenza dell'ospite al virus dell'influenza e alla SARS-CoV-2 in modo dipendente dal microbiota intestinale.

Introduzione

Le malattie infettive respiratorie, come l'influenza e la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), causano morbilità e mortalità sostanziali. Queste malattie infettive colpiscono soprattutto gli anziani [1](#)·[2](#) .

L'aumentata suscettibilità all'infezione da virus dell'influenza negli esseri umani più anziani potrebbe essere spiegata dal fatto che i monociti umani più anziani hanno un segnale alterato per indurre interferoni di tipo I (IFN) in risposta all'infezione da virus dell'influenza [3](#)·[4](#) .

Tuttavia, il ruolo di altri cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite nella suscettibilità all'infezione da virus dell'influenza rimane poco chiaro. Per quanto riguarda i cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite, diversi studi hanno dimostrato che la composizione del microbiota intestinale cambia con l'età sia nell'uomo che negli animali [5](#)·[6](#)·[7](#) .

Inoltre, la temperatura corporea media nell'uomo diminuisce con l'età [8](#) . Sebbene sia diventato sempre più evidente che il microbiota intestinale e i suoi metaboliti sono importanti per la protezione contro l'infezione da virus dell'influenza [9](#)·[10](#)·[11](#)·[12](#) , gli effetti della temperatura corporea sulla difesa dell'ospite dall'infezione da virus dell'influenza sono in gran parte sconosciuti.

Oltre ai cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite, i parametri ambientali e il comportamento alimentare potrebbero influenzare la suscettibilità dell'ospite all'infezione da virus influenzale [13](#)·[14](#)·[15](#)·[16](#) .

Uno studio recente ha dimostrato che i topi alloggiati in un'umidità relativa del 10 o 20% soccombevano all'infezione da virus dell'influenza più rapidamente di quelli alloggiati in un'umidità relativa del 50% [13](#) . Inoltre, i topi alimentati con dieta chetogenica avevano migliorato la sopravvivenza rispetto ai topi con una normale dieta alimentare dopo la sfida del virus dell'influenza [14](#) .

[Studi in vitro che utilizzano rinovirus e virus dell'influenza hanno mostrato che la](#) temperatura calda limita la replicazione virale attraverso meccanismi IFN-dipendenti e indipendenti di ^{tipo} [17,18](#)·[19](#) . Inoltre, sia l'umidità

che la temperatura influenzano la frequenza della trasmissione del virus dell'influenza tra le cavie [20](#)·[21](#). In precedenza abbiamo dimostrato che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C compromette le risposte delle cellule T CD8⁺ specifiche del virus e la produzione di anticorpi dopo la sfida intranasale con una dose subletale (30 pfu) del virus dell'influenza [11](#).

Al contrario, gli effetti della temperatura esterna sulla resistenza dell'ospite alla sfida del virus dell'influenza letale rimangono sconosciuti. La temperatura più alta durante l'estate raggiunge i 36 °C a Tokyo. Al contrario, la temperatura media minima di gennaio scende intorno ai 4 gradi a Tokyo. Pertanto, qui esploriamo gli effetti delle temperature esterne come 4 °C o 36 °C sulla resistenza dell'ospite all'infezione da virus dell'influenza.

In questo studio, dimostriamo che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C aumenta la temperatura corporea e la resistenza dell'ospite al virus dell'influenza o all'infezione da SARS-CoV-2. Inoltre, dimostriamo che l'elevata attivazione del microbiota intestinale dipendente dalla temperatura corporea aumenta i livelli di acidi biliari nel siero e nell'intestino e sopprime la replicazione del virus e le risposte infiammatorie dannose a seguito del virus dell'influenza e dell'infezione da SARS-CoV-2.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-39569-0>

THE LANCET
Respiratory Medicine

Ventilazione a volume corrente ultra-basso per ARDS correlata a COVID-19 in Francia (VT4COVID): uno studio multicentrico, in aperto, a gruppi paralleli, randomizzato, Richard et al., The Lancet

Prof. Jean-Christophe Richard, Prof Nicolas Terzi, Hodane Yonis, Fatima Chorfa, Portafoglio Florent, Claire Dupuis, et al.

Pubblicato: 12 luglio 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00221-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00221-7)

Riepilogo

Sfondo

La sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) correlata a COVID-19 è associata a un alto tasso di mortalità e a una ventilazione meccanica più lunga. Abbiamo mirato a valutare l'efficacia della ventilazione con volume corrente ultra basso (ULTV) rispetto al volume corrente basso (LTV) nei pazienti con ARDS correlata a COVID-19.

Metodi

Questo studio era multicentrico, in aperto, a gruppi paralleli, randomizzato condotto in dieci unità di terapia intensiva in Francia.

I partecipanti eleggibili avevano un'età pari o superiore a 18 anni, avevano ricevuto ventilazione meccanica invasiva per COVID-19 (confermata da RT-PCR), avevano ARDS secondo la definizione di Berlino, una pressione parziale dell'ossigeno arterioso rispetto alla frazione inspiratoria di ossigeno ($\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2$) rapporto di 150 mm Hg o inferiore, un volume corrente (V_T) di 6,0 mL/kg di peso corporeo previsto o inferiore e ha ricevuto sedazione endovenosa continua.

I pazienti sono stati assegnati in modo casuale (1:1) utilizzando blocchi di randomizzazione a ricevere ULTV (gruppo di intervento) con l'obiettivo di V_{Tdi} 4,0 mL/kg di peso corporeo previsto o LTV (gruppo di controllo) con l'obiettivo di V_{Tdi} 6,0 mL/kg di peso corporeo previsto. I partecipanti, i ricercatori e i valutatori dei risultati non erano mascherati dall'assegnazione di gruppo.

L'outcome primario era un punteggio composito classificato basato sulla mortalità per tutte le cause al giorno 90 come primo criterio e sui giorni senza ventilazione tra i pazienti vivi al giorno 60 come secondo criterio.

La dimensione dell'effetto è stata calcolata con il rapporto di vincita senza pari, sulla base del confronto prioritario a coppie dei componenti dell'esito primario tra ogni paziente nel gruppo ULTV e ogni paziente nel gruppo LTV. Il rapporto di vincita senza pari è stato calcolato come il rapporto tra il numero di coppie con esito più favorevole nel gruppo ULTV rispetto al numero di coppie con esito meno favorevole nel gruppo ULTV.

L'analisi primaria è stata effettuata nella popolazione intent-to-treat modificata, che includeva tutti i partecipanti assegnati in modo casuale e non persi al follow-up.

Questa prova è registrata con [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov), NCT04349618.

Risultati

Tra il 15 aprile 2020 e il 13 aprile 2021, sono stati inclusi 220 pazienti e cinque (2%) sono stati esclusi. 215 pazienti sono stati assegnati in modo casuale (106 [49%] al gruppo ULTV e 109 [51%] al gruppo LTV). 58 (27%) pazienti erano donne e 157 (73%) erano uomini.

L'età media era di 68 anni (IQR 60-74). 214 pazienti hanno completato il follow-up (uno perso al follow-up nel gruppo ULTV) e sono stati inclusi nell'analisi intent-to-treat modificata.

L'outcome primario non era significativamente diverso tra i gruppi (rapporto di vincita senza pari nel gruppo ULTV 0,85 [IC 95% da 0,60 a 1,19]; $p=0,38$). 46 (44%) su 105 pazienti nel gruppo ULTV e 43 (39%) su 109 nel gruppo LTV sono deceduti entro il giorno 90 (differenza assoluta 4% [da -9 a 18]; $p=0,52$). Il tasso di grave acidosi respiratoria nei primi 28 giorni è stato più alto nel gruppo ULTV che nel gruppo LTV (35 [33%] **contro** 14 [13%]; differenza assoluta 20% [IC 95% da 9 a 31]; $p=0,0004$).

Interpretazione

Nei pazienti con ARDS da moderata a grave correlata a COVID-19, non vi era alcuna differenza significativa con ULTV rispetto a LTV nel punteggio composito basato sulla mortalità e sui giorni senza ventilazione tra i pazienti vivi al giorno 60. Questi risultati non supportano il uso sistematico di ULTV in pazienti con ARDS correlato a COVID-19.

Ricerca nel contesto

Prove prima di questo studio

La ventilazione polmonare protettiva con basso volume corrente (VT) di 4,0–8,0 mL/kg di peso corporeo previsto è attualmente lo standard di cura per i pazienti con sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS).

L'eccessivo ceppo polmonare (cioè il rapporto tra V_T e il volume polmonare aerato a riposo) è associato a lesioni polmonari indotte dal ventilatore e mortalità nei modelli animali e la pressione di guida (un surrogato clinico del ceppo polmonare) è indipendentemente correlata alla mortalità per ARDS nei pazienti con e senza COVID-19 che ricevono ventilazione a basso volume corrente (LTV).

La riduzione del volume corrente a 4,0 ml/kg di peso corporeo previsto o inferiore (ovvero, il raggiungimento di una ventilazione a volume corrente ultra basso [ULTV] potrebbe ridurre il danno polmonare indotto dal ventilatore nei pazienti con ARDS più grave e maggiore perdita di aerazione polmonare).

Abbiamo cercato su PubMed gli articoli pubblicati in inglese tra il 1 gennaio 2000 e il 31 gennaio 2023, con i termini ("low tidal volume" OR "lower tidal volume") AND "ARDS" AND "mechanical ventilation". Abbiamo escluso gli studi con pazienti sottoposti a ossigenazione extracorporea della membrana. Sono stati inoltre esclusi gli studi che riferivano su popolazioni pediatriche, non erano

studi controllati randomizzati o non miravano a un volume corrente di 4,0 mL/kg di peso corporeo previsto o inferiore.

Abbiamo identificato due studi in cui ULTV è stato combinato con la rimozione extracorporea di CO₂ (ECCO₂R) per controllare l'ipercapnia. Lo studio XTRAVENT non ha rilevato alcun effetto di ULTV combinato con ECCO₂R nei giorni senza ventilazione al giorno 60 rispetto a LTV nei pazienti con ARDS.

Tuttavia, un'analisi post-hoc ha identificato un effetto favorevole sui giorni senza ventilazione al giorno 60 nei pazienti con un rapporto tra pressione parziale dell'ossigeno arterioso e frazione di ossigeno inspiratorio (PaO₂/FiO₂) di 150 mm Hg o inferiore.

Lo studio controllato randomizzato REST non ha identificato un effetto significativo dell'ULTV combinato con ECCO₂R sulla mortalità a 90 giorni nei pazienti con insufficienza respiratoria ipossiémica acuta, ma lo studio potrebbe essere stato sottodimensionato per rilevare una differenza clinicamente importante dovuta all'interruzione anticipata e era associato a un alto tasso di eventi avversi correlati a ECCO₂R.

Nel nostro studio pilota multicentrico prima e dopo pubblicato nel 2019, condotto su 34 pazienti con ARDS in centri accademici e non accademici, abbiamo dimostrato che ULTV senza ECCO₂R era fattibile in 22 (65%) di 34 ^{pazienti} mentre mantenere il pH superiore a 7.20 con ipercapnia permissiva e che questa strategia era associata a una significativa diminuzione della potenza meccanica e quindi poteva ridurre al minimo il danno polmonare indotto dal ventilatore.

Non è noto se questa strategia di evitare effetti avversi e costi della circolazione extracorporea influisca favorevolmente sugli esiti dell'ARDS.

Valore aggiunto di questo studio

In questo studio multicentrico, in aperto, a gruppi paralleli, randomizzato condotto su 215 pazienti con ARDS correlata a COVID-19 e PaO₂/FiO₂ rapporto inferiore a 150 mm Hg, abbiamo riscontrato che ULTV senza circolazione extracorporea non ha influenzato un punteggio composito, rispetto a LTV, basato sulla mortalità a 90 giorni come criterio prioritario e sul numero di giorni senza ventilazione tra i pazienti vivi al giorno 60 come criterio secondario.

Questo studio supporta la fattibilità della strategia ULTV e l'unico evento avverso identificato con un tasso significativamente più alto nel gruppo ULTV rispetto al gruppo LTV è stata l'acidosi respiratoria grave. Tuttavia, le analisi esplorative prespecificate del sottogruppo hanno suggerito un danno della strategia ULTV nei pazienti con un sottopunteggio di valutazione dell'insufficienza d'organo sequenziale renale di 2 o superiore. A nostra conoscenza, non ci sono prove esistenti su questo argomento.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Sebbene fattibile nella maggior parte dei pazienti con ARDS correlata a COVID-19, l'uso sistematico di ULTV senza circolazione extracorporea non ha alcun effetto favorevole sull'esito e potrebbe essere dannoso in uno specifico sottogruppo di pazienti.

Questi risultati non supportano l'uso sistematico di ULTV in COVID-19 o ARDS non COVID. Gli studi futuri dovrebbero mirare a identificare sottogruppi di pazienti con ARDS in cui la strategia ULTV potrebbe essere utile.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00221-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00221-7/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Confronto nella vita reale della mortalità in pazienti non ospedalizzati con infezione da SARS-CoV-2 a rischio di progressione clinica trattati con molnupiravir o nirmatrelvir più ritonavir durante l'era Omicron in Italia: uno studio di coorte a livello nazionale

Carlo Torti, Pierpaolo Olimpieri, Paolo Bonfanti, Carlo Tascini, Simone Celant, Danilo Tacconi et al.

Pubblicato: 13 luglio 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100684>

Riepilogo

Sfondo

I dati comparativi sulla mortalità nei pazienti COVID-19 trattati con molnupiravir o con nirmatrelvir più ritonavir sono inconcludenti.

Abbiamo quindi confrontato la mortalità per tutte le cause nei pazienti COVID-19 residenti in comunità trattati con questi farmaci durante l'era Omicron.

Metodi

Sono stati utilizzati i dati raccolti nella coorte nazionale, basata sulla popolazione, di pazienti registrati nel database dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA). Per aumentare la completezza dei decessi registrati e la correttezza della data, è stato effettuato un controllo incrociato con l'Anagrafe Nazionale dei Morti fornita dal Ministero dell'Interno.

Abbiamo incluso in questo studio tutti i pazienti con infezione da SARS-CoV-2 trattati entro 5 giorni dalla data del test e l'insorgenza dei sintomi tra l'8 febbraio e il 30 aprile 2022.

La mortalità per tutte le cause al giorno 28 è stata confrontata tra i due gruppi di trattamento dopo il bilanciamento per le caratteristiche della linea di base utilizzando pesi ottenuti da un algoritmo di gradient boosting machine.

Risultati

Nell'arco di tempo considerato, sono stati inclusi nell'analisi 17.977 pazienti trattati con molnupiravir e 11.576 pazienti con nirmatrelvir più ritonavir. La maggior parte dei pazienti ($25.617/29.553 = 86,7\%$) ha ricevuto un ciclo completo di vaccinazione inclusa la dose di richiamo. Un tasso grezzo di incidenza più elevato di mortalità per tutte le cause è stato riscontrato tra gli utilizzatori di molnupiravir (51,83 per 100.000 giorni-persona), rispetto agli utilizzatori di nirmatrelvir più ritonavir (22,29 per 100.000 giorni-persona).

Tuttavia, i pazienti trattati con molnupiravir erano più anziani di quelli trattati con nirmatrelvir più ritonavir e sono state riscontrate differenze tra le due popolazioni per quanto riguarda i tipi di comorbilità.

Per questo motivo, abbiamo confrontato le incidenze cumulative aggiustate in base al peso utilizzando lo stimatore di Aalen e abbiamo scoperto che i tassi di incidenza cumulativa aggiustati erano dell'1,23% (95% CI 1,07%–1,38%) per i pazienti trattati con molnupiravir e 0,78% (95% CI 0,58%–0,98%) per i pazienti trattati con nirmatrelvir più ritonavir (log rank aggiustato $p = 0,0002$).

Inoltre, il modello di Cox ad effetto misto aggiustato in base al peso, che include regioni italiane e centri NHS come effetti casuali e trattamento come unica covariata, ha confermato una significativa riduzione del rischio di morte nei pazienti trattati con nirmatrelvir più ritonavir.

Infine, è stata confermata una significativa riduzione del rischio di morte associato a nirmatrelvir più ritonavir in sottogruppi di pazienti, come donne, pazienti completamente vaccinati, quelli trattati entro il giorno 2 dall'insorgenza dei sintomi e pazienti senza malattie (emato)-oncologiche.

Il modello di Cox a effetti misti aggiustato in base al peso che include regioni italiane e centri NHS come effetti casuali e trattamento come unica covariata ha confermato una significativa riduzione del rischio di morte nei pazienti trattati con nirmatrelvir più ritonavir.

Infine, è stata confermata una significativa riduzione del rischio di morte associato a nirmatrelvir più ritonavir in sottogruppi di pazienti, come donne, pazienti completamente vaccinati, quelli trattati entro il giorno 2 dall'insorgenza dei sintomi e pazienti senza malattie (emato)-oncologiche.

Il modello di Cox a effetti misti aggiustato in base al peso che include regioni italiane e centri NHS come effetti casuali e trattamento come unica covariata ha confermato una significativa riduzione del rischio di morte nei pazienti trattati con nirmatrelvir più ritonavir. Infine, è stata confermata una significativa riduzione del rischio di morte associato a nirmatrelvir più ritonavir in sottogruppi di pazienti, come donne, pazienti completamente vaccinati, quelli trattati entro il giorno 2 dall'insorgenza dei sintomi e pazienti senza malattie (emato)-oncologiche.

Interpretazione

L'inizio precoce di nirmatrelvir più ritonavir è stato associato per la prima volta a un rischio significativamente ridotto di mortalità per tutte le cause entro il giorno 28 rispetto a molnupiravir, sia nella popolazione complessiva che nei sottogruppi di pazienti, compresi quelli completamente vaccinati con la dose di richiamo.

Rilievo nel contesto

Prove prima di questo studio

L'autorizzazione di emergenza per molnupiravir e nirmatrelvir più ritonavir è stata rilasciata per il trattamento di persone non ospedalizzate con COVID-19 sintomatico ad alto rischio di progressione a COVID-19 grave dopo che sono stati resi disponibili i risultati degli studi MOVE-OUT ed EPIC-HR.

Tuttavia, entrambi gli studi hanno arruolato pazienti non vaccinati con COVID-19 da lieve a moderato durante un'ondata pandemica della variante SARS-CoV-2 delta (B.1.617.2), pertanto i loro risultati non possono essere trasferiti all'attuale pratica clinica.

Abbiamo cercato Scopus, PubMed e i principali database di pubblicazioni prestampate per studi sulla vita reale pubblicati prima del 28 febbraio 2023, utilizzando i termini di ricerca "SARS-CoV-2 OR COVID-19" AND "molnupiravir OR Lagevrio OR EIDD-2801" OR "nirmatrelvir O Paxlovid O PF-07321332".

Abbiamo trovato solo tre studi principali (condotti rispettivamente negli Stati Uniti, in Grecia e a Hong Kong) volti a fornire un confronto aggiustato tra gli antivirali orali molnupiravir e nirmatrelvir più ritonavir, nessuno dei quali ha raggiunto risultati statisticamente significativi nel dimostrare un reale vantaggio di un farmaco rispetto all'altro per quanto riguarda la sopravvivenza dei pazienti.

Pertanto, una valutazione valida su un punto finale difficile come la morte in quei pazienti trattati con gli antivirali orali nirmatrelvir più ritonavir e molnupiravir ha fornito risultati inconcludenti per informare il loro uso clinico in pazienti con COVID-19, considerando lo stato di vaccinazione dei pazienti e la circolazione variante di preoccupazione. nessuno ha raggiunto risultati statisticamente significativi nel dimostrare un reale vantaggio di un farmaco rispetto all'altro per quanto riguarda la sopravvivenza del paziente.

Pertanto, una valutazione valida su un punto finale difficile come la morte in quei pazienti trattati con gli antivirali orali nirmatrelvir più ritonavir e molnupiravir ha fornito risultati inconcludenti per informare il loro uso clinico in pazienti con COVID-19, considerando lo stato di vaccinazione dei pazienti e la circolazione variante di preoccupazione. nessuno ha raggiunto risultati statisticamente significativi nel dimostrare un reale vantaggio di un farmaco rispetto all'altro per quanto riguarda la sopravvivenza del paziente.

Pertanto, una valutazione valida su un punto finale difficile come la morte in quei pazienti trattati con gli antivirali orali nirmatrelvir più ritonavir e molnupiravir ha fornito risultati inconcludenti per informare il loro uso clinico in pazienti con COVID-19, considerando lo stato di vaccinazione dei pazienti e la circolazione variante di preoccupazione.

Valore aggiunto di questo studio

Il nostro studio di coorte prospettico, a livello nazionale, aggiunge significato alla letteratura sull'efficacia nel mondo reale di nirmatrelvir più ritonavir rispetto a molnupiravir perché tra gli studi adeguatamente potenziati,

è stato il primo a dimostrare un ulteriore vantaggio di nirmatrelvir più ritonavir sulla sopravvivenza del paziente in una popolazione di pazienti principalmente vaccinati nell'era Omicron.

Per migliorare la validità dello studio con la registrazione completa degli eventi di morte e delle relative date, il registro dell'Agenzia italiana del farmaco è stato collegato all'anagrafe nazionale della popolazione residente, che è una banca dati centrale gestita dal Ministero dell'Interno italiano.

Il tasso grezzo di incidenza della mortalità per tutte le cause al giorno 28 era di 40,23 per 100.000 giorni-persona nella popolazione complessiva. Un tasso di incidenza grezzo più elevato di mortalità per tutte le cause è stato riscontrato tra gli utilizzatori di molnupiravir (51,83 per 100.000 giorni-persona), rispetto agli utilizzatori di nirmatrelvir/ritonavir (22,29 per 100.000 giorni-persona).

Confrontando le incidenze cumulative aggiustate in base al peso utilizzando lo stimatore di Aalen, abbiamo scoperto che i tassi al giorno 28 erano dell'1,23% (95% CI 1,07%–1,38%) per molnupiravir e dello 0,78% (95% CI 0,58%–0,98%) per nirmatrelvir più ritonavir ($p = 0,0002$). Inoltre, per tenere conto della possibile eterogeneità, è stato eseguito un modello di Cox a effetti misti aggiustato in base al peso, includendo regioni e centri italiani come effetti misti e trattamento come unica covariata.

Utilizzando questo metodo, abbiamo scoperto che nirmatrelvir più ritonavir era associato a una significativa riduzione del rischio di morte entro il giorno 28 rispetto a molnupiravir (HR 0,68 [IC 95% 0,56-0,83]). Da ultimo,

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Il presente studio fornisce un forte supporto a nirmatrelvir più ritonavir piuttosto che a molnupiravir come opzione preferita per il trattamento precoce dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 a rischio di progressione clinica nonostante il ricevimento di un ciclo completo di vaccinazione nell'era Omicron.

Sono necessari ulteriori studi strategici per chiarire l'ulteriore vantaggio della mortalità derivante dall'uso di nirmatrelvir più ritonavir in sottogruppi di pazienti e in altre popolazioni di pazienti e strutture sanitarie per convalidare ulteriormente i nostri risultati.

[https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762\(23\)00103-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanape/article/PIIS2666-7762(23)00103-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

nature

L'elevata temperatura corporea aumenta la resistenza dell'ospite dipendente dal microbiota intestinale al virus dell'influenza A e all'infezione da SARS-CoV-2. Nagai et al., Nature

Minami Nagai , Miyu Moriyama , Chiharu Ishii , Hirotake Mori , Hikaru Watanabe , Taku Nakahara , Takuji Yamada , Dai Ishikawa , Takamasa Ishikawa , Akiyoshi Hirayama , Ikuo Kimura , Akihito Nagahara , Toshio Naito , Shinji Fukuda & Takeshi Ichinohe

Nature Communication **volume 14,**

Numero articolo: 3863

Abstract

La febbre è un sintomo comune dell'influenza e della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), tuttavia il suo ruolo fisiologico nella resistenza dell'ospite all'infezione virale rimane meno chiaro.

Qui, dimostriamo che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C aumenta la resistenza dell'ospite agli agenti patogeni virali tra cui il virus dell'influenza e la sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

I topi esposti ad alte temperature aumentano la temperatura corporea basale oltre i 38 °C per consentire una maggiore produzione di acidi biliari in modo dipendente dal microbiota intestinale.

L'acido desossicolico derivato dal microbiota intestinale (DCA) e il suo recettore Takeda G-protein-coupled receptor 5 (TGR5) legato alla membrana plasmatica aumentano la resistenza dell'ospite all'infezione da virus dell'influenza sopprimendo la replicazione del virus e il danno tissutale dipendente dai neutrofili.

Inoltre, il DCA e il suo agonista nucleare del recettore del farnesoide X (FXR) proteggono i criceti siriani dall'infezione letale da SARS-CoV-2.

Inoltre, dimostriamo che alcuni acidi biliari sono ridotti nel plasma dei pazienti COVID-19 che sviluppano una malattia moderata I/II rispetto al gruppo di gravità minore della malattia.

Questi risultati implicano un meccanismo mediante il quale la febbre alta indotta dal virus aumenta la resistenza dell'ospite al virus dell'influenza e alla SARS-CoV-2 in modo dipendente dal microbiota intestinale.

Introduzione

Le malattie infettive respiratorie, come l'influenza e la malattia da coronavirus 2019 (COVID-19), causano morbilità e mortalità sostanziali. Queste malattie infettive colpiscono soprattutto gli anziani [1](#)·[2](#) .

L'aumentata suscettibilità all'infezione da virus dell'influenza negli esseri umani più anziani potrebbe essere spiegata dal fatto che i monociti umani più anziani hanno un segnale alterato per indurre interferoni di tipo I (IFN) in risposta all'infezione da virus dell'influenza [3](#)·[4](#) .

Tuttavia, il ruolo di altri cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite nella suscettibilità all'infezione da virus dell'influenza rimane poco chiaro. Per quanto riguarda i cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite, diversi studi hanno dimostrato che la composizione del microbiota intestinale cambia con l'età sia nell'uomo che negli animali [5](#)·[6](#)·[7](#) .

Inoltre, la temperatura corporea media nell'uomo diminuisce con l'età [8](#) . Sebbene sia diventato sempre più evidente che il microbiota intestinale e i suoi metaboliti sono importanti per la protezione contro l'infezione da virus dell'influenza [9](#)·[10](#)·[11](#)·[12](#) , gli effetti della temperatura corporea sulla difesa dell'ospite dall'infezione da virus dell'influenza sono in gran parte sconosciuti.

Oltre ai cambiamenti legati all'età dei fattori dell'ospite, i parametri ambientali e il comportamento alimentare potrebbero influenzare la suscettibilità dell'ospite all'infezione da virus influenzale [13](#)·[14](#)·[15](#)·[16](#) .

Uno studio recente ha dimostrato che i topi alloggiati in un'umidità relativa del 10 o 20% soccombevano all'infezione da virus dell'influenza più rapidamente di quelli alloggiati in un'umidità relativa del 50% [13](#) . Inoltre, i topi alimentati con dieta chetogenica avevano migliorato la sopravvivenza rispetto ai topi con una normale dieta alimentare dopo la sfida del virus dell'influenza [14](#) .

[Studi in vitro che utilizzano rinovirus e virus dell'influenza hanno mostrato che la](#) temperatura calda limita la replicazione virale attraverso meccanismi IFN-dipendenti e indipendenti di tipo [17,18](#)·[19](#) . Inoltre, sia l'umidità che la temperatura influenzano la frequenza della trasmissione del virus dell'influenza tra le cavie [20](#)·[21](#) . In precedenza abbiamo dimostrato che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C compromette le risposte delle cellule T CD8⁺ specifiche del virus e la produzione di anticorpi dopo la sfida intranasale con una dose subletale (30 pfu) del virus dell'influenza [11](#) .

Al contrario, gli effetti della temperatura esterna sulla resistenza dell'ospite alla sfida del virus dell'influenza letale rimangono sconosciuti. La temperatura più alta durante l'estate raggiunge i 36 °C a Tokyo. Al contrario, la temperatura media minima di gennaio scende intorno ai 4 gradi a Tokyo. Pertanto, qui esploriamo gli effetti delle temperature esterne come 4 °C o 36 °C sulla resistenza dell'ospite all'infezione da virus dell'influenza.

In questo studio, dimostriamo che l'esposizione dei topi all'elevata temperatura ambiente di 36 °C aumenta la temperatura corporea e la resistenza dell'ospite al virus dell'influenza o all'infezione da SARS-CoV-2. Inoltre, dimostriamo che l'elevata attivazione del microbiota intestinale dipendente dalla temperatura corporea aumenta i livelli di acidi biliari nel siero e nell'intestino e sopprime la replicazione del virus e le risposte infiammatorie dannose a seguito del virus dell'influenza e dell'infezione da SARS-CoV-2.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-39569-0>

Uno studio Usa su Nature indica la chiave per sciogliere uno dei nodi irrisolti legati al virus: tutto ruota attorno a una variante genetica

Due anni fa, in piena pandemia, il caso era già emerso: gli esperti si chiedevano perché, mentre tutt'intorno migliaia di persone ogni giorno si ammalavano di Covid, mostrando sintomi evidenti, anche gravi, alcune non riportassero conseguenze. In parole povere erano individui asintomatici. Magari pure loro infetti, ma senza febbre, tosse, difficoltà a respirare e altre manifestazioni dell'infezione provocata dal virus SARS-CoV-2. Ora il segreto è stato svelato. Un gruppo di ricercatori coordinati dalla *University of California San Francisco* ha trovato la chiave per risolvere una delle questioni irrisolte legate al virus che per tre anni ha messo in scacco il mondo.

Questione di Dna

Tutta la questione ruota attorno ai propri geni. I ricercatori, in uno studio pubblicato su *Nature*, hanno scoperto che le persone asintomatiche sono spesso portatrici di una variante genetica che aiuta il loro sistema immunitario a riconoscere e a contrastare tempestivamente il virus. Questa caratteristica non impedisce loro di essere infettate, ma le protegge dalle manifestazioni Covid. "Se si ha un esercito in grado di riconoscere il nemico in anticipo, questo è un enorme vantaggio - ha spiegato la coordinatrice dello studio Jill Hollenbach - . È come avere soldati preparati per la battaglia e che sanno già cosa cercare".

I criteri della ricerca

La ricerca si è concentrata sul sistema di etichettatura che l'organismo usa per distinguere le componenti proprie da quelle estranee: il cosiddetto HLA (antigeni umani leucocitari). I ricercatori hanno scoperto che circa il 20% degli asintomatici aveva una mutazione in uno dei geni Hla (denominata HLA-B*15:01), rispetto al 9% di chi mostrava sintomi. Nello specifico, Hollenbach, assieme ai colleghi, ha svolto l'indagine per comprendere se la variazione dell'HLA potesse indurre, in alcune persone, un'infezione asintomatica con il SARS-CoV-2. La ricerca ha coinvolto 29.947 persone, di cui sono stati monitorati i sintomi e gli esiti del Covid, attraverso uno smartphone.

I risultati dell'indagine

L'indagine ha evidenziato che 1.428 persone non vaccinate hanno riportato un test positivo per l'infezione da SARS-CoV-2, di cui 136 hanno dichiarato di non avere sintomi. Una persona su cinque rimasta asintomatica dopo l'infezione è risultata portatrice di una variante comune dell'HLA, chiamata HLA-B*15:01. Le persone portatrici di due copie di questa variante sono risultate in grado di avere una risposta positiva, avendo più di otto volte la probabilità di rimanere asintomatiche rispetto a quelle portatrici di altre versioni di HLA. Inoltre, in un ramo separato dello studio, i ricercatori hanno scoperto che i portatori di HLA-B*15:01, senza una precedente esposizione al SARS-CoV-2, avevano cellule T, cellule immunitarie, reattive ai frammenti proteici del SARS-CoV-2, che condividono alcune sequenze genetiche con altri tipi di coronavirus stagionali. Questo indica che le persone portatrici di HLA-B*15:01, precedentemente esposte ai virus stagionali del raffreddore, hanno un'immunità preesistente nei confronti del SARS-CoV-2 e potrebbero eliminare rapidamente il virus prima che si presentino i sintomi.

I 'superman' del Covid

Ma c'è di più. In piena pandemia, nell'ottobre 2021, era stato portato a galla un altro aspetto 'anomalo' delle infezioni da Covid. In tutte le epidemie o pandemie, era stato evidenziato, "c'è sempre qualcuno che esce indenne dal virus": non viene attaccato, non contrae la malattia, non rischia nemmeno un lievissimo sintomo. In quel caso erano stati i 'superman' del Covid ad attrarre l'attenzione di équipes di studiosi da tutto il mondo, impegnate in uno studio coordinato dall'Università di Melbourne e dalla Fondazione per la ricerca biomedica dell'Accademia di Atene. Studio pubblicato sulla rivista scientifica *Nature Immunology*.

Infezioni variabili

La premessa era stata questa: "Le infezioni da Sars-Cov-2 mostrano un'enorme variabilità interindividuale, che va da infezioni asintomatiche a malattie potenzialmente letali". E si concentrano su un fatto: mentre sappiamo che sono "variazioni congenite e autoanticorpi diretti contro gli interferoni di tipo I (IFN) a determinare il verificarsi di circa il 20% dei casi critici di Covid tra gli individui con infezione da Sars-Cov-2", al contrario "le cause genetiche e immunologiche della resistenza all'infezione, di per sé sono sconosciuti".

Lo insegna l'esperienza Hiv

La base di partenza per scoprire i meccanismi che fanno di alcuni individui dei 'superman del Covid' era ciò che si era fatto e scoperto a proposito dell'Hiv-1. Anche in quel caso il problema da risolvere era: perché alcuni contraggono il virus Hiv, sindrome da immunodeficienza acquisita? I ricercatori avevano portato alla luce questo meccanismo: la diminuzione dei recettori delle chemochine DARC (immunodeficienza genetica) conferisce resistenza al Plasmodium vivax (parassita unicellulare, che è il più frequente e diffuso responsabile di malaria ricorrente). E avevano dimostrato che chi ha una densità di recettore 5 delle chemochine (proteine) e dell'enzima FUT2 (responsabile della sintesi dell'antigene H nei fluidi corporei e sulla mucosa intestinale) ha una resistenza all'Hiv-1 e ai norovirus (causa più comune di gastroenterite).

La strategia per scovare i resistenti al virus

"Sulla stessa linea - avevano sottolineato gli autori dello studio - abbiamo proposto una strategia per identificare, reclutare e analizzare geneticamente individui che sono naturalmente resistenti all'infezione da Sars-Cov-2". "I tassi medi di attacco secondario per le infezioni da Sars-Cov-2 possono toccare il 70% in alcune famiglie e sono stati segnalati numerosi nuclei familiari in cui tutti i membri tranne uno dei coniugi erano stati contagiati - aveva confermato la ricerca - suggerendo che alcuni individui altamente esposti possano essere resistenti all'infezione con questo virus". Perciò erano stati esaminati "alcuni esempi di suscettibilità geneticamente determinata a esiti gravi di due malattie infettive: la tubercolosi e il Covid, coprendo in modo più approfondito i tre casi noti di resistenza congenita alle infezioni". Si era proseguito "considerando i geni candidati direttamente rilevanti per la resistenza all'infezione da Sars-Cov-2". E si era giunti a formulare una proposta: "Una strategia per il reclutamento e l'analisi genetica di individui che sono naturalmente resistenti all'infezione del virus". Uno stimolo per una nuova fase di ricerca.

https://www.repubblica.it/salute/2023/07/19/news/covid_virus_asintomatici_sintomi-408297901/?ref=RHLF-BG-I408318769-P8-S1-T1

L'influenza aviaria si diffonde tra cani e gatti. Allerta dell'Oms per un focolaio in Polonia, E.Dusi, La Repubblica

Elena Dusi

Il virus che circola fra gli uccelli ha iniziato a contagiare anche i mammiferi. In Polonia infettati 29 felini. Piccolo focolaio anche nel bresciano. L'Istituto zooprofilattico delle Venezie: "Non lasciate che i vostri animali vadano a caccia"

Ventotto gatti in Polonia sono risultati positivi all'influenza aviaria. Potrebbe sembrare una notizia trascurabile. Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) è invece un segnale di allarme.

Vuol dire che il virus dell'influenza aviaria H5N1, che da qualche anno **circola** in dosi abbondanti negli uccelli, inclusi i **gabbiani** nei pressi delle città, oggi è capace di **diffondersi** anche fra i mammiferi. Essendo l'uomo un mammifero, da oggi è un po' meno improbabile che H5N1 arrivi anche a noi.

L'Istituto zooprofilattico delle Venezie ha appena pubblicato una nota in cui raccomanda di aumentare la sorveglianza nei carnivori selvatici o domestici nelle aree ad alto rischio e di evitare il contatto degli animali domestici carnivori con animali morti o malati, siano essi uccelli o altri mammiferi.

PUBBLICITÀ

Casi sporadici di aviaria anche nell'uomo sono stati registrati nei mesi scorsi: due in Gran Bretagna, diversi in Cile, cinque in Cina, dove si è registrata una vittima. Si trattava di persone che erano state a contatto diretto con uccelli infetti – soprattutto pollame per il consumo alimentare – e che non avevano contagiato le persone a loro vicine. La capacità del virus di trasmettersi da un individuo all'altro – il tanto temuto salto di specie – non è quindi avvenuto fino a oggi fra gli esseri umani.

Se i 28 gatti polacchi (più un caracal, un felino selvatico) si siano contagiati l'uno con l'altro non è chiaro. Non c'è nulla che lo indichi, visto che si trovavano in regioni diverse. Cinque di loro però vivevano chiusi in casa, senza la possibilità di uscire e andare a caccia. Non è chiaro come possano essersi infettati.

I felini malati di aviaria mostravano sintomi respiratori, gastrointestinali e neurologici. Undici sono morti spontaneamente, 14 sono stati invece abbattuti.

Oms: "L'Aviaria potrebbe infettare più facilmente l'uomo"

Dalla fine d'aprile e fino al 23 giugno in tutta Europa c'erano stati altri 98 contagi di aviaria fra gli animali domestici, incluso un focolaio di 5 cani e un gatto in Italia. Gli animali vivevano in un allevamento di pollame infetto nel bresciano. Non hanno avuto sintomi, ma i test sierologici hanno mostrato la presenza di anticorpi per H5N1.

Da allora l'Oms ha rafforzato i monitoraggi e l'Efsa (Autorità alimentare europea) ha raccomandato ai proprietari di tenere sotto controllo i propri animali.

Il rischio è che cani e gatti (soprattutto questi ultimi) vadano a caccia di volatili, e che si possano infettare mangiandone le carni. Non a caso al virus H5N1 sono già risultate positive nei mesi scorsi volpi, faine e lontre.

Il focolaio polacco ha spinto l'Oms a rivedere leggermente il valore di allarme per l'uomo. Per la popolazione normale il rischio di contagio a seguito di contatto con gatti infetti resta basso. Per i proprietari degli animali o per i veterinari diventa invece moderato, "senza l'uso di dispositivi di protezione".

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/07/17/news/aviaria_cani_gatti_focolaio_polonia-408068756/?ref=RHLF-BG-I408017160-P12-S1-T1

la Repubblica

Pnrr, stop a progetti per 16 miliardi: fuori dissesto idrogeologico e idrogeno. Nuovo ecobonus da 4 miliardi, G. Colombo, la Repubblica

Giuseppe Colombo

La bozza della revisione del Piano di ripresa e resilienza sul tavolo della cabina di regia a Palazzo Chigi. Spinta a RepowerEU per l'autonomia energetica e la transizione ecologica

ROMA – Nove misure fuori dal Pnrr, a iniziare da quelle per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico. In tutto valgono 15,9 miliardi sui 191,5 totali del Piano di ripresa e resilienza. Sono progetti che non avanzano, soldi che non si riescono a spendere.

E per questo il governo ha deciso che devono essere cancellati. Una scelta messa nero su bianco nella bozza del documento di rimodulazione del Piano che *Repubblica* è in grado di anticipare.

È il ministro con la delega al Piano Raffaele Fitto a presentare le 144 modifiche, contenute in 152 pagine, alla riunione della cabina di regia a Palazzo Chigi.

I progetti cancellati

Oltre alla metà dei fondi destinati alla lotta al dissesto idrogeologico (1,3 miliardi su 2,5) saranno eliminati anche gli interventi per la resilienza, la valorizzazione del territorio e l'efficienza energetica dei Comuni (6 miliardi) e quelli per la rigenerazione urbana che servivano a ridurre le situazioni di emarginazione e degrado sociale (3,3 miliardi).

Fuori anche i progetti generali dei Piani urbani integrati (2,5 miliardi), quelli per l'utilizzo dell'idrogeno nei settori più inquinanti (1 miliardo) e quelli per la promozione di impianti innovativi, incluso l'offshore, a cui il Pnrr assegnava 675 milioni. Cancellati anche gli investimenti per la valorizzazione dei beni confiscati alle mafie (300 milioni) e quelli per la tutela e la valorizzazione del verde urbano ed extraurbano (110 milioni).

PUBBLICITÀ

ID MISURA	Descrizione misura	Amministrazione centrale di riferimento	Proposta rimodulazione
M2C4I2.2	Interventi per la resilienza, la valorizzazione del territorio e l'efficienza energetica dei Comuni	Ministero dell'Interno	6.000.000.000,00
M5C2I2.1	Investimenti in progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale	Ministero dell'Interno	3.300.000.000,00
M5C2I2.2.C	Piani urbani integrati - progetti generali	Ministero dell'Interno	2.493.800.000,00
M2C4I2.1.A	Misure per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico	MIN AMBIENTE E SICUREZZA ENERGETICA	1.287.100.000,00
M2C2I3.2	Utilizzo dell'idrogeno in settori hard-to-abate	MIN AMBIENTE E SICUREZZA ENERGETICA	1.000.000.000,00
M5C3I1.1.1	Aree interne - Potenziamento servizi e infrastrutture sociali di comunità	PCM - DIP POLITICHE DI COESIONE	724.999.998,00
M2C2I1.3	Promozione impianti innovativi (incluso offshore)	MIN AMBIENTE E SICUREZZA ENERGETICA	675.000.000,00
M5C3I1.2	Valorizzazione dei beni confiscati alle mafie	PCM - DIP POLITICHE DI COESIONE	300.000.000,00

Ferrovie, fuori la Roma-Pescara e due lotti della Palermo-Catania

Cambia anche il capitolo dedicato alle infrastrutture. Fuori dal Pnrr la tratta Roma-Pescara e due lotti della Palermo-Catania. Fondi ridotti per gli investimenti relativi all'estensione del sistema Ertms, per l'aggiornamento dei sistemi di sicurezza e di segnalazione del trasporto ferroviario. Le risorse saranno impiegate sulla tratta Napoli-Bari e sulla Palermo-Catania.

Il travaso dentro RepowerEU: tre linee di investimento

Le risorse che si libereranno dai progetti cancellati finiranno dentro RepowerEU, il nuovo capitolo del Pnrr dedicato all'autonomia energetica e alla transizione ecologica. In tutto 19,2 miliardi.

Tre capitoli: il primo è quello riservato alle infrastrutture energetiche, affidate alle partecipate di Stato. Dentro, tra gli altri progetti, il Tyrrhenian Link di Terna, per realizzare un anello di linee elettriche ad alta tensione tra Sardegna, Sicilia e Campania.

Spazio anche al raddoppio del gasdotto lungo la dorsale Adriatica: uno stanziamento di 375 milioni per "rispondere al fabbisogno immediato in termini di sicurezza dell'approvvigionamento di gas, nell'interesse dell'Unione europea nel suo complesso".

Vedr  la luce anche il progetto Export Fase 1, una nuova unit  di compressione elettrica nell'area della centrale di Poggio Renatico, in provincia di Ferrara, in aggiunta alle quattro unit  esistenti. "Tale potenziamento – si legge nel documento – consentir  di aumentare il flusso di gas da Sud a Nord-Est".

Totale Investimenti REPowerEU - milioni di euro (19 interventi, di cui 4 scale-up PNRR)		19.155,00
Investimento 1 - Reti		2.312
	<i>di cui Energia</i>	1.892
	<i>di cui Gas</i>	420
Investimento 2 - Transizione verde ed efficientamento energetico		14.793
	<i>di cui Produzione rinnovabili</i>	533
	<i>di cui Settore produttivo</i>	6.260
	<i>di cui Patrimonio pubblico</i>	4.000
	<i>di cui Ecobonus sociale</i>	4.000
Investimento 3 - Filiere		2.050
Totale Riforme REPowerEU - milioni di euro (6 progetti di riforma, di cui 1 scale-up PNRR)		100,75

Un nuovo Ecobonus per redditi bassi

La seconda linea di investimento, la pi  corposa, riguarda transizione verde ed efficientamento energetico, cifrata per quasi 14,8 miliardi. Oltre sei miliardi sono destinati al settore produttivo, 4 al patrimonio pubblico. Ma con il RepowerEU torna anche l'incentivazione per i lavori di efficienza energetica dei privati: "Uno dei punti pi  qualificanti del Piano REPowerEU riguarda l'Ecobonus, dedicato espressamente alle abitazioni private", si legge nella sintesi. Nel documento diffuso si spiega che l'intervento "mira a promuovere l'efficientamento energetico delle abitazioni per affrontare la questione della povert  energetica. Vuole garantire il raggiungimento degli obiettivi REPowerEU di efficienza, di riduzione della domanda e di contrasto alla povert  energetica".

Il costo del nuovo Ecobonus   di 4 miliardi, 2 per il 2024 e altrettanti per il 2025. "La misura si basa su incentivi fiscali, attivati da tempo in Italia e potenziati dal 2020 con il cosiddetto Superbonus, ma corregge e indirizza il sostegno esclusivamente alle categorie di persone a basso reddito", si legge. A differenza del passato, si

rimarca ancora, “ora l’incentivo è destinato solo a famiglie a rischio di povertà energetica e ai giovani”. Spazio anche alle Comunità dell’Energia, “uno dei pilastri della politica energetica europea degli ultimi anni” che “ha l’obiettivo sia di sostenere le fonti rinnovabili, in particolare il solare fotovoltaico, sia quello della condivisione sociale di una produzione di energia pulita a basso costo”.

Il terzo investimento, dedicato alle filiere, vale 2 miliardi.

Asili nido, a rischio 260mila posti al 2026

Nel documento presentato alla cabina di regia si prevede “il rafforzamento della misura Asili Nido con un incremento del finanziamento di 900 milioni di euro necessari per indire un nuovo bando che assicuri il conseguimento del relativo target”.

L’”ambizione” – di cui ha parlato Fitto in conferenza stampa – è arrivare ai fatidici 260mila posti al 2026, ma nel documento si rimettono in fila le difficoltà di questa voce. “L’aumento dei costi ha inciso sulle progettazioni e ha comportato la necessità per i soggetti attuatori di rivedere i numeri dei nuovi posti aggiuntivi creati. Ciò ha rallentato le procedure di affidamento”. La proposta di revisione “mira a rivedere l’obiettivo intermedio dell’aggiudicazione di tutti gli interventi previsto dalla quarta rata con l’aggiudicazione di un primo insieme di interventi e l’impegno a lanciare un nuovo bando per raggiungere l’obiettivo finale della misura alla luce delle circostanze oggettive intervenute”. Un nuovo bando, che però rimette in discussione il raggiungimento dei target. “In relazione al target finale della misura – si legge – in linea con gli orientamenti della Commissione, sarà valutato l’impatto dell’incremento dei costi con riferimento al numero dei nuovi posti da rendicontare”.

https://www.repubblica.it/economia/2023/07/27/news/pnrr_stop_a_progetti_per_16_miliardi_fuori_dissesto_idrogeologico_e_idrogeno-409167205/?ref=RHLF-BG-I409140209-P2-S1-T1



Pnrr/ Ministero Salute, centrato target 1.800 borse medicina generale. Speso l'1,15% delle risorse. Ecco lo stato di avanzamento del Piano. Il Sole 24 Ore

Il Target europeo del Pnrr Missione Salute riferito alle 1.800 borse aggiuntive di formazione specifica per medici di medicina generale, 900 per il triennio 2021-2024 e ulteriori 900 per il triennio 2022-2025, è stato pienamente raggiunto. Per entrambi i cicli formativi, sono state espletate tutte le procedure previste.

Le attività formative delle prime 900 borse di studio (2021-2024) sono iniziate in via generale tra fine aprile e inizio maggio 2022 mentre quelle per il secondo ciclo formativo (2022-2025) sono partite nel mese di maggio 2023.

È quanto precisa una nota del Ministero della Salute in merito a "[notizie riportate a mezzo stampa](#)" che "non rispecchiano il reale stato di avanzamento della Missione 6 Salute del Pnrr".

Per quanto riguarda l’aggiornamento del portale Pnrr del ministero della Salute, dal dicastero sottolineano che "è garantito entro il 20 del mese successivo a quello di conseguimento del target, quindi entro il 20 luglio, in linea con quanto previsto dalla Circolare Mef del 21 giugno 2022 n. 27 per il consolidamento Regis".

Rispetto ai livelli di spesa, si ribadisce che "il Pnrr è un programma performance based e non un programma di spesa. Dall’ultima rilevazione aggiornata Regis risulta l’1,15% delle spese dichiarate sostenute sul totale del finanziamento in conformità allo stato di avanzamento delle attività fin qui conseguite coerentemente con l’andamento del Piano".

In particolare, rispetto agli interventi strutturali (Case della Comunità e Ospedali di Comunità), il Piano prevede entro dicembre 2023 la stipula dei contratti, a seguito dell’aggiudicazione della gara lavori. L’avvio dei lavori, e la conseguente la spesa, avverrà quindi tra la fine del 2023 e il 2024.

In merito ai target nazionali, che non concorrono all'erogazione dei fondi europei, ma sono finalizzati a monitorare il raggiungimento intermedio dei relativi target europei, il ministero precisa:

Scadenze 31 dicembre 2022

Approvazione dei progetti idonei per indizione della gara per l'interconnessione aziendale: inizialmente 105, poi ridotti a 70 nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 del Ministero della Salute

La riprogrammazione del target nazionale da 105 a 70 è intervenuta per il tramite del MEF sulla base di quanto definito in sede di mappatura degli interventi di interconnessione al momento della sottoscrizione dei Contratti istituzionali di sviluppo con le Regioni. Tale obiettivo garantisce comunque l'interconnessione di tutte le COT attese dalla misura M6C1I1.2.2. Ad oggi risulta circa il 95% del target raggiunto, si rappresenta che il consolidamento dei dati di aggiornamento sono attesi entro il 20 del mese successivo al mese di riferimento in linea con quanto sopra richiamato.

Approvazione di almeno 600 progetti idonei per indizione della gara per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali

Ad oggi risulta circa il 99% del target raggiunto, considerando il target sostanzialmente raggiunto. Si rappresenta che il consolidamento dei dati di aggiornamento sono attesi entro il 20 del mese successivo al mese di riferimento in linea con quanto sopra richiamato.

Scadenze 31 marzo 2023

Incremento di 292.000 persone over 65 da trattare in assistenza domiciliare

Il monitoraggio del target nazionale del T1 2023 ha previsto, il raggiungimento del 66% del Target corrispondente a circa 200.000 nuovi assistiti over 65.

Assegnazione di almeno 600 Codici Unici di Gara (CIG)/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali.

Ad oggi risulta circa il 97% del target raggiunto. Il consolidamento dei dati di aggiornamento è atteso entro il 20 luglio.

Assegnazione di CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale: inizialmente 105, poi ridotti a 70 nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 del Ministero della Salute

La riprogrammazione del target nazionale da 105 a 70 è intervenuta per il tramite del MEF sulla base di quanto definito in sede di mappatura degli interventi di interconnessione al momento della sottoscrizione dei Contratti istituzionali di sviluppo con le Regioni. Tale obiettivo garantisce comunque l'interconnessione di tutte le COT attese dalla misura M6C1I1.2.2. Ad oggi risulta circa l'85% del target raggiunto. Il consolidamento dei dati di aggiornamento è atteso entro il 20 luglio.

Scadenze 30 giugno 2023

Assegnazione di almeno 1.350 codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Case della Comunità. Da rilevare che la "Terza Relazione sullo stato di attuazione del Pnrr" del Governo riporta che ad aprile i CIG attribuiti erano 1.327

Ad oggi risulta circa il 99% del target raggiunto, considerando il target sostanzialmente raggiunto. Il consolidamento dei dati è atteso entro il 20 luglio.

Stipula di un contratto per il progetto pilota che fornisca strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria

La scadenza è stata riprogrammata a dicembre 2023 attraverso le funzionalità previste dal sistema informativo ReGiS. Verrà data evidenza tramite il portale PNRR nell'aggiornamento previsto entro la data del 20 luglio.

Stipula di almeno 70 contratti per l'interconnessione aziendale: inizialmente 105, poi ridotti a 70 nel Piano Integrato di Attività e Organizzazione (PIAO) 2023-2025 del Ministero della Salute

Il consolidamento dei dati di aggiornamento è atteso entro il 20 luglio.

Stipula di almeno 600 contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali
Il consolidamento dei dati di aggiornamento è atteso entro il 20 luglio.

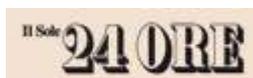
Reingegnerizzazione del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) a livello locale - Completamento del patrimonio informativo (servizi applicativi) - Numero di nuovi flussi informativi nazionali adottati da tutte le 21 Regioni: riabilitazione territoriale, consultori familiari

La scadenza è stata riprogrammata a settembre 2023 attraverso le funzionalità previste dal sistema informativo ReGiS, in considerazione dell'acquisizione del parere Garante nel corrente mese di luglio e del passaggio in Conferenza Stato Regioni previsto nella prima riunione utile ai fini dell'adozione dei decreti che istituiscono i due nuovi flussi. Verrà data evidenza tramite il portale PNRR nell'aggiornamento previsto entro la data del 20 luglio.

Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale

La scadenza è stata riprogrammata a dicembre 2023 attraverso le funzionalità previste dal sistema informativo ReGiS. Verrà data evidenza tramite il portale PNRR nell'aggiornamento previsto entro la data del 20 luglio.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-07-13/pnrr-ministero-salute-centrato-target-1800-borse-medicina-generale-speso-115percento-risorse-ecco-stato-avanzamento-piano-175132.php?uuid=AF0ZoLD&cmpid=nlqf>



OSP

Il Pnrr riveduto e corretto stralcia case, ospedali di comunità e Cot e rinvia nuove apparecchiature e interventi antisismici. La ciambella dei fondi ex art. 20 e di coesione. B. Gobbi, Il Sole 24 Ore

Barbara Gobbi

Nella conferenza stampa convocata dopo la Cabina di Regia sull'esame preliminare della proposta di revisione complessiva del Pnrr inclusiva del nuovo capitolo REPowerEU, il ministro per gli Affari europei, il Sud, le Politiche di coesione e il Pnrr Raffaele Fitto l'ha spiegata così: «La proposta di modifica che mettiamo in campo interessa 144 misure e prevede 3 tipi di modifiche, le prime di carattere formale, necessarie per velocizzare la rendicontazione degli obiettivi, la seconda che vede la riprogrammazione all'interno della stessa misura di risorse e interventi, la terza relativa a progetti in essere cioè quei progetti che sono stati inseriti all'interno del Pnrr».

E a chi sollevava la questione decalage delle risorse, spiegava: «Noi non definanziamo, al contrario noi comprendiamo che dal punto di vista della tempistica e dell'ammissibilità dell'investimento e della rendicontabilità dell'investimento ci sono delle grosse problematiche e prevediamo che questo tipo di intervento venga spostato su altri programmi di investimento».

Mentre «su tutte le diverse scadenze la proposta ridisegna una serie di misure con l'obiettivo di superare i target intermedi», ha precisato Fitto.

Intanto, per la Missione 6 Salute le modifiche ci sono e non da poco: come atteso c'è lo stralcio di parte delle case e degli ospedali di comunità che saranno sostenuti dai fondi sull'edilizia sanitaria ex articolo 20 e dai fondi di coesione: nel dettaglio, come si legge da pagina 103 del documento allegato che il dicastero guidato da Fitto ha inviato al Parlamento, la responsabilità delle rimodulazioni è attribuita al rialzo dei prezzi delle materie

prime ed energetiche, legato anche alla crisi energetica acuita dal conflitto russo-ucraino, che "ha comportato un aumento del costo degli investimenti da realizzare nell'ambito del Pnrr".

Con riferimento alle Case della Comunità, ad esempio, tra il 2021 e il 2023 l'incremento dei costi di costruzione per un intervento-tipo "per ognuna delle quattro macrocategorie di lavori rilevanti (strutture, opere edili, impianti idrici e meccanici, impianti elettrici e speciali), oscilla tra il 24% e il 66% a seconda delle Regioni considerate".

E sul piano attuativo, l'aumento dei costi di costruzione comporta, a parità di dotazione, una rimodulazione del numero di strutture realizzabili; inoltre - si legge sempre nel documento - la necessità di individuare durante lo sviluppo progettuale la copertura finanziaria di un costo superiore a quello pianificato nella fase di gara genera ritardi nell'affidamento dei lavori contrattualizzati.

Rimodulazioni "pesanti": il contesto attuale "comporta difficoltà di attuazione non solo per le strutture sanitarie (Casa della Comunità, Ospedali della Comunità, Ospedali sicuri e sostenibili) ma anche per i progetti di transizione digitale (quali telemedicina, sostituzione delle grandi apparecchiature, digitalizzazione dei Dea di I e II livello) nella misura in cui richiedono lavori edili per la preparazione dei locali (ad esempio, di quelli destinati ad accogliere le nuove apparecchiature)".

E se per gli interventi parzialmente espunti dal Piano si propone, inoltre, la piena realizzazione attraverso risorse nazionali e secondo tempistiche che "potranno essere successive a giugno 2026", nel complesso, le modifiche proposte mirano a "preservare l'ambizione della missione Salute e a realizzare appieno quanto previsto dal DM n. 77/22, rendendo le strutture territoriali pienamente funzionanti ed operative anche attraverso l'integrazione di figure professionali quali gli specialisti ambulatoriali interni e la dotazione di attrezzature e tecnologie innovative e sostenibili dal punto di vista energetico".

La riprogrammazione degli interventi progettata dal ministero della Salute.

• M6C1 – Investimento 1.1: Case della Comunità e presa in carico della persona.

La proposta di modifica prevede la rimodulazione quantitativa del target **da 1.350 a 936 interventi**, giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione (Art. 21 del regolamento 2021/241). La rimodulazione riguarderebbe prevalentemente i nuovi edifici, per i quali la realizzazione entro giugno 2026 è a rischio. Gli investimenti espunti verranno comunque realizzati, con le modalità già programmate, assicurando la copertura finanziaria mediante il ricorso alle risorse nazionali del programma di investimenti in edilizia sanitaria e ammodernamento tecnologico ex art. 20 della legge n. 67/1988 o mediante la riprogrammazione delle risorse della politica di coesione (Fsc).

Le risorse Pnrr che residuerebbero dalla riduzione del target e dalla copertura dei maggiori costi potrebbero essere utilizzate per: finanziare una nuova sub-linea d'investimento tesa a rafforzare i Poliambulatori specialistici pubblici, in stretto collegamento alle Case della Comunità, in particolare per la sostituzione o implementazione di apparecchiature di radiodiagnostica di base e/o radiologia domiciliare e laboratoristica; rafforzare gli interventi legati agli obiettivi del tagging climatico; coprire un ulteriore eventuale aumento dei costi.

M6C1 – Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura e telemedicina.

Le proposte di modifica riguardano, rispettivamente, il sub-investimento 1.2.2, Centrali operative territoriali (Cot), e il sub-investimento 1.2.3, Telemedicina per un migliore supporto ai pazienti cronici.

• Sub-investimento 1.2.2: la proposta di modifica prevede la rimodulazione del target (M6C1-7) **da 600 a 524** Centrali operative territoriali (Cot) e il suo differimento di un semestre (da T2-2024 a T4 2024), giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento dei tempi di attuazione (Art. 21 del regolamento 2021/241). Le Cot escluse dal target verranno realizzate con risorse a valere su fondi nazionali, ex art. 20 della legge n. 67/88.

• Sub-investimento 1.2.3: la proposta di modifica riguarda il target relativo le persone assistite attraverso gli strumenti della telemedicina (M6C1-9), per il quale si propone di differire il conseguimento di un semestre (da T4 2025 a T6 2026) in considerazione della difficoltà a reperire materie prime (ad esempio, metalli e materiali utilizzati nelle apparecchiature tecnologiche) e dell'incremento generalizzato dei relativi prezzi e del costo dell'energia (Art. 21 del regolamento 2021/241).

• **M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità).**

La proposta di modifica prevede la rimodulazione del target **da 400 a 304 progetti**, destinando le risorse ai progetti di ristrutturazione di edifici esistenti che, alla luce delle ultime attività di monitoraggio, non presentano complessità attuative. La proposta è giustificata dall'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione (ex Art. 21 del regolamento 2021/241). I nuovi edifici e, in generale, i progetti che presentano un maggior rischio di mancata realizzazione entro i termini saranno invece finanziati con le risorse dell'art. 20 legge n. 67/1988 (ivi inclusi economie di progetto e residui di Accordi di programma) o dalle risorse della politica di coesione (Fsc) laddove necessarie.

Le proposte di modifica della Missione 6 - Componente 2

Nell'ambito della Componente 2, le modifiche proposte riguardano gli investimenti 1.1 – 1.3:

• **M6C2 – Investimento 1.1:** Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Nell'ambito di questo investimento, le modifiche proposte riguardano rispettivamente il subinvestimento 1.1.1, Digitalizzazione Dea I e II e Rafforzamento strutturale Ssn, e il subinvestimento 1.1.2, Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero (Grandi apparecchiature). In entrambi i casi la giustificazione è riconducibile all'aumento dei costi dell'investimento e dei tempi di attuazione (Art. 21 del regolamento 2021/241).

• **Sub-investimento 1.1.1 (M6C2-8):** la modifica proposta riguarda la possibilità di **ampliare la disponibilità di strumenti contrattuali disponibili ai soggetti attuatori, sia includendo gare Consip** (che attualmente è l'unica centrale di committenza ammessa) già pubblicate (come la III gara sanità digitale) e in fase di pubblicazione e/o aggiudicazione **sia prevedendo il ricorso a Mepa/SDAPA per acquisti ancillari**.

L'obiettivo della proposta è di consentire il perfezionamento degli interventi avviati sugli accordi quadro Consip già ad oggi disponibili, che necessitano di acquisti di elementi ancillari per una migliore efficacia degli interventi stessi (come, ad esempio, l'acquisto di tablet per la raccolta della firma grafometrica da parte dei pazienti per gli interventi di cartella clinica digitale). Inoltre, con le economie di gara e di progetto nonché le risorse dei progetti in essere ex art. 20 della legge 67/88 non rendicontate potrà essere inserita una linea d'intervento a favore della gestione dei farmaci mediante il finanziamento di 100 progetti innovativi di logistica del farmaco.

• **Sub-investimento 1.1.2. (M6C2-6):** la proposta di modifica consiste nel **differimento del conseguimento del target a T4 2025 da T4 2024** per consentire ai soggetti attuatori di completare tutte le attività necessarie per l'acquisto, l'installazione e la sostituzione delle apparecchiature obsolete o fuori uso, a fronte del ritardo accumulato a causa di molteplici fattori, quali l'aumento dei costi (che incide sui lavori per l'adeguamento degli spazi destinati a ospitare le grandi apparecchiature e sull'effettiva disponibilità nei tempi previsti dalle procedure di acquisto delle grandi apparecchiature contrattualizzate), i ritardi nelle forniture e le difficoltà legate all'approvvigionamento delle materie prime.

• Le economie di gara e di progetto nonché le risorse del fondo ex art. 20 della legge 67/88 inoltre potrebbero essere destinate all'introduzione di apparecchiature innovative e/o upgrade di quelle esistenti. Inoltre, per le finalità sopra riportate, le economie dei progetti in essere ex art. 20 l. 67/88 non rendicontate potranno finanziare due nuove linee d'intervento a favore dell'adeguamento di 100 sale operatorie e del rafforzamento tecnologico mediante l'introduzione di tecnologie innovative in ambito chirurgico con l'acquisto e/o noleggio di 80 robot chirurgici.

• **M6C2 – Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile.** La proposta di modifica prevede la rimodulazione degli investimenti **riducendo gli interventi antisismici nelle strutture ospedaliere funzionali all'allineamento alle norme antisismiche da 109 ad 87**. La proposta si giustifica alla luce dell'incremento dei costi e del conseguente allungamento dei tempi di realizzazione di 22 interventi particolarmente complessi (art. 21 del regolamento 2023/241). Per tali progetti, ritenuti a rischio di conseguimento del target per criticità relative all'esecuzione delle opere o all'organizzazione del cantiere, è previsto il finanziamento con le risorse ex art. 20 legge 67/88. Le risorse liberate dalla rimodulazione del target potranno essere destinate a coprire i maggiori costi e a rafforzare l'investimento anche sotto il profilo della sostenibilità, intervenendo con opere impiantistiche finalizzate all'adeguamento degli impianti aereazioni e all'adeguamento antincendio.

• **M6C2 – Investimento 1.3:** Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione (FSE). La proposta di modifica riguarda la previsione secondo la quale **l'integrazione/l'inserimento dei documenti nel Fse deve iniziare dai documenti nativi digitali**,

escludendo dal perimetro dell'intervento la migrazione/trasposizione ad hoc di documenti cartacei attuali o vecchi.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-07-27/il-pnrr-riveduto-e-corretto-stralcia-case-ospedali-comunita-e-cot-e-rinvia-nuove-apparecchiature-e-interventi-anti-sismici-ciambella-fondi-ex-art-20-e-coesione-183640.php?uuid=AFqI8RN&cmpid=nlqf>

la Repubblica

'Nuovo' PNRR, il governo taglia sull'ambiente. Tutte le novità nel piano. F, Santelli, La Repubblica

Filippo Santelli

Un PNRR con più risorse per transizione energetica e imprese. Ma meno capace di curare fragilità e disuguaglianze dell'Italia: così la revisione del Piano penalizza asili, sanità, periferie e territori

L'energia: incentivi alle aziende e un nuovo Ecobonus

Nel PNRR entra un nuovo ricco capitolo, valore 19 miliardi, dedicato a sicurezza, transizione ed efficienza energetica. La declinazione italiana del RePowerEU, varato dopo l'invasione russa dell'Ucraina, si affida soprattutto alle imprese nella convinzione che loro riusciranno a spendere tutti i fondi.

E per tempo. Circa 2,3 miliardi sono per potenziare le reti di elettricità e gas, con progetti già definiti dalle grandi partecipate pubbliche, come il Thyrranian Link di Terna, il doppio cavo tra Sicilia, Sardegna e continente, e un nuovo tubo di Snam che porti il gas dal Sud al Nord della penisola. Altri 6,3 vanno ad incentivi per la transizione verde delle aziende, per la gioia di piccoli e grandi industriali.

Ce ne sono poi 4 per l'efficientamento energetico degli edifici pubblici e altrettanti per un nuovo Ecobonus al 100% che però sarà limitato ai redditi bassi. Aiuterà anche il settore dell'edilizia ad assorbire il ridimensionamento del Superbonus. Esce dal PNRR invece l'utilizzo dell'idrogeno per ridurre le emissioni delle industrie più inquinanti.

Il welfare: penalizzata la medicina di base

Il capitolo Sanità è uno dei più indietro nella spesa delle risorse del Piano, tra costi lievitati fino al 66% e difficoltà ad avviare i cantieri. E dalla revisione del governo una parte degli obiettivi esce ridimensionata o rinviata. Vale, in particolare, per la medicina territoriale, di cui il Covid ha mostrato l'importanza: le case di comunità, le nuove strutture di assistenza primaria e prevenzione, fondamentali per anziani e fragili, scendono a 936 dalle 1.350 previste nella vecchia versione; gli ospedali di comunità da 400 a 304, puntando a ristrutturare edifici già esistenti; gli interventi antisismici sulle strutture sanitarie da 109 a 87.

Daccapo, il governo assicura che i progetti saltati verranno recuperati con risorse "ordinarie": si vedrà. Slitta di sei mesi, a metà 2026, l'obiettivo delle persone assistite in telemedicina e cambia anche il fascicolo sanitario elettronico, la cartella che dovrebbe contenere tutta la storia clinica dei cittadini: si inizierà con i documenti già digitali, escludendo la conversione di quelli cartacei.

Il territorio: escono dal Piano le aree più a rischio

Tra i progetti stralciati dal PNRR, in gergo tecnico "definanziati" per problemi di costo o di realizzazione, spiccano quelli che riguardano la cura del territorio. Fuori dal Piano la metà dei fondi dedicati alla prevenzione del dissesto idrogeologico, 1,3 miliardi di euro, proprio mentre l'Italia si scopre fragile di fronte al cambiamento climatico.

Saltano 6 miliardi che erano stati previsti per interventi di resilienza e valorizzazione dei piccoli Comuni, oltre 30 mila micro progetti, molti dei quali per la messa in sicurezza di strade. Così come un totale di 5,8 miliardi per la rigenerazione di periferie e aree degradate dei centri maggiori, tra cui i "piani integrati" delle 14 città metropolitane i cui lavori andavano assegnati entro ottobre.

La promessa del governo è che i progetti verranno finanziati con risorse nazionali o europee ordinarie, il timore dei Comuni è che finiscano su un binario morto. Capitolo infrastrutture: depennata la ferrovia Roma-Pescara e parti della Palermo-Catania; per il ministero si troveranno altri fondi.

L'istruzione: meno posti negli asili, universitari in doppia

Per quanto riguarda gli asili nido e le scuole dell'infanzia, finiti sotto il faro di Bruxelles, il governo stanziava altri 900 milioni con l'obiettivo di attivare un nuovo bando. È un tentativo di parare la possibile obiezione della Commissione secondo cui alcune delle nuove strutture non sarebbero davvero "nuove", con relativo taglio delle risorse comunitarie. Ma non è detto che i fondi aggiuntivi bastino a confermare l'obiettivo di 265 mila posti in più, che potrebbe finire ridimensionato.

Si riduce il numero di vecchi edifici scolastici da mettere in sicurezza, a causa dell'impennata dei costi, mentre al capitolo università, per centrare il target dei posti letto per studenti fuorisede, il ministero elimina il vincolo della stanza singola: si realizzeranno anche doppie. Tra gli interventi eliminati dal PNRR ci sono anche 724 milioni di sovvenzioni per potenziare infrastrutture e servizi di comunità nelle aree interne e nel Sud. Salta anche la misura da 300 milioni per valorizzare i beni confiscati alle mafie.

https://www.repubblica.it/economia/2023/07/28/news/PNRR_progetti_cancellati_come_cambia-409202997/?ref=RHLF-BG-I409207361-P4-S1-T1

Il PNRR e la gestione delle cronicità sul territorio. Quotidiano Sanità.it



INDICE

CAPITOLO III

La Governance di sistema e il ruolo dei protagonisti

- Pag. 6 **1** **PNRR: L'architettura di riforma della governance sanitaria sul territorio**
Domenico Martozzi, Direttore Generale Agenas
- 11 **2** **Dal piano nazionale per le cronicità al piano nazionale di ripresa e resilienza, continuità di azione per una reale presa in carico sul territorio**
Paola Pisanti, Consulente Ministero della Salute, Esperto malattie croniche
- 17 **3** **Le sfide del PNRR per le Aziende sanitarie**
Giovanni Migliore, Presidente Fiaso
- 21 **4** **Aderenza, appropriatezza, Prevenzione, Cure domiciliari, Formazione, Educazione, Empowerment: Le parole chiave del PNC nella prospettiva del PNRR**
Teliana Frattelli, Presidente Federsanità
- 24 **5** **Nel Distretto la regia per una nuova governance delle cronicità**
Gennaro Volpi, Presidente Card
- 28 **6** **Dall'ospedale all'Home delivery, farmaci e dispositivi a sostegno degli obiettivi del PNRR**
Arturo Cavallera, Presidente Sifo
- 31 **7** **Non solo nera, il capitale professionale nella presa in carico delle cronicità**
Silvestro Scotti, Segretario Nazionale Fimmg
- 33 **8** **Dalla casa di Comunità al Domicilio del paziente, una sfida epocale per la professione infermieristica**
Stefia Marcadelli, RN, MSc PhD
- 41 **9** **La gestione della classificazione dei farmaci in un setting di cura territoriale**
Giovanna Scroccaro, Direttore - Direzione Farmaceutica, Protetica, Dispositivi Medici della Regione Veneto
Paola Deambrosio, Farmacista - Direzione Farmaceutica, Protetica, Dispositivi Medici della Regione Veneto
- 44 **10** **I trend della sanità digitale per il futuro delle cronicità**
Oriana Sgarbosa, Direttore dell'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano

INDICE

CAPITOLO III

La gestione del paziente con malattie croniche, paradigma per gli obiettivi del PNRR. Le aspettative da lanciare, le aspettative dei cittadini e dei pazienti, il ruolo dei professionisti e dell'impresa

- Pag. 50 **1** **La gestione delle cronicità tra territorio e ospedale, stato dell'arte e gap da colmare**
Maria Rosaria Natale, Presidente Your Business Partner
- 57 **2** **Rafforzare il territorio non significa disseminare il paese di burocrazia**
Dario Manfredotto, Presidente Fadoh
- 60 **3** **La visione di Galapagos per un nuovo modello di gestione delle cronicità**
Alberto Avallone, VP Country Head Galapagos Biopharma Italy
- 63 **4** **La cura che ancora non c'è**
Anna Lisa Mandorino, Segretario Generale Cittadinanzattiva



Proposte per la revisione del PNRR e capitolo REPowerEU

BOZZA PER LA DIRAMAZIONE

27 luglio 2023



Sommario

INTRODUZIONE	5
Capitolo 1 – Il quadro giuridico per la revisione dei Piani nazionali.....	7
1.1 Le regole per la modifica dei Piani nel regolamento (UE) 2021/241	7
1.2. Le possibilità di integrazione dei Piani introdotte con REPowerEU.....	7
1.2.1. L’ampliamento degli obiettivi del Dispositivo di ripresa e resilienza	8
1.2.2. Le risorse utilizzabili.....	9
1.2.3 La base giuridica per le misure del capitolo REPowerEU	9
1.3 I criteri di valutazione delle proposte di modifica da parte della Commissione.....	10
1.3.1. Orientamenti generali per la modifica dei Piani.....	11
1.3.2. Orientamenti per le giustificazioni oggettive ex articolo 21 del regolamento RRF	11
1.3.3. Orientamenti per l’inserimento di misure nel capitolo REPowerEU.....	12
1.4 Le Raccomandazioni specifiche per Paese (Country Specific Recommendations).....	13
Capitolo 2 – Il confronto istituzionale.....	16
2.1 La centralità del confronto istituzionale nella nuova governance	16
2.2 La Cabina di regia	16
2.2.1 Il confronto istituzionale con Regioni, Province e Comuni.....	19
2.2.2 Il Gruppo tecnico REPowerEU	19
2.3 L’informativa al Parlamento.....	20
2.4 L’interazione con la Commissione europea	21
2.5 Le proposte di modifica relative alla quarta rata.....	22
Capitolo 3 – Le proposte di modifica del Piano.....	26
3.1 Le interlocuzioni con le Amministrazioni titolari	26

3.2 Missione 1 – Digitalizzazione, innovazione, competitività, cultura e turismo.....	27
3.2.1 Caratteristiche della Missione 1.....	27
3.2.2 Le proposte di modifica della Missione 1 – Componente 1.....	28
3.2.3 Le proposte di modifica della Missione 1 – Componente 2.....	37
3.3 Missione 2 - Rivoluzione verde e transizione ecologica.....	44
3.3.1 Caratteristiche della Missione 2.....	44
3.3.2 Le proposte di modifica della Missione 2 – Componente 1.....	49
3.3.3 Le proposte di modifica della Missione 2 – Componente 2.....	57
3.3.4 Le proposte di modifica della Missione 2 – Componente 3.....	62
3.3.5 Le proposte di modifica della Missione 2 – Componente 4.....	69
3.4 Missione 3 - Infrastrutture per una mobilità sostenibile.....	71
3.4.1 Caratteristiche della Missione.....	71
3.4.2 Le proposte di modifica della Missione 3 – Componente 1 e Componente 2.....	77
3.5 Missione 4 – Istruzione e ricerca.....	80
3.5.1 Caratteristiche della Missione 4.....	80
3.5.2 Le proposte di modifica della Missione 1 - Componente 1.....	80
3.5.3 Le proposte di modifica della Componente 2.....	87
3.6 Missione 5 – Inclusione e coesione.....	91
3.6.1 Caratteristiche della Missione.....	91
3.6.2 Le proposte di modifica della Missione 5 - Componente 1.....	100
3.6.3 Le proposte di modifica della Missione 5 - Componente 2.....	100
3.6.4 Le proposte di modifica della Missione 5 - Componente 3.....	101
3.7 Missione 6 – Salute.....	103
3.7.1 Caratteristiche della Missione.....	103
3.7.2 Le proposte di modifica della Missione 6 - Componente 1.....	106
3.7.3 Le proposte di modifica della Missione 6 - Componente 2.....	107

Capitolo 4 – REPowerEU	109
4.1 La crisi energetica del 2022	109
4.1.1 La questione povertà energetica	112
4.1.2 Abitazioni ed efficienza energetica	114
4.1.3 Crisi energetica e imprese	115
4.1.4 Imprese ed efficienza energetica	117
4.1.5 Il miglioramento delle infrastrutture per il fabbisogno immediato di gas	119
4.1.6 Fonti rinnovabili	123
4.1.7 Le reti elettriche per le rinnovabili	124
4.2 Gli obiettivi del capitolo REPowerEU	126
4.2.1 Aspetti generali	126
4.2.2 Contenuti preliminari del capitolo italiano REPowerEU	127
4.2.3 La struttura del capitolo REPowerEU	129
4.2.4 Paragrafo 1 - Reti	129
4.2.5 Paragrafo 2 - Transizione verde ed efficientamento energetico	134
4.2.6 Paragrafo 3 – Filiere - Sostegno alla catena del valore	141
4.2.7 Le riforme presenti nel Capitolo REPowerEU	142
4.3 Il confronto istituzionale	147
Conclusioni e prossimi passi	149

OSPEDALE CHE CAMBIA



Ospedali, anziani dimessi 7 giorni più tardi. Oltre 2 giornate di degenza improprie. L'indagine FADOI. Società Scientifica di Medicina Interna

Ogni anno oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie per la difficoltà a dimettere gli anziani soli. È il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. La survey condotta in 98 strutture indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Il motivo? Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'ADI. E il tutto ha un costo per il Ssn di circa un miliardo e mezzo l'anno.

I nostri ospedali sono così pieni che nei pronto soccorso si affastellano anche per giorni i pazienti in lettiga che non trovano posto in reparto. Perché letti e personale sono stati via via tagliati negli anni. Ma anche per via del fatto che la metà dei ricoveri riguarda pazienti over 70 e in oltre il 50% dei casi restano in reparto circa una settimana in più del necessario, visto che non hanno un familiare che possa assisterli e che nemmeno possiedono una pensione così ricca da potersi pagare i circa duemila euro di retta mensile per una Rsa. Per non parlare del fatto che nella gran parte dei casi mancano strutture sanitarie intermedie nel territorio, e che in un caso su quattro si ha difficoltà ad attivare l'ADI, l'assistenza domiciliare integrata.

A svelare come sulla sanità finiscano per scaricarsi impropriamente le carenze del nostro sistema di assistenza sociale, basato più sull'erogazione di assegni che di servizi, è un'indagine condotta da FADOI, la società scientifica di medicina interna, su 98 strutture ospedaliere sparse lungo tutta Italia.

Considerando che i ricoveri nei reparti di medicina interna sono circa un milione l'anno e che almeno la metà di questi sono di over 70.

E tenendo poi conto che ben più del 50% di questi prolunga mediamente di una settimana il ricovero oltre le necessità sanitarie, in tutto sarebbero 2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso. Un numero che influisce non poco sull'intasamento degli ospedali e che considerando il costo medio di una giornata di degenza, pari a 712 euro secondo i dati Ocse, fanno in totale un miliardo e mezzo l'anno di spesa che si sarebbe potuto investire in vera assistenza sanitaria.

Partiamo dall'età dei ricoverati. Nei reparti di Medicina Interna – ma il discorso non cambia di molto anche negli altri – gli over 70 sono oltre la metà nell'87,8% delle strutture. Molti anche gli ultraottantenni, che sono oltre la metà nel 17,3% delle strutture, tra il 40 e il 50% nel 20,4% dei casi, tra il 30 e 40% nel 24,5% dei reparti.

Non si pensi però alle medicine interne come a dei parcheggi per anziani soli. Quelli che vengono ricoverati sono infatti pazienti complessi, che nell'80,6% dei casi richiedono comunque oltre sette giorni di degenza per essere adeguatamente trattati, tanto da necessitare di un'alta intensità di cura nel 28,6% dei casi, media per il 69,4%.

Numeri che dovrebbero far riflettere circa la classificazione delle medicine interne come reparti a bassa intensità di cura. Il problema è che quando lo stesso medico da disposizione affinché il paziente venga dimesso, mai quella data corrisponde con quella effettiva delle dimissioni. Queste, infatti, si protraggono per oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

Per quale motivo lo mostra la stessa survey lanciata da FADOI. Il 75,5% dei pazienti anziani resta impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa.

Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'ADI. In altri termini un mix tra deficit di assistenza sociale e di mancata presa in carico da parte di servizi e strutture sanitarie territoriali.

Una volta dimessi il 24,5% dei pazienti ultrasessantenni va direttamente a casa, il 41,8% avendo però almeno attivato l'assistenza domiciliare. Il 15,3% finisce in una Rsa, il 18,4% in una struttura intermedia.

“Quello che rileva l'indagine è quanto purtroppo tocchiamo con mano quotidianamente, ossia la necessità di farsi carico di problematiche sociali che finiscono per pesare indebitamente sugli ospedali e sui reparti di medicina interna in particolare”, commenta **Francesco Dentali, che dal 1° gennaio è diventato il nuovo Presidente della FADOI.**

“È un quadro che dovrebbe far riflettere sul nostro sistema di assistenza sociale, che secondo l'Osservatorio del Cnel per i servizi impiega appena lo 0,42% del Pil, mentre in base ai dati Inps oltre 25 miliardi vengono erogati sotto forma di assegni, come quelli di accompagnamento o di invalidità.

Questo senza considerare i 3,4 miliardi erogati direttamente dai Comuni. Un sistema inverso a quello adottato da molti Paesi, soprattutto del Nord Europa, dove l'ottimizzazione delle risorse disponibili passa per un maggiore investimento nei servizi di assistenza alla persona. Fermo restando -conclude Dentali- che c'è anche un evidente carenza di servizi sanitari intermedi territoriali, perché parliamo pur sempre di pazienti che al momento del ricovero nei nostri reparti necessitano di una media o alta intensità di cura”.

A questo proposito dovrebbe intervenire il nuovo Dm 77 sulla riforma delle cure primarie, che queste strutture intermedie le individua negli ospedali di comunità, luoghi dove dovrebbero essere assistiti quei pazienti che non necessitano più del ricovero ordinario ma che nemmeno possono essere assistiti in casa.

Per il presidente uscente di FADOI, Dario Manfellotto, “le ricette come le Case della Comunità e gli ospedali di Comunità sono vecchie. Sono modelli che abbiamo già definito e sperimentato ma che spesso non funzionano e lo abbiamo visto per esempio col Covid. Erano presenti da anni anche in alcuni piani sanitari regionali, come quello del Lazio ad esempio.

E non mi sembra che lì dove erano presenti le Case della salute vi sia stata una maggiore capacità di fronteggiare per esempio la pandemia. Rafforzare il territorio non vuol dire disseminare l'Italia di altre strutture burocratiche, come le oltre 600 centrali operative territoriali, previste all'interno degli attuali distretti.

SI deve soprattutto mirare a mettere insieme le forze già in campo, che sono molte ma senza una regia. È necessario avere percorsi di assistenza chiari e semplificati, evitando di creare ulteriori percorsi a ostacoli per cittadini e operatori sanitari, proprio in quel “territorio” che dovrebbe agevolare le cure. E poi come al solito si scommette su appropriatezza, riduzione ricoveri e meno accessi al Pronto soccorso.

Ma è un film già visto. Per esempio,

il collegamento casa-territorio-ospedale-post acuzie-riabilitazione-casa dovrebbe essere ben precisato con regole d'ingaggio strette e rigorose. La regia non la può fare il burocrate della Centrale operativa territoriale ma una équipe di medici e operatori competenti. E poi un ospedale di Comunità a quasi totale gestione infermieristica non può funzionare. In questo Recovery, tra l'altro, vi è una riduzione del numero dei medici e una ‘diminutio’ del ruolo del medico: questo non può essere il futuro della sanità”

<https://www.fadoi.org/press-room/ospedali-anziani-dimessi-7-giorni-piu-tardi-oltre-2-giornate-di-degenza-improprie-lindagine-fadoi/>

Roberto Polillo

Gentile direttore,

la clinica moderna deve molto, se non dire tutto all'ospedale, straordinaria "*machin a guerir*" istituita sul finire del XIX° secolo in Francia per assicurare assistenza ai poveri e diseredati che offrivano il loro corpo malato alla proto-osservazione scientifica, avendone in cambio un giaciglio, un pasto e un po' di sollievo alle proprie pene.

Per molti decenni e per tutto il periodo del "*nichilismo terapeutico*" novecentesco, cosiddetto per la mancanza di farmaci e rimedi efficaci contro un corpo di malattie progressivamente meglio definite, l'ospedale con la forza dei numeri dei malati in esso accolti, ha consentito quella generalizzazione di sintomi e segni semeiologici su cui si è costituito la nosologia classica delle sindromi e delle malattie che ancora oggi adottiamo.

La svolta tecnologica degli anni '70

A partire dagli anni '70 del secolo scorso l'ospedale, grazie all'apporto delle grandi tecnologie sanitarie di tipo diagnostico e terapeutico e ai progressi delle scienze di base applicate alla medicina, è diventato il luogo dell'intensività assistenziale.

La sua missione dunque non è stata più solo quella di consentire al sapere medico di costituirsi, trasmettersi e rigenerarsi, ma è diventato il luogo della cura delle malattie acute e delle grandi patologie.

L'ospedale moderno, dunque, seleziona la sua casistica e accetta solo i pazienti che necessitano di quel particolare setting assistenziale, che solo esso può garantire, e rimanda alle cure primarie il resto delle patologie che richiedono invece un livello di assistenza erogabile efficacemente altrove o protratta nel tempo, multifasica ed estensiva

L'ospedale moderno dunque ha bisogno di tecnologie, di strumenti e di saperi multi-professionali ovvero sia di risorse umane specializzate nelle diverse discipline e quantitativamente adeguate a garantire un servizio H24 e sette giorni per sette e a mantenere quel circuito didattico che è componente altrettanto importante per l'implementazione della qualità professionale

Dotazioni umane e strumentali indispensabili ma non sufficienti

Le dotazioni umane e strumentali sono indispensabili per il corretto funzionamento dell'ospedale, ma non sono sufficienti a garantirne una piena funzionalità senza la capacità di esercitare un controllo "dinamico" sui flussi dei pazienti: di entrata ma soprattutto di uscita.

Per questo infatti serve altro. Serve un sistema di vasi comunicanti che consenta la dimissione dei pazienti appena risolta la fase acuta.

Serve dunque un contesto ecologicamente compatibile e integrato, una rete di strutture a più bassa intensità di cura e di servizi domiciliari che consentano all'ospedale di dimettere i pazienti e di affidarli ad altri, senza abbandonarli al loro destino.

Oggi, secondo il FADOI, la società scientifica degli internisti ospedalieri, il 20 per cento dei pazienti ricoverati sono "*bed blockers*" ovvero sia pazienti che compromettono seriamente il meccanismo di fisiologico ricambio dei degenti. E questo non per le loro condizioni cliniche, ma per l'impossibilità di trovare luoghi a minore intensità di cura a cui affidarli dopo la fase acuta.

Le reti cliniche e l'ospedale

L'ospedale dunque ha bisogno di essere inserito in reti cliniche assistenziali, senza le quali la catena si arresta e gli altri costi "*in sé*" della struttura si trasformano in spreco di risorse "*per sé*". E da qui il profondo rosso in cui molte strutture sprofondano soffocate dalle troppo lunghe degenze.

La rete clinica, al contrario, rende fluido il passaggio perché essa connette e coordina tra loro i diversi luoghi di cura definendo i percorsi di accesso e soprattutto di uscita programmata dei pazienti.

La rete infatti prevede per ogni patologia socialmente rilevante i luoghi della presa in carico del paziente (Mmg/ Specialista ambulatoriale) della cura della fase acuta (l'ospedale di diverso livello) e della dimissione protetta (il territorio, il MMG, la struttura di riabilitazione, etc)

Senza rete, l'ospedale è destinato a non funzionare e non sarà certo "*l'hospitalist*", figura tipica dell'ospitalità americana da costi spaventosamente alti, a risolvere problemi che non riguardano tanto la tempistica degli

accertamenti intramurari e la loro velocizzazione ai fini della riduzione della degenza e delle rette, ma la capacità di riuscire a gestire i flussi dei pazienti verso le dimissioni o ulteriori luoghi di cura.

Il ruolo insostituibile della “politica sanitaria”

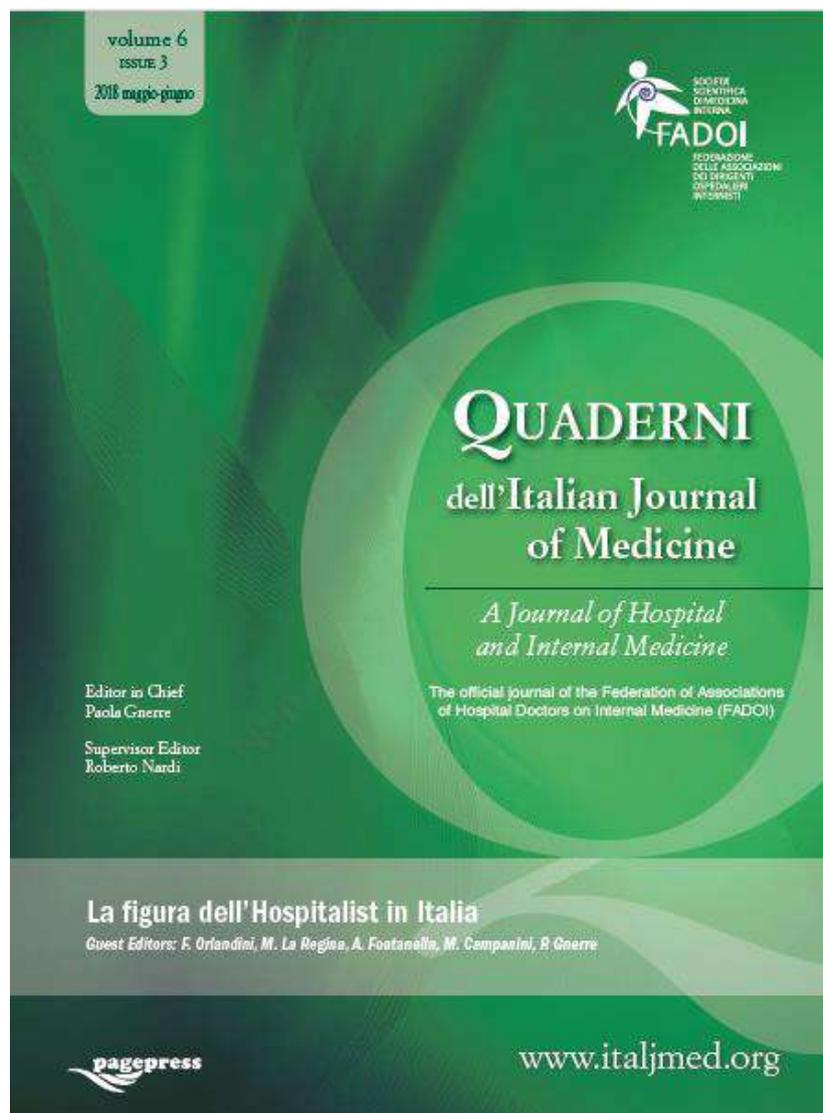
Ancora una volta non è la dimensione tecnica che può risolvere un problema che ha invece una dimensione sistemica e relazionale. E questo chiama in causa la capacità del decisore politico di definire necessità, priorità e volumi che i produttori di prestazioni sanitarie possono erogare per conto del SSN nell'ambito di precise strategie assistenziali

Insomma, per migliorare la performance dell'ospedale serve programmazione sanitaria, pianificazione metodologica e condivisione di progetti attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi attori, pazienti compresi. Servono reti cliniche per le principali patologie cliniche che definiscano compiutamente il percorso clinico riservato a ogni paziente dopo averlo preso attivamente in carico

Senza questo processo di ridefinizione delle reti assistenziali e di costruzione di un ambiente ecologicamente connesso, ogni tentativo di efficientizzazione di una componente isolata è destinato a non produrre nulla.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=115741

Quaderni dell'Italian Journal of Medicine. La figura dell'Hospitalist in Italia



QUADERNI - Italian Journal of Medicine

LA FIGURA DELL'HOSPITALIST IN ITALIA

Guest Editors: F. Orlandini, M. La Regina, A. Fontanella, M. Campanini, F. Grossi

INTRODUZIONE

Tra il <i>Mito di Titone</i> e la <i>sindrome di Odissea/Ulisse</i> del Malato Complesso	1
A. Fontanella	

RASSEGNE

Profilo biosociale del paziente ospedalizzato del XXI secolo	4
R. Nore, G. Modicu, M. La Regina	
C'è bisogno di una nuova figura professionale?	9
M. Silingardi	
Analisi dei modelli esistenti: <i>future hospital program</i>	13
F. Orlandini	
Analisi dei modelli esistenti: <i>Acute Complex Care Model (ACCM)</i>	18
F. Piccinazzo	
Analisi dei modelli esistenti: <i>hospitalist</i>	30
V. Verdiani	
<i>On being a hospitalist</i>	34
M. Affinati	
La nuova figura professionale italiana: profilo, attività e modelli organizzativi	38
F. Orlandini, M. La Regina, V. Verdiani, D. Manfredotto	
Il percorso formativo	43
G. Mariallo, A. Testi, G. Torri, F. Grossi, F. Orlandini	
La certificazione	46
L. Marchionni, M. Campanini, C. Nuzzo, A. Mazzino	
Hospitalist: <i>SWOT analysis</i>	51
M. La Regina, F. Orlandini, V. Verdiani	

CONCLUSIONI

Considerazioni conclusive sulla figura dell' <i>Hospitalist</i>	55
D. Manfredotto	

I QUADERNI DI **quotidiano sanità.it**

45

**L'OSPEDALE FLESSIBILE:
QUALE ORGANIZZAZIONE
E QUALI MODELLI
PER IL FUTURO**



QSe Quotidiano
Sanità
edizioni



SUMMARY OF THE
OCCUPATIONAL THERAPY PROFESSION
IN EUROPE

COTEC
Council of Occupational Therapists
for the European Countries



www.coteceurope.eu

2023



Published By:

The COTEC Executive Committee on behalf of COTEC

SUMMARY OF THE PROFESSION

2023



Contents

Contents	1
→ Abbreviations Used in this Document:	
Message from the COTEC Executive Committee	3
Summary	4
→ Statistical Information	
→ Association Information	
→ Basic Education And Training	
→ Post Qualifying Education And Training	
→ Regulation	
→ Code Of Ethics And Practice	
→ Internationally Trained Occupational Therapists -Documents Required For Occupational Therapists Trained In Other Countries To Obtain Recognition Or Registration	
→ Further Information From The European Commission	
Additional Information	14
Graphical Information	23
Contact Details by Country	30
→ Association	
→ Competent Authority for the Higher Directive	
→ Government Department or Ministry responsible for OT Services	
→ Government Department or Ministry responsible for OT Education	

Message from the COTEC Executive Committee

The Council of Occupational Therapists for the European Countries (COTEC) is the European organisation for all occupational therapists through their National Associations, with the purpose of ensuring an adequate number of high-quality occupational therapy practitioners and services in Europe. COTEC strives to make occupational therapy visible, valued, accessible and available for all European citizens by supporting its members and by collaborating on European level. COTEC is a non-profit organisation (NGO) and represents 33 European occupational therapy associations and more than 205,000 occupational therapists. COTEC Executive Committee is pleased to observe the increasing numbers of occupational therapists across Europe.

COTEC was established in 1986 with the purpose of coordinating the views of the National Associations of occupational therapy in Europe. The aim of COTEC is to enable National Associations of occupational therapists to work together to develop, harmonise and improve standards of professional practice and advance the theory of occupational therapy throughout Europe to best address the social and health issues affecting European citizens. During this year, the Executive Committee aims to launch initiatives as part of the year's theme of *Meaningful Membership*.

The *Summary of Occupational Therapy Profession in Europe* is compiled and updated annually based on information supplied by the Member Associations of COTEC. The summary includes statistical information of occupational therapy and professional associations as well as information about education and regulation of the profession. During the last year, our Member in Spain has changed from the *Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales (APETO)* to the *Consejo General de Colegios de Terapeutas Ocupacionales de España*. We must thank all the COTEC Delegates and General Assembly Representatives from APETO for their work, dedication and support since the foundation of our organization. Since 2022, the Russian Association of Occupational Therapists has also moved to an Associate Membership status in view of Russia's exit from the Council of Europe.

The *Summary of Occupational Therapy Profession in Europe* document can be a valuable tool for promoting occupational therapy as well as providing information for policy makers in both health and social arenas at national and European level. This year we continued to update the format and structure of the document, to make it more readable and relevant to current issues. For the first time, Section 3 now includes graphical representation of the data. Whilst every effort has been made to establish accurate information, queries may be addressed to any of Member Associations listed or to COTEC Office on info@coteceurope.eu.

COTEC Executive Committee is grateful for the support of its Member Associations on compiling the data for this document and is pleased to publish the *Summary of Occupational Therapy Profession 2023*.

Anu Söderström, President

Naomi Hankinson, Vice President

Lisa Wetzlmair, Vice President Finance

Ann-Marie Morrissey, Vice President Administration

Annelis Aavik, Member

Sarah Kufner, Member

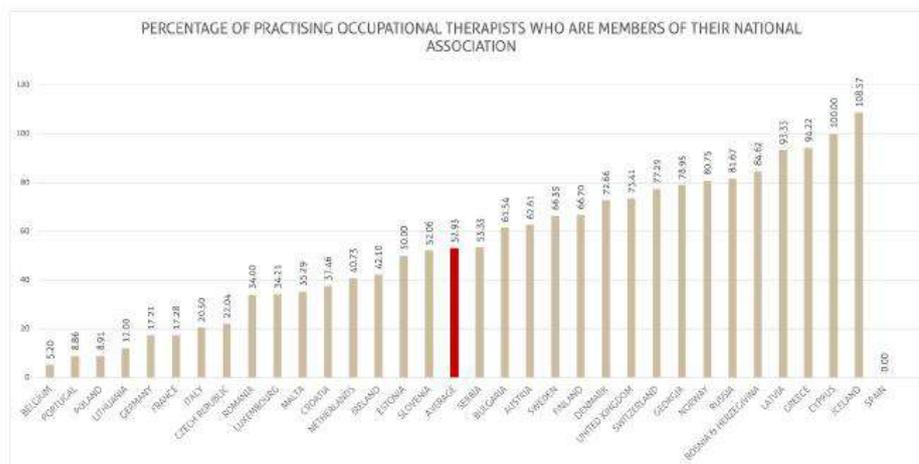
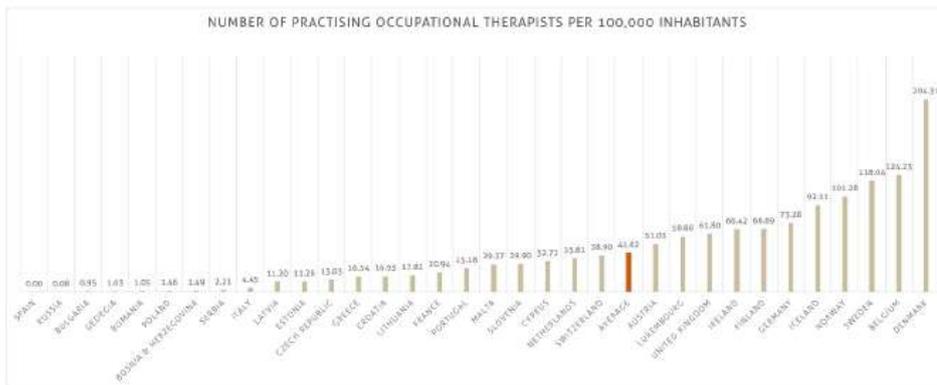
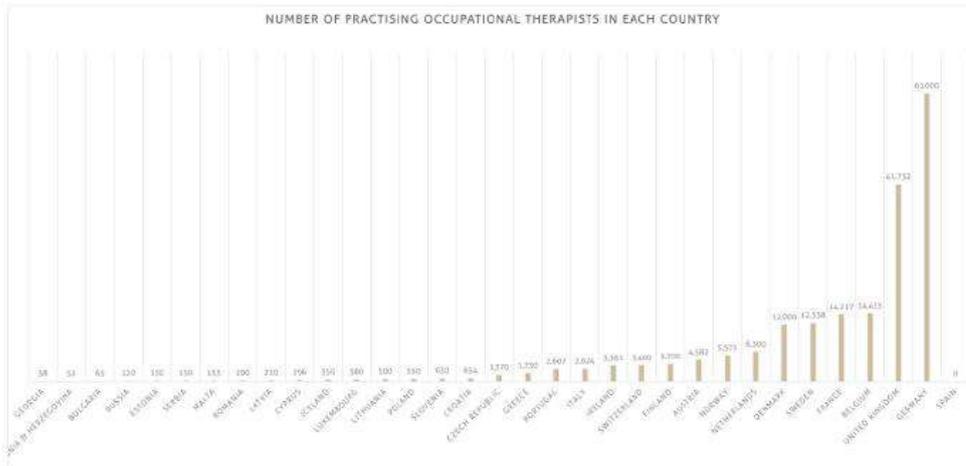
		Austria	Belgium	Bosnia & Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Georgia	Germany	Greece	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Russia	Serbia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK	
1. STATISTICAL INFORMATION																																			
	Date figures/information last updated	2023	2023	2023	2023	2022	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023	2023		
1.1	Number of practising occupational therapists (OTs) in your Association	2869	750	44	40	245	296	302	8719	75	2468	2456	30	10,500	1630	380	1415	538	196	60	130	54	2566	4570	49	231	68	98	80	328	7014	8196	2638	30,638	
1.2	Number of practising OTs in your country	4582	14433	52	65	654	296	1270	12000	150	3700	2468	38	ca 61,000	1730	350	3361	2624	210	500	380	153	6300	5575	ca. 550*	2607	200	120	150	630	328	7014	8196	2638	30,638
1.3	Number of students studying OT in your country	204	3609	45	50	150	140	407	1976	66	864	3100	40	ca. 10,500	1400	N/A	440	650	120	140	20	43	1700	905	250	630	180	30	179	3700	1366	470	7,700		
1.4	Number of practising OTs per/100,000 head of population	51.03	124.23	1.49	0.95	16.93	32.72	13.03	204.31	11.26	66.69	20.94	1.03	73.28	16.54	92.11	66.42	4.45	11.20	17.82	58.88	29.27	35.81	101.28	1.46	25.18	1.05	0.08	2.21	29.90	N/A	118.04	38.9	61.8	
1.5	Approximate number of OTs in private/ independent practice	2308	600	0	12	17	205	10	225	12	300	2512	20	ca. 34,000	1000	15	374	N/A	10	200	50	10	1250	N/A	0	N/A	130	40	0	13	2365	1,200	1,010		
1.6	Recognised professional title for OT qualifications. Please list in your own language as well as in English.	LISTED ON PAGES 10-19 ADDITIONAL INFORMATION																																	
1.7	Are there any other titles for the OT qualification in your country? Please list in your own language as well as in English.	No	No	No	see it.	see it.	No	No	No	No	No	No	No	see it.	No	No	No	No	No	see it.	No	see it.	No	No	No	No	No	See it.	No	No	No	No	See it.	No	

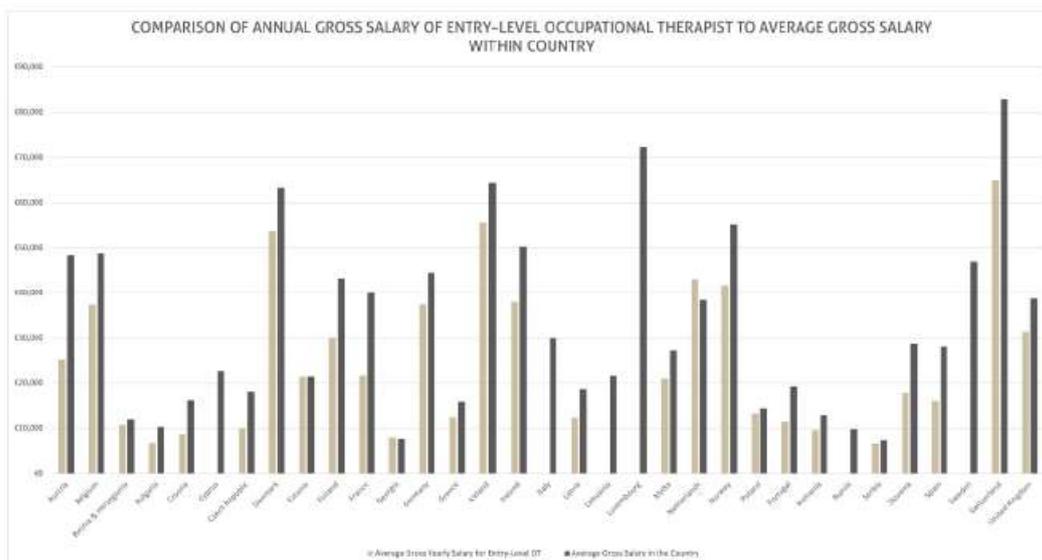
	Austria	Belgium	Bosnia & Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Georgia	Germany	Greece	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Russia	Serbia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK			
1.8	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes, see II	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes														
1.9	€25,200	€37,664	€10,750	€6,700	€8,760	N/A	€10,000	€63,000	€21,500	€30,000	€21,280	€8,000	€37,500	€12,444	€55,000	€80,000	N/A	€12,384	N/A	N/A	€71,000	€45,000	€39,970	€13,550	€11,400	€9,400	N/A	€6,620	€17,911	€16,000	N/A	€55,000	€31,500			
1.10	€48,317	€48,722	€11,915	€10,345	€16,109	€22,734	€16,189	€65,201	€21,481	€45,198	€40,135	€7,616	€44,404	€15,679	€54,424	€50,347	€29,951	€18,707	€21,741	€72,247	€27,354	€38,496	€54,460	€14,451	€19,201	€15,000	€9,000	€3,824	€7,299	€26,755	€26,184	€46,934	€55,000	€38,819		
2. ASSOCIATION INFORMATION																																				
2.1	No	No	No	No	No	No	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	
2.2	Yes	Yes	No	No	No	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
2.3	LISTED ON PAGES 9-17 ADDITIONAL INFORMATION																																			
3. BASIC EDUCATION AND TRAINING																																				
3.1	8	15 Bachelor + 1 Master	0	1	0	1	1	7	1	5	21	1	145	6	1	4	4	1	1	0	1	5	6	3	0	1	0	1	9	8	3	107				

	Austria	Belgium	Bosnia & Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Georgia	Germany	Greece	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Russia	Serbia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK	
3.2	0	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	0	51	0	0	0	12	0	3	0	0	0	5	2	2	4	2	0	0	0	0	0	0	0
3.3	B	B,U	B	B,U	B	B,U	B,U	B,U	B	B	H,U	B	P,B,U	B	A,B,U	U	B	B	C,B,U	N/A	U	B,H,U	B,H,U	A,B,U	P,H	B,U	A	B,U	B	U	B,H,U	B	U	U
3.4	180	650	17	15	40	35	70	450	13	200	1000	5	ca. 2650	155	ca. 70	125	200	15	50	6	10	200	ca. 286	80	150	90-100	25	ca. 30-35	40	400	130	ca. 1700		
3.5	3 years Bachelor, 180 ECTS	3 years Bachelor, 180 ECTS, 2 years	4 years Bachelor, 240 ECTS	3 years, 180 ECTS	4 years, 240 ECTS	4 years, 240 ECTS	Bachelor 3 yrs/180 ECTS, Master 2 3yrs / 210 ECTS	4 years, 240 ECTS	3yrs / 210 ECTS	3 years, 180	4 years, 240 ECTS	diploma: 3 years, Bachelor: 3,5-4 years	3 years Bachelor, 180 ECTS, 2 years 4 years Bachelor, 240 ECTS	3 years Bachelor, 180 ECTS	3 years, 180 ECTS	4 years, 240 ECTS	3-4 years	3yrs / 210 ECTS	4 years, 240 ECTS	3yrs / 210 ECTS	4 yrs / 210 ECTS	3 years, 180	4 years, 240 ECTS	4 years	3 years/ 180 ECTS	3 years Bachelor, 180 ECTS	3 + 1	4 years Bachelor, 240 ECTS	4 years	4 years, 240 ECTS	Bachelor 3 yrs/180 ECTS, Master 2 3yrs / 210 ECTS			
3.6	B	B, Bac	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B, Bac, Dip	B, Dip	B	B, Dip	B, M	B	B	B	N/A	D	B	B, M	B	L	B, L	Dip	B	B	D	B, D	B	B, M, Post grad. Dip.	

	Austria	Belgium	Bosnia & Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Georgia	Germany	Greece	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Russia	Serbia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK	
3.7	0	N	C, E	E, S	C, E, S	C	C, E, S	S	E, S	E, S	E, S	C, E	S	C, S	None	None	E, S	S	C, S		C, S, P	S	None	C	C, E	E	C	E	S	E	S	E	S	
3.8	Yes	No	No	No	No	Yes	No	No	No	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	No	No	Yes	No	No	No	Yes	
3.9	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	
4. POST QUALIFYING EDUCATION AND TRAINING																																		
4.1	Which of the following study opportunities are offered in your country?																																	
4.1.1	Yes	Yes	No	Yes	No	No	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4.1.2	Yes	No	Yes	Yes	No	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes
4.1.3	No	Yes	No	No	No	No	No	Yes	No	No	No	No	Yes	Yes	No	Yes	No	No	No	No	No	Yes	Yes	No	No	No	No	No	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes

	Austria	Belgium	Bosnia & Herzegovina	Bulgaria	Croatia	Cyprus	Czech Republic	Denmark	Estonia	Finland	France	Georgia	Germany	Greece	Iceland	Ireland	Italy	Latvia	Lithuania	Luxembourg	Malta	Netherlands	Norway	Poland	Portugal	Romania	Russia	Serbia	Slovenia	Spain	Sweden	Switzerland	UK
4.1.4	Yes	No	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	No	Yes	Yes	Yes	No	No	No	Yes	Yes	Yes	No	Yes
4.2	15	0	0	0	0	1	5	54	0	1	28	0	0	10	10	40	0	0	0	3	0	0	56	0	0	0	0	0	0	0	0	0	400
4.3	20	1	2	2	2	0	10	10	1	18	28	0	0	5	N/A	Ca. 4	2	15	15	1	3	Ca. 50	56	4	4	5	0	0	0	0	0	Not known	
4.4	M	Bac, M	PHD	M, PHD	M	M, PHD	M	M, U	B, M	M	M	M	see ill.	M, PHD	M	M	PHD, B	B, M	M	M	M	B, M	M, PHD	B, M, PHD	L	P	N/A	B, U	M	U	M	M	B, M, PHD
4.5	What is the required academic level to teach at an OT school in your country? M=Masters, B=Bachelor, BS=Bachelor of Science, Bac=Baccalaureate, L=Licenciatura, P=PhD, U=University degree, N/A=Not applicable																																
4.5.1	Yes	Unsure	No	Unsure	Yes	Yes	Yes	Yes	Unsure	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unsure	No	Yes	Yes	Unsure	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes
4.5.2	Yes	Unsure	No	Unsure	Yes	Yes	Yes	Yes	Unsure	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Unsure	No	Yes	Yes	Unsure	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Unsure	Yes





NURSING



OMS e OCS: professione infermieristica; FNOPI

Disponibile online dal 3 luglio 2023

Long Term Care: “È necessario agire con urgenza. Il rapido invecchiamento della popolazione nei Paesi OCSE aumenterà notevolmente la domanda di lavoratori nei servizi di assistenza a lungo termine (LTC). Per soddisfare questa domanda di assistenza, la quota di lavoratori LTC nell’occupazione totale dovrà aumentare di circa il 30% nel prossimo decennio. Ma sempre meno lavoratori sono disponibili e disposti a

occupare questi posti di lavoro, spesso sottopagati, in condizioni di lavoro difficili, e nel complesso non ben riconosciuti dalle società”.

L'allarme è dell'OCSE e il riferimento è a chi assiste gli anziani soprattutto se con gravi limitazioni nelle attività della vita quotidiana.

A lanciarlo ci pensa il rapporto “Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care” (Dopo gli applausi? Migliorare le condizioni di lavoro nell'assistenza a lungo termine [CONSULTABILE A QUESTO LINK](#)), che descrive le condizioni di lavoro di chi opera nelle LTC difficili, con salari bassi e poco riconoscimento sociale nonostante quegli applausi dai balconi e nonostante il fatto che l'offerta di LTC e le condizioni di lavoro fossero in cima alle preoccupazioni degli osservatori.

Di questi, la parte sanitaria e comunque un terzo di chi si occupa dell'assistenza LTC sono infermieri, che, assieme agli altri operatori delle LTC, devono affrontare condizioni di lavoro molto difficili. La tensione fisica e psicologica e gli orari di lavoro gravosi, come i turni di notte e di fine settimana, sottolinea il Rapporto, fanno parte dei principali svantaggi dell'ambiente di lavoro nelle LTC. Di conseguenza, infermieri e personale di assistenza sono più spesso assenti dal lavoro rispetto ad altri dipendenti a causa di problemi di salute legati al lavoro.

Circa i tre quarti degli infermieri e degli addetti alla cura personale sono esposti a rischi per la loro salute fisica, rispetto al 59% di tutti i dipendenti. I principali rischi per la salute a cui sono esposti gli operatori sanitari sono il sollevamento di persone e l'assistenza mentre sono piegati, con conseguenti problemi muscolo-scheletrici. Anche l'abuso da parte dei destinatari delle cure e l'esposizione a malattie infettive come COVID-19 possono essere fattori di rischio importanti.

Circa due terzi degli infermieri e degli operatori di assistenza personale sono esposti a rischi per la loro salute mentale, rispetto al 43% di tutti i dipendenti. I principali rischi per la salute mentale a cui sono esposti gli operatori sanitari sono un carico di lavoro e una pressione temporale elevati e destinatari di cure difficili.

E nelle LTC si guadagna meno che negli altri setting assistenziali: i salari degli infermieri sono più bassi che negli ospedali di circa l'11 per cento.

Cosa serve? Secondo il Rapporto OCSE, tra le altre soluzioni è necessario il r ***afforzamento della formazione, che, in particolare per chi fornisce assistenza domiciliare, deve essere migliorata, ad esempio mediante una formazione iniziale sul l'assistenza agli anziani con limitazioni fisiche e mentali comuni, integrata da alcuni corsi continui adattati alle esigenze dei destinatari del l'assistenza. Per gli infermieri, in molti paesi è richiesta una maggiore attenzione alle cure geriatriche nei loro programmi di studio.***

In generale comunque per l'Ocse serve una svolta che ha sintetizzato in una parola “RESPECT” che oltre al significato letterale è anche declinate per le sue iniziali dove R sta per “Recognise” ovvero “Riconoscere, sia economicamente che socialmente, gli operatori delle LTC; E sta per “Enforce”, ovvero “Imporre regole più cogenti per disciplinare il settore”; S sta per “Sustainably”, ovvero “Sostenere finanziariamente il settore”; P sta per “Pay”, ovvero “Pagare stipendi migliori”; la seconda E sta per “Equipe”, ovvero “Dotare gli operatori delle nuove tecnologie”; C sta per “Collective”, ovvero “Contrattazione collettiva per instaurare migliori condizioni di lavoro” e T sta per “Train”, ovvero “Formazione per fidelizzare i lavoratori delle LTC”.

Poi, è necessario un cambiamento nelle politiche generali di assistenza. Ad esempio, gli infermieri spesso svolgono lavori per i quali sono troppo qualificati, e solo un terzo dei paesi consente la delega di compiti da medici ad infermieri, e da infermieri a personale di assistenza (***task shifting***).

Analogamente, mentre i servizi LTC continuano ad essere ad alta intensità di manodopera, con una crescita della produttività finora molto debole, vi è un significativo potenziale di maggiore utilizzo delle nuove tecnologie. Ciò contribuirebbe a ridurre i costi dei servizi LTC, contenendo le esigenze occupazionali altrimenti crescenti e migliorando la qualità dei servizi. Le tecnologie digitali possono anche facilitare la vita indipendente degli anziani e ridurre l'arduo lavoro delle LTC.

L'invecchiamento aumenterà sostanzialmente la domanda di LTC, che sarà più difficile da soddisfare dato che si prevede che la popolazione in età lavorativa comincerà a ridursi, in media del 2% nel prossimo decennio nei paesi OCSE e di oltre il 10% in Germania, Italia, Corea, Lettonia, Lituania, Polonia e la Repubblica slovacca.

OMS: supportare gli infermieri a lavorare al massimo delle loro potenzialità

Sulla necessità di consentire e supportare infermieri e ostetriche di lavorare al massimo delle loro potenzialità per raggiungere gli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile, favorire la copertura sanitaria universale e per soddisfare le esigenze sanitarie attuali e future della popolazione, si è espressa recentemente anche l'OMS, in una **Roadmap** per guidare l'implementazione delle Direzioni Strategiche di questi professionisti.

Infermieri e ostetriche, sottolinea l'OMS, costituiscono la metà del personale sanitario professionale a livello globale, interagiscono con le persone dalla nascita fino alla morte, in ogni tipo di contesto e rispondono di circa il 90% dei contatti tra pazienti e operatori sanitari. Possono fornire servizi sanitari sicuri, di alta qualità, efficaci ed efficienti, in particolare per i gruppi vulnerabili, svantaggiati e difficili da raggiungere.

“Attraverso la Roadmap – ha spiegato il direttore regionale OMS Europa Hans Kluge – lavoreremo nei prossimi cinque anni per garantire che infermieri e ostetriche abbiano la capacità di contribuire alle aree chiave della sanità pubblica, dell'assistenza primaria, dell'assistenza a lungo termine e del recupero post-COVID-19. Questo, lo metteremo in pratica attraverso una formazione pertinente, migliori condizioni di lavoro, la promozione di opportunità di leadership e chiari percorsi di carriera.

La Roadmap è un solido progetto che mira a migliorare la salute e l'assistenza nella Regione Europea dell'OMS. Ci fornisce un quadro di riferimento per guidare l'azione. E, cosa più importante, favorisce il contributo degli stessi infermieri e ostetriche”.

Nella Roadmap contenuta nel documento dell'Ufficio regionale Europa dell'OMS “**Costruire meglio insieme. Una Roadmap per guidare l'implementazione delle Direzioni Strategiche Globali per l'Infermieristica e l'Ostetricia nella Regione Europea dell'OMS**”

OMS chiede ai governi e a tutti i partner nella Regione Europea di lavorare insieme in modo concertato per garantire un fermo impegno politico a lungo termine per la forza lavoro infermieristica e ostetrica attraverso investimenti sostenibili in quattro aree prioritarie:

- 1.rafforzare i programmi di formazione e i tirocini di infermieristica e ostetrica sviluppando standard accademici e promuovendo adeguate misure normative per garantire l'eccellenza della formazione infermieristica e ostetrica e promuovendo l'accesso alle opportunità di sviluppo professionale continuo;
- 2.ottimizzare la pratica infermieristica e ostetrica per consentire a infermieri e ostetriche di esercitare in ambienti sicuri e che offrono tutto il loro sostegno, e promuovere i loro ruoli rivalutati all'interno di team sanitari interprofessionali multidisciplinari;
- 3.creare e finanziare posti di lavoro attraenti per aumentare la disponibilità, la distribuzione e il mantenimento (**retention**) degli infermieri nel rispetto dei principi del Codice Deontologico Globale dell'OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario;
- 4.costruire le capacità degli infermieri e delle ostetriche ai livelli superiori e offrire chiari percorsi di avanzamento di carriera;

Il raggiungimento degli obiettivi proposti dalla Roadmap è visto dall'Ufficio Regionale dell'OMS per l'Europa come un imperativo non solo per infermieri e ostetriche, ma anche per la salute e il benessere delle popolazioni e dei paesi di cui sono al servizio.

OMS: rischio carenza per il personale sanitario

In un ulteriore documento della Regione Europea dell'OMS su “**Personale sanitario e assistenziale in Europa: è tempo di agire**” l'OMS pone però il problema del rischio di carenza del personale sanitario.

L'invecchiamento del personale sanitario, sottolinea l'OMS, è una preoccupazione per tutta la Regione e rappresenta una minaccia per la sostenibilità della forza lavoro a causa della sfida di sostituire i lavoratori quando vanno in pensione, soprattutto per i medici (13 dei 44 paesi che hanno riportato dati su questo tema hanno una forza lavoro dove il 40% dei medici ha un'età pari o superiore ai 55 anni). Sebbene la percentuale di donne nella professione medica sia aumentata negli ultimi 10 anni dal 42% al 48%, le donne costituiscono la maggioranza dei lavoratori negli impieghi meno pagati e di basso livello. Sono necessari più dati e ricerche sui divari di genere e sulla segregazione occupazionale nelle aree critiche per garantire un sistema sanitario e assistenziale che riconosca tutte le competenze e il contributo delle donne.

C'è molta divergenza per quanto riguarda la creazione di forza lavoro sanitaria tra i paesi. I paesi con un basso numero di laureati potrebbero non fornire personale sufficiente per sostituire le perdite dovute al

pensionamento e ad altre cause. Per i medici, il numero di laureati in termini di percentuale della dimensione della forza lavoro sanitaria varia tra i paesi, partendo da meno dell'1% (non sufficiente a sostituire le perdite) fino al 15%. Per gli infermieri, le percentuali vanno da meno dell'1% a quasi il 25 per cento.

Il rapporto delinea le opzioni politiche che possono aiutare i paesi a rafforzare il proprio personale sanitario, proponendo dieci azioni per rafforzare la forza lavoro nella regione europea e sottolineando che tutti gli interventi richiedono una collaborazione intersettoriale, coinvolgendo diversi ministeri e funzioni governative e altre parti interessate (comprese le organizzazioni che rappresentano il personale sanitario e i datori di lavoro).

<https://www.fnopi.it/2023/07/03/oms-ocs-rapporti/>

Policy, Politics, & Nursing Practice

Violenza sul posto di lavoro contro gli infermieri: Sfide e soluzioni per l'Europa, Raeve et al., Policy, Politics & Nursing Practice

P. de Raeve, A. Xyrichis, F. Bolzonella, J. Bergs, and P.M. Davidson

Publicazione online 20 luglio 2023

DOI: 10.1177/15271544231182586

Riportiamo i risultati di un lavoro di mappatura della Federazione europea degli infermieri (EFN) sulle sfide e le soluzioni relative alla violenza contro gli infermieri.

Questo è un problema di crescente preoccupazione internazionale, accentuatosi durante e dopo la pandemia di COVID-19.

Seguendo un disegno osservazionale trasversale, nel marzo 2021 è stato distribuito un questionario online tra 35 associazioni infermieristiche nazionali in tutta Europa. La validità di facciata è stata raggiunta attraverso un gruppo di esperti.

Le statistiche descrittive sono state utilizzate per l'analisi dei dati, incluse frequenze, percentuali e tabulazioni. L'analisi qualitativa dei dati ha seguito tecniche di sintesi tematica.

Si notano tre risultati principali. In primo luogo, gli incidenti violenti contro gli infermieri sono sottostimati a causa della paura della vittimizzazione, dello scoraggiamento del datore di lavoro e della percezione che la segnalazione non farà alcuna differenza.

In secondo luogo, gli autori di atti violenti vanno oltre i pazienti e le famiglie per includere operatori sanitari di diverso grado. In terzo luogo, le incidenze violente hanno un effetto negativo significativo sulla salute e

sul mantenimento degli infermieri, portando gli infermieri a ridurre l'orario di lavoro oa optare per il lavoro part-time.

La violenza contro gli infermieri è espressione di un problema più ampio che trova le sue radici nell'incapacità di riconoscere e gestire la violenza a livello dell'organizzazione sanitaria e nell'assenza di una legislazione adeguata a mantenere standard minimi di ambienti di lavoro sicuri.

Questo è in parte il risultato di una legislazione inadeguata a livello dell'Unione europea contro la violenza sul posto di lavoro nelle professioni sanitarie. Gli infermieri hanno bisogno di maggiore sostegno istituzionale attraverso finanziamenti dedicati mirati a interventi mirati, maggiore impegno legislativo per ratificare le politiche contro la discriminazione e un'opportunità per esprimere le esigenze ai responsabili politici appropriati con la capacità di apportare cambiamenti significativi alle condizioni esistenti.

Data la gravità della situazione, l'inazione potrebbe portare a danni insostituibili alla forza lavoro infermieristica, aggravando le pressioni derivanti dalla pandemia di COVID-19. In definitiva, questa situazione può allontanare ulteriormente gli infermieri esistenti dalla professione, indebolendo i sistemi sanitari in tutto il mondo.

<https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/15271544231182586>



Rendere il caso aziendale per una pratica basata sull'evidenza con ritorno sull'investimento e valore dell'investimento. B. Mazurek, K. Browne. Worldviews on evidence-based nursing. Sigma

Bernadette Mazurek Melnyk, Kevin Browne

Publicazione online 5 giugno 2023

<https://doi.org/10.1111/wvn.12661>

Da decenni è risaputo che la pratica basata sull'evidenza (EBP) migliora la qualità dell'assistenza sanitaria, la sicurezza e gli esiti sulla salute della popolazione, oltre a ridurre i costi.

Tuttavia, ci vogliono ancora una media di 15 anni per tradurre le prove dalla ricerca in contesti pratici del mondo reale (Khan et al., 2021). Senza EBP, il quintuplo obiettivo dell'assistenza sanitaria non sarà raggiunto. Tuttavia, l'EBP non è ancora la norma in molte aziende sanitarie in tutto il mondo. Molti infermieri ancora non credono di essere competenti nel soddisfare le competenze EBP e molti sistemi sanitari non hanno le culture e le infrastrutture costruite per migliorare e sostenere l'assistenza basata sull'evidenza.

Nonostante i suoi risultati positivi, i budget non sono adeguatamente assegnati all'EBP in un importo sufficiente a garantire che sia nel DNA dei sistemi sanitari.

Un recente studio condotto su 115 direttori infermieristici (CNE) e direttori infermieristici (CNO) negli Stati Uniti ha rivelato che circa due terzi di questi dirigenti hanno assegnato meno del 5% del loro budget infermieristico all'EBP e un terzo non ha assegnato alcun finanziamento a EBP (Melnik et al., 2023).

Tuttavia, quelle organizzazioni in cui CNE e CNO hanno assegnato più budget all'EBP avevano una cultura EBP più forte e altri attributi EBP positivi, meno cadute e traumi dei pazienti e un minor ricambio infermieristico.

Anche i sistemi sanitari con un numero maggiore di mentori EBP e progetti di cambiamento basati sull'evidenza in corso hanno avuto esiti migliori per i pazienti.

Sfortunatamente, negli ultimi 7 anni non c'è stato un grande miglioramento nell'allocazione del budget degli infermieri capo all'EBP, poiché nel 2016, un altro studio nazionale con i leader infermieristici ha mostrato che il 74% ha assegnato dallo 0 al 10% dei propri budget all'EBP (Melnik et al., 2016).

Il ritorno sull'investimento (ROI) viene utilizzato per determinare quanto guadagno finanziario in un ospedale o in un sistema sanitario può essere ottenuto da ogni dollaro investito in un'iniziativa o programma di miglioramento della qualità basato sull'evidenza.

È calcolato come il rapporto tra due stime finanziarie: ritorno finanziario netto da azioni di miglioramento (ad esempio, prevenzione delle complicazioni, riduzione del tempo del personale) diviso per l'investimento finanziario in azioni di miglioramento della qualità basate sull'evidenza (ad esempio, personale, forniture, istruzione, comunicazione).

Ad esempio, un ROI di 2 indica che per ogni dollaro investito, c'è un ritorno di due dollari. L'Agenzia per la ricerca e la qualità sanitaria ha a disposizione un toolkit per aiutare a determinare il ROI (vedere https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/systems/hospital/qitoolkit/combined/fl_combo_returnoninvestment.pdf).

È stata condotta una recente analisi di scoping di 663 studi, compresi i progetti di miglioramento della qualità, per fornire un riepilogo completo della letteratura pubblicata sull'implementazione degli EBP sugli esiti dei pazienti e sul ROI nelle strutture sanitarie. Più del 90% di queste pubblicazioni descriveva le pratiche EBP in terapia intensiva, mentre il restante 10% si concentrava su cure ambulatoriali, psichiatria e cure a lungo termine/riabilitazione.

La maggior parte degli EBP era correlata alla prevenzione delle infezioni, seguita da cure cardiache e cadute. Sono stati valutati gli esiti di 120 pazienti, misurando più spesso la durata della degenza, la mortalità e la compliance/aderenza del paziente.

Il novanta per cento di questi studi ha riportato risultati migliori per i pazienti e il 94% ha riportato un ROI positivo quando sono stati implementati gli EBP (Connor et al., 2023).

Come esempio di ROI come risultato di un'iniziativa di cambiamento EBP, l'Helene Fuld Health Trust National Institute for Evidence-based Practice in Nursing and Healthcare presso l'Ohio State University College of Nursing ha lavorato con Memorial Sloan Kettering, un NCI Comprehensive Cancer Center, e ANCC Magnet® Designated Nursing Service, per creare e sostenere una cultura e un'infrastruttura per supportare l'EBP basata sul modello ARCC® istruendo l'intero team dirigenziale infermieristico e qualificando oltre 400 mentori EBP in tutto il sistema.

Utilizzando il processo EBP in 7 fasi, un gruppo di mentori EBP ha condotto una ricerca di evidenza della letteratura per rispondere alla seguente domanda PICO (popolazione, intervento, confronto, risultato): (P)

Nelle donne incontinenti ospedalizzate costrette a letto, (I) in che modo l'uso di cateteri urinari esterni rispetto a (C) cateteri urinari a permanenza previene (O) le infezioni del tratto urinario associate a catetere (CAUTI)? Dopo la valutazione critica e la sintesi delle prove, è stato stabilito che era indicato un cambiamento di pratica dai cateteri urinari a permanenza ai cateteri urinari esterni.

Nei 2 anni precedenti al cambio di pratica, c'erano 87 CAUTI. È stata condotta un'analisi costi-benefici prima di apportare modifiche alla pratica. È stato determinato che il potenziale risparmio sui costi era di \$ 13.787,20 per ogni CAUTI che poteva essere prevenuto con un catetere esterno (Tabella 1). Dopo che la pratica è stata modificata, in soli 3 mesi, sono stati prevenuti 60 CAUTI a \$ 13.787 per evento, il che ha comportato un risparmio sui costi di \$ 827.232.

TABELLA 1. Analisi costi-benefici dell'utilizzo di un catetere femminile esterno invece di un catetere a permanenza in donne ospedalizzate incontinenti costrette a letto.

Costo per paziente	Costo del non utilizzo di un catetere urinario in una donna	Costo di utilizzo di un catetere urinario in una donna
Average cost per CAUTI	13,793	
Cost of indwelling catheter kit	13.64	
Cost of incontinence bed pad \$0.73(×6/day/patient)	4.38	
Cost of external female catheter (×2/day/patient)	\$11	\$22.00
Suction canister (×1/day/patient)		\$1.53
Suction tubing (5 feet)		\$0.29
Total cost to the organization		\$23.82
Potential cost savings per patient	\$13,787.20	

Il valore dell'investimento (VOI) è più ampio del ROI. Include fattori come il morale dei dipendenti, la soddisfazione sul lavoro, la riduzione del turnover, la soddisfazione del paziente e il miglioramento della qualità della vita e un maggiore impegno e produttività sul lavoro. Il lavoro precedente ha dimostrato che quando i medici si impegnano nell'EBP, hanno una maggiore soddisfazione sul lavoro e una minore intenzione di lasciare un'organizzazione (Melnyk et al., 2021).

Quando si considerano quali risultati includere nel calcolo del ROI e del VOI, è fondamentale ricordare di concentrarsi sui risultati "e allora", ovvero sui risultati che contano davvero per l'attuale sistema sanitario. Che ci piaccia o no, il sistema sanitario post-pandemico è molto concentrato sulla riduzione dei costi, quindi includendo in modo approfondito quali risultati nei progetti di miglioramento della qualità basati sull'evidenza o negli studi di ricerca è così fondamentale se la C-suite, inclusi i dirigenti infermieristici, prenderà in considerazione l'investimento in loro.

I dirigenti infermieristici e tutti i medici sanitari devono essere forti nella loro difesa affinché i colleghi di C-suite nei loro sistemi sanitari allochino una parte maggiore dei loro budget per creare una cultura e un'infrastruttura per l'EBP che includa la valutazione della competenza EBP quando i professionisti vengono assunti con competenze educative piano di costruzione per aumentare le conoscenze e le abilità in coloro che

non soddisfano le competenze mentre si costruisce un'infrastruttura sostenibile per supportare questo lavoro a valore aggiunto. La difesa con prove di alta qualità, come quella presentata in questo editoriale, sarà più efficace della difesa senza un solido corpo di prove. Anche la nomina di un direttore dell'EBP e lo sviluppo di una massa critica di mentori EBP per lavorare con i medici del punto di cura nell'implementazione dell'assistenza basata sull'evidenza e sui progetti di miglioramento della qualità basati sull'evidenza sono fondamentali. Leader e manager devono parlare da soli e modellare il processo decisionale basato sull'evidenza. Anche il riconoscimento e l'apprezzamento del personale per l'impegno nell'EBP è importante per rafforzare il fatto che l'assistenza basata sull'evidenza è un'alta priorità nel sistema. L'inserimento dell'EBP nell'azienda sanitaria è fondamentale in quanto deve rientrare nella visione, nella missione e negli obiettivi dell'organizzazione. L'utilizzo di un solido framework a livello di sistema per implementare e sostenere l'EBP, come il modello ARCC© che è stato supportato da molteplici studi per migliorare la competenza e l'implementazione dell'EBP, nonché i principali risultati sanitari e per i pazienti (Melnyk et al., 2021), è una strategia critica. Quando si pianificano e si conducono iniziative di cambiamento EBP, il ROI e il VOI dovrebbero essere determinati come positivi, questa prova deve essere condivisa con amministratori fiduciari, CEO e CFO per dimostrare il costo e altri impatti positivi per l'organizzazione. Quando gli infermieri realizzano guadagni finanziari positivi attraverso l'EBP, la richiesta dovrebbe essere che la metà di essi torni nei servizi infermieristici per alimentare ulteriormente le iniziative, le infrastrutture e la sostenibilità dell'EBP.

<https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/wvn.12661>

BMC Health Services Research

Come possiamo soddisfare i bisogni dei pazienti, delle loro famiglie e delle loro comunità? Uno studio qualitativo che include medici, rappresentanti dei consumatori, pazienti e membri della comunità. Roberts et al., BMC Health Services Research

N. Roberts, H. Jacmon, B. Scanlon, C. Battersby P. Buttrum C. James

Disponibile online: 28 luglio 2023

DOI: [10.1186/s12913-023-09814-9](https://doi.org/10.1186/s12913-023-09814-9)

Background: il gruppo di lavoro sulla diversità è stato formato in risposta agli standard australiani di qualità e sicurezza sanitaria che richiedono alle organizzazioni di pianificare la fornitura di servizi che incorporino informazioni sulla diversità dei consumatori e su quelli a maggior rischio di danno.

Metodi: un'analisi qualitativa del divario è stata condotta da un team di diversi background professionali, tra cui un ricercatore clinico, un ricercatore infermiere con esperienza nell'assistenza culturalmente e linguisticamente diversa e un rappresentante dei consumatori con esperienza nella difesa e nella rappresentanza

dell'accompagnatore. Le domande qualitative sono state co-progettate, utilizzando una lente di cura centrata sulla persona. Sono stati contattati i membri delle organizzazioni comunitarie, i medici e i pazienti delle aree sia ambulatoriali che ospedaliere. Le risposte sono state codificate in modo indipendente e sintetizzate utilizzando una metodologia quadro.

Risultati: In totale 3 membri dell'organizzazione della comunità, 40 medici e 30 pazienti hanno acconsentito a partecipare allo studio qualitativo per un periodo di tre settimane. C'erano tre temi chiave nelle risposte, 'Quali sono i diversi bisogni?'; "Assegnare persone a un gruppo non risponde a un'esigenza"; "L'assistenza non pianificata fa sentire le persone vulnerabili". Quei pazienti che sono isolati, per qualsiasi numero di motivi, sono stati identificati come a maggior rischio di danno.

Conclusioni: l'adozione di un approccio incentrato sulla persona può potenzialmente comprendere meglio i bisogni dei pazienti e delle comunità in modo che queste informazioni possano essere incorporate nell'erogazione dei servizi sanitari. Sono necessarie risorse per supportare i pazienti e le loro famiglie nei momenti di assistenza di transizione, in particolare quando l'assistenza non è pianificata.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37507758/>

MEDICINA TERRITORIALE

Sul futuro della medicina generale la discussione sia costruttiva. R. Polillo, quotidiano [sanita.it](http://www.sanita.it)

di Roberto Polillo

27 LUG -

Gentile direttore,

nel suo ultimo [intervento](#) su QS il dott. Belleri, dopo una poco convincente introduzione in cui dà del moralista a chi ritenga opportuno inquadrare il MMG nel contratto pubblico, arriva al nocciolo della questione ponendo una domanda la cui risposta è come direbbe Cartesio “chiara” e “distinta”: "Resta da capire ad esempio come sia possibile che, a dispetto di invidiabili condizioni economiche e normative, all'ATS di Milano siano arrivate solo 48 domande al bando per reclutare 424 generalisti, come era già accaduto in primavera.

Secondo i sindacati "Il problema è che il nostro lavoro non vuole più farlo nessuno", il che è perlomeno curioso con i lauti compensi, la mancanza di concorrenza e i privilegi corporativi descritti dai critici della (presunta) libera-professione"

Una ricostruzione grottesca delle posizioni altrui

Il dott. Belleri in altre parole ritiene che i proponenti il contratto di filiera per i MMG e per gli altri medici che operano nel SSN, pubblici o privati che siano, abbia come fine punire dei liberi professionisti ingiustamente considerati privilegiati, corporativi e interessati solo a guadagni extra per riportarli, come dice oltre nel suo articolo, sotto il tacco della dirigenza distrettuale.

Una ricostruzione grottesca del pensiero altrui che è un espediente per non affrontare proprio il tema centrale, dallo stesso identificato chiaramente, del perché i giovani disertino i bandi per la medicina generale. La proposta di un nuovo inquadramento giuridico dei NMG mira in realtà a dare una risposta a questa domanda giustamente sollevata.

Essa, ne sia certo Belleri, non riguarda lo "sterco del demonio" ma un altro tipo di moneta che, pur essendo immateriale, è sicuramente più importante del primo.

Per rendere attrattiva una professione bisogna ridarle quella dignità di cui oggi è priva per scelta dei sindacati autonomi, complice l'acquiescenza dei decisori politici, che hanno barattato la qualità professionale con il

mantenimento di uno stato di liberi professionisti in cambio di una finta autonomia professionale e, cosa non detta, del diritto di accesso ai piani nobili della professione (Fnomceo e Enpam).

Rilanciare una professione che i giovani rifiutano

Questo i giovani lo hanno capito e non accettano di fare una medicina di carta sempre più priva di "presenza clinica" buttando così via anni di studio per passare il tempo a riempire format amministrativo- burocratici.

Questo svilimento della professione cesserebbe se i MMG fossero inseriti nelle case della comunità dove personale amministrativo svolgerebbe a posto loro gli inevitabili compiti burocratici.

I MMG potrebbero così inserirsi in team multidisciplinari e dedicarsi a tempo pieno e con soddisfazione a quel lavoro clinico che oggi non possono svolgere; obiettivo perseguito invece fortunatamente dai giovani medici che si rifiutano di iniziare una carriera professionale destinata a deluderli

La nostra proposta, su cui si può essere totalmente in disaccordo, nasce da un fine nobile, tutt'altro che punitivo, che non dovrebbe essere distorto da chi non avendo argomenti per rispondere o si offende non si sa per cosa o per lesa maestà; un pretesto per utilizzare un modo irascico di argomentare in cui si può dimostrare tutto e il contrario di tutto senza esprimere con chiarezza una propria posizione.

Che la discussione sia aspre ma costruttiva

Ho già rivolto un invito a noi tutti che veniamo ospitati su questo giornale in cui siamo liberi di esprimere le nostre opinioni: questo privilegio non può diventare un modo per sfogare frustrazioni o dare sfoggio della propria erudizione.

Il senso di responsabilità verso chi ci legge dovrebbe portare tutti noi a discutere francamente animatamente ma senza manipolare o squalificare il pensiero altrui per la magra consolazione di glorificare il proprio sé.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=115837



POSITION STATEMENT DELLA CARD PER L'APPROPRIATA STRUTTURAZIONE DEI DISTRETTI E LE PROCEDURE DI SELEZIONE DEI DIRETTORI DI DISTRETTO.

(approvato all'unanimità del Consiglio Nazionale)

1. INTRODUZIONE

La CARD (Confederazione delle Associazioni Regionali dei Distretti) è attiva da vent'anni come Società Scientifica delle Attività Territoriali e costituisce il punto di riferimento e di incontro di centinaia di operatori di tutte le professioni dei Distretti sanitari e socio-sanitari del Paese.

Con questo documento la CARD intende esplicitare:

- a) la propria visione sul ruolo, funzioni, modalità di strutturazione ed organizzazione dei Distretti, al fine di ridurre gli elementi di diversificazione interpretativa ed attuativa oggi riscontrabili nel Paese e di sollecitare gli Organi decisori, politici e tecnici a giungere ad una definizione univoca del modello di Distretto, condiviso in modo uniforme all'interno della programmazione nazionale, regionale ed aziendale e realizzato di conseguenza per ridurre l'attuale variabilità organizzativa;
- b) la propria posizione su come definire, in coerenza con quanto sopra, le procedure di selezione dei Direttori di Distretto, per disporre di professionisti con funzioni dirigenziali "apicali" idonee a sostenere la rilevanza del ruolo e degli obiettivi conferiti.

2. CONTESTO

Nell'ultimo Annuario 2021 il Ministero della Salute ha censito in Italia 332 Distretti. E' osservabile una grande eterogeneità tra di essi nelle Regioni e nelle Province autonome, relativamente a ruoli, mandati, funzioni, obiettivi, opportunità di azione per dotazione di risorse e poteri. Ciò rende attualmente non uniforme la possibilità per i cittadini di vedere corrisposti i LEA distrettuali e, di conseguenza, avere un'assistenza territoriale omogenea. La posizione del Ministero della Salute è visibile nel sito istituzionale, il cui testo è riportato integralmente in Appendice.

Rileva qui richiamare i contenuti essenziali del recente DM 77 in cui il Distretto – si legge nel Decreto - :

- *"costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali*
- *è deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta*
- *garantisce una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento*
- *svolge funzioni di committenza, produzione, garanzia di accesso ai servizi, equità all'utenza*
- *garantisce l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali*
- *garantisce il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;*



- *garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specificità ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni*
- *è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL, essendogli attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento*
- *assicura, inoltre, i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie di cui all'articolo 3-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali, con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni socio-sanitari del territorio. "*

Ne risulta quindi un Distretto che agisce in un quadro complesso di responsabilità di obiettivi, gestione, organizzazione, tale da indurre a considerarne ineludibile la sua definizione nell'Atto Aziendale quale struttura ad alta complessità, ai pari quantomeno di una struttura dipartimentale, contrariamente ad una tendenza diffusa ad oscurarlo e sottovalutarlo.

3. RIFERIMENTI CULTURALI E SCIENTIFICI DELLE ATTIVITÀ DEI DISTRETTI

Il primo riferimento è costituito dall'ambito della Primary Health Care di WHO (OMS), di cui CARD assume tutti gli attributi e declinazioni sia di prospettiva che di operatività. Un elemento per tutti: la PHC di WHO si basa sui "Primary care team: continuous, comprehensive, person centred care". In Italia, i Distretti agiscono come unici possibili interpreti della PHC, che include ma non equivale alla c.d. "assistenza primaria". Quest'ultima ne è un costituente importante, ma non unico.

CARD condivide con la "Alleanza per le cure primarie in Italia" l'attenzione prioritaria verso i seguenti orientamenti:

- "Centralità del Distretto e, al suo interno, la riconduzione di tutte le attività territoriali alla Casa della Comunità
- La casa come primo luogo di cura
- L'approccio comunitario
- Il passaggio della logica delle "prestazioni sanitarie" al "servizio per la salute" e al "prendersi cura"
- La valorizzazione e integrazione delle attività consultoriali rispettando le specificità dell'area materno-infantile
- L'integrazione multiprofessionale."

La PHC rappresenta l'occasione per affermare il valore della sanità pubblica universalistica, superare l'ospedalocentrismo, la frammentazione della sanità dei provider privati, soprattutto se profit, e gli opportunismi connessi al mondo della commercializzazione della salute.

La CARD riafferma le linee di indirizzo già messe a punto nei lavori collaborativi svolti con FIASO ed AMDO, secondo cui il Distretto

- "va pensato come "Sistema Distretto/Territorio", "sistema unico e circolare", con "porte girevoli", non unidirezionali, con il Sistema Ospedale. Nasce e si sviluppa come ambito "territoriale" di riferimento per garantire una risposta assistenziale appropriata, capillare, equa ed integrata sotto il profilo delle competenze professionali, delle risorse e degli strumenti e per determinare una efficace presa in carico

dei pazienti fragili e con malattie di lungo termine. È l'articolazione fondamentale del governo aziendale, funzionale allo sviluppo delle nuove e più incisive forme di collaborazione fra Aziende Sanitarie, Enti locali e Comunità, rappresentando la sede ottimale per lo sviluppo della assistenza territoriale e della integrazione fra servizi sanitari e sociali;

- va identificato come la struttura organizzativa/gestionale che gestisce i sistemi sanitari e socio-sanitari integrati, con funzioni di GOVERNO e di GOVERNANCE in particolare per il rapporto con gli stakeholders istituzionali e non e con la comunità, per l'attuazione di un approccio di *community care*, con uno sguardo attento alla programmazione (sociale e sanitaria);
- va organizzato con la presenza di uno staff multidisciplinare, con ampie competenze organizzative, giuridiche, economiche, sanitarie e sociali, a supporto della direzione del distretto."

La CARD considera essenziale per la costruzione di Distretti "forti" e quindi capaci di rispondere alla necessità di assistenza da parte della popolazione:

- attuare percorsi di formazione specifica e creare un elenco regionale/nazionale di dirigenti specificamente formato per il ruolo di direttore di distretto (richiamo del lavoro sul middle management fatto da CARD, FIASO e ANMDO)
- investire nella creazione e trasformazione, ove non esistenti, delle Case della Comunità, che da poliambulatori diventino i veri presidi di promozione della salute e gestione della cronicità: da meri contenitori a forme organizzative complesse con il paziente partner nelle scelte di salute, dove trovano posto figure professionali innovative specializzate nell'assistenza primaria: Infermieri di Famiglia e Comunità, Fisioterapisti di Comunità, Psicologi di comunità e cure primarie, Medici di Comunità e delle Cure Primarie, per svolgere insieme attività multidisciplinari. La Casa della Comunità non deve essere un semplice contenitore, ma un complesso di "contenuti" tra loro interagenti
- superare la logica prestazionale per indirizzare gli sforzi sulla presa in carico e la strutturazione di percorsi "veri" e condivisi per la cronicità e la fragilità, in una visione olistica dell'assistito; superare le "visioni parziali" (legate al posizionamento dei professionisti nei servizi e nelle discipline di appartenenza) implica l'applicazione di "metodi sistemici", come il "*disease management*" o il "*population health management*";
- strutturare le C.O.T. a livello distrettuale quale strumento organizzativo per la gestione delle transizioni e per la presa in carico dei casi complessi, ed elemento di in connessione con tutti gli attori di cura ed assistenza;
- realizzare gli Ospedali di Comunità e le strutture di Cure intermedie
- inserire gli Infermieri di Famiglia e di Comunità come risorse di grande valore nel sistema territoriale-distrettuale.

4. SINTESI

Con diverso approccio comunicativo-illustrativo, si sintetizzano alcuni concetti chiave:

- I Distretti, perché: perché si possano adempiere i LEA distrettuali; per creare occasioni pubbliche di salute uniformi nel Paese, nel rispetto di requisiti di efficacia, efficienza, equità; per offrire servizi pubblici di prossimità intesa non solo come vicinanza fisica-spaziale, ma in primis di vicinanza empatica, di accoglienza, valutazione e presa in carico ad alto valore umano.
- I Distretti, dove: "la casa è il primo luogo di cura" e il Distretto rende ciò possibile. Oltre al setting domiciliare, il Distretto opera negli ambulatori, nelle residenze, nelle strutture di cure intermedie, nei centri diurni; sempre in continuità intelligente, anche con l'ospedale; nelle Case della Comunità hub e spoke; negli ospedali di comunità; negli hospice; nella COT. Ed ancora nelle scuole, nelle farmacie, nei luoghi di vita delle persone. Le sedi di lavoro sono volute di caratteristiche ambientali

gradevoli, che favoriscono l'incontro, l'accoglienza, il confronto tra cittadini-utenti e professionisti, e tra questi ultimi.

- I Distretti, cosa: erogano, oltre ai servizi e prestazioni di ambito e pertinenza sanitaria (cure primarie e specialistiche di primo livello – v. sopra), quelle sociosanitarie (nelle aree ad alta integrazione, con prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e sociali a rilevanza sanitaria), e sociali, includenti ed integranti azioni su tutti i determinanti sociali della salute.
- I Distretti, come: operano con professionisti di elevata professionalità e competenza, in logiche e pratiche fortemente integranti, con l'uso corrente di strumenti di ICT e di tecnologie diagnostiche di basso costo/complessità e facile diffusione. Gli interventi si caratterizzano per l'elevata autonomia ed alto livello di responsabilità professionale, in una logica di decentralizzazione, lungo le tipiche fasi del lavoro distrettuale: accesso (a bassa soglia), accoglienza, valutazione (multidisciplinare), programmazione del progetto/programma di cura individuale, presa in carico (con ampio uso della figura del case manager), rivalutazione degli esiti.
- I Distretti, chi: mantengono una visione ed azione parallela, inscindibile a favore dei cittadini-utenti e dei propri operatori, nella convinzione che solamente se questi ultimi sono messi a proprio agio nelle condizioni lavorative potranno a loro volta mettere a loro agio gli utenti.
- I Distretti, a chi: priorità è offerta ai soggetti e alle fasce di popolazione svantaggiate, a maggiore vulnerabilità, fragilità, carico di malattia cronica, disabilità; simmetrica attenzione primaria è offerta agli operatori, per sostenerli nell'acquisizione di competenze e capacità di lavoro in team, a reggere nel lungo termine situazioni difficili.
- I Distretti, con chi: agiscono con i propri operatori, dipendenti o convenzionati, di cui si cura la motivazione, il senso di identità e di appartenenza; per ogni attività è ricercata l'alleanza con le comunità, la cittadinanza attiva, il terzo settore, per un lavoro svolto più "con" che "per".
- I Distretti, verso: la direzione organizzativa ed operativa tende alla crescita di servizi emancipativi (empowerment, self care, engagement), verso un welfare umanizzato con capacità di cure personalizzate per l'individuo/famiglia e generativo per le Comunità (verso una Comunità che cura).
- I Distretti, per la qualità: vi è la ricerca costante di una qualità crescente per aspetti di strutture, processi, esiti, con tensione al miglioramento continuo della qualità, misurabile e misurato innanzitutto dagli outcome di benessere, qualità di vita e del soddisfacimento dei LEA.
- I Distretti, i punti di forza: la natura pubblica universalistica, l'approccio globale, il lavoro in team multiprofessionale, il paradigma del care multidimensionale, la convinta motivata priorità a soddisfare i diritti dei più deboli e vulnerabili, la partecipazione a programmi di salute globale (one health), la costruzione di sistemi di salute portatori di efficacia, efficienza, ed equità, prospetticamente crescenti nel tempo, pilastro di un servizio sanitario pubblico.

5. I RIFERIMENTI OPERATIVI

Il DM 77 conferisce alla nuova organizzazione territoriale una complessità di strutture e servizi che sono riassunti schematicamente nella figura successiva, elaborata da CARD.



I singoli cerchi sono la rappresentazione grafica degli elementi illustrati nel DM 77 (Allegato 1 e 2) come parti innovative obbligatorie della nuova assistenza territoriale, come previsto dalla riforma.

I due ovali indicanti il Dipartimento di prevenzione e di salute mentale/dipendenze, posti volutamente al confine con il perimetro distrettuale: intendono rappresentare l'inscindibile integrazione tra le due strutture ed il Distretto.

Complessivamente, risulta evidente che l'architettura organizzativa del Distretto non può non essere di natura dipartimentale, ovvero di guida, coordinamento e sovrasorveglianza a tutti i "Punti" del nuovo (e non solo) assetto di servizi e strutture territoriali del DM 77, con enfasi sulle responsabilità di garanzia degli adempimenti dei LEA di assistenza distrettuale.

6. IL DIRETTORE DI DISTRETTO

In coerenza, acquista grande rilevanza la posizione del Direttore di Distretto.

CARD fa propria a riguardo la posizione del DM 77 relativamente al Direttore di Distretto. Il paragrafo dedicato al tema è riportato in Appendice.

CARD afferma che, date le rilevanti responsabilità assistenziali assegnate ai Distretti:

- occorre riconoscere per il Direttore di Distretto funzioni e mandati coerenti alla posizione di Direttore di Struttura Complessa con valenza Dipartimentale e, data la rilevante e articolata organizzazione interna, il Distretto dovrà avere almeno due strutture complesse e numerose strutture semplici e/o semplici dipartimentali.
- I Direttori di Distretto vanno nominati secondo le procedure concorsuali proprie per il ruolo dirigenziale apicale delle SOC/UCO, evitando del tutto nomine fiduciarie, sottraendole a logiche collegate alla temporaneità e contingenza politica e a condizionamento collegabili allo spoil system.



- I Direttori di Distretto devono ricevere contratti quinquennali rinnovabili, in analogia a quanto avviene per i Direttori di Dipartimento, a seguito di regolare valutazione dei Collegi tecnici.

Ciò premesso, si rende necessario definire i pre-requisiti per l'accesso e le candidature alle selezioni per la Direzione di Distretto. CARD ritiene preferibile che il Direttore di Distretto abbia un background di formazione ed esperienza territoriale (almeno quinquennale). In ogni caso, è da rendere obbligatorio l'espletamento di un corso di formazione post-universitario accreditato/riconosciuto a livello nazionale/regionale.

7. POSIZIONE E PROPOSTE

1. Tenuto conto delle indicazioni del DM 77 e dei LEA distrettuali, nonché dei riferimenti della PHC e della ventennale cultura ed esperienze maturate in decine di distretti, CARD ritiene necessario (i) assegnare al Distretto all'interno della ASL il valore di macrostruttura a valenza dipartimentale con esplicitazione nell'Atto Aziendale, di costituire elemento portante dell'Azienda; (ii) attribuire al Distretto il mandato di essere primo attore per realizzare la PHC (Primary Health Care); (iii) riconoscere al Direttore di Distretto il ruolo di responsabile della Macrostruttura Distretto.
2. La Regione e le Direzioni Generali Aziendali definiscono in relazione coerente a quanto sopra i propri atti di indirizzo, linee guida, linee di gestione e altro pertinente a tali finalità.
3. Al Distretto va riconosciuto (i) il mandato di essere struttura di garanzia dei LEA; (ii) una funzione integrante e un ruolo primario di motore dell'integrazione verticale (intra-sanitaria) e orizzontale (socio-sanitaria ed inter-settoriale); (iii) la funzione di produzione, con priorità alle cure domiciliari e, più in generale, all'assistenza primaria e modalità di lavoro in equipe multiprofessionali per lo sviluppo della PHC e delle cure primarie.
4. Per tale funzione di produzione, finalizzata a soddisfare i LEA con reti di cure primarie, al Distretto vanno affidati adeguati fattori produttivi propri ed esterni, per i quali agisce – su delega della Direzione Generale – con precise facoltà di committenza. Il governo della Medicina Generale, della Pediatria di libera scelta, della Continuità Assistenziale e di ogni professionista convenzionato rientra tra i mandati specifici ed ineludibili del Distretto. MMG, PLS, Infermiere di Famiglia e di Comunità rappresentano i cardini dell'assistenza sanitaria territoriale di cui il Distretto è responsabile. In una visione di servizi di prossimità coordinati, il Distretto valorizza il ruolo delle Farmacie Convenzionate.
5. Il Distretto è titolare di un proprio budget in cui sono posti in equilibrio la conoscenza di domanda/bisogni, obiettivi e risorse (interne ed esterne); al Direttore di Distretto sono assegnati pertanto poteri e strumenti adeguati per il conseguimento degli obiettivi.
6. Il Distretto è la struttura di prossimità riconoscibile nel territorio quale prima articolazione dell'Istituzione Sanitaria pubblica, riconosciuta dalle Comunità nel cui territorio vivono e da cui ricevono identità: diviene pertanto DISTRETTO DELLA COMUNITA', componente costruttiva di un sistema di welfare generativo ed emancipativo. In questa prospettiva, la Casa della Comunità, l'Ospedale di Comunità, la COT, gli Infermieri di Famiglia e di Comunità rappresentano i punti centrali della vita del Distretto.
7. Il Distretto interagisce con tutte le espressioni della Comunità facilitando e attuando la partecipazione, per realizzare in modo equilibrato ciò che è previsto dalla PHC, in tutti i suoi aspetti specifici ed allargati, integrando e valorizzando le risorse provenienti dal mondo delle cure informali e spontanee, sostenute innanzitutto dal rafforzamento dei pilastri portanti pubblici istituzionali (formali) dei setting di cura territoriali: ambulatoriale, domiciliare, residenziale, tra loro operanti in

continuità e coordinamento, grazie anche alla diffusione dei case manager. CARD ritiene sia tempo di riconsiderare l'inserimento nel governo distrettuale dei c.d. "piccoli ospedali", fortemente legati alle dinamiche locali.

8. La strutturazione interna del Distretto impone che al suo interno vi siano collocate almeno due Strutture Complesse, congruo numero di Strutture Semplici e Strutture Semplici Dipartimentali (a seconda delle dimensioni del Distretto), per esprimere concretamente il mandato primario della presa in carico; le correlate attività di queste Strutture offrono risposte globali, coordinate, unitarie e continuative ai bisogni di salute riguardanti innanzitutto le fasce di popolazione più fragili e vulnerabili: bambini ed adolescenti, donne, adulti fragili, anziani in multimorbidità e longevità, famiglie disagiate multiproblematiche, disabili.
9. Nella cornice organizzativa della governance Distrettuale va collocata ogni iniziativa del DM 77, come rappresentato graficamente dallo schema del Punto 3. Il Direttore di Distretto è da considerarsi necessariamente sovraordinato e responsabile generale di detti servizi e strutture.
10. Rilevata la complessità di funzioni e l'ampio ventaglio di attività, al Direttore di Distretto spetta il ruolo di Direttore di Struttura Complessa, con riconoscimento della funzione e indennità dipartimentale. Il Direttore di Distretto è responsabile del coordinamento del personale multiprofessionale e multidisciplinare operante negli ambiti dell'assistenza ambulatoriale, domiciliare, residenziale (cure intermedie). E' nominato a seguito di procedura concorsuale pubblica propria per gli incarichi di Direzione di SC/UOC, con contratti quinquennali, sottratti alla variabilità contingente (e rischi di soggiacere a logiche di spoil system). CARD ritiene essenziale che a livello nazionale o regionale sia costituito un elenco di idonei, identificati in base al superamento di una formazione post-universitaria specifica e ad una provata esperienza continuativa nei servizi territoriali almeno quinquennale.

8. CONCLUSIONI

La realizzazione di un nuovo assetto della sanità territoriale non può eludere o rimandare la definizione univoca in tutto il Paese del suo attore-agente principale: il DISTRETTO. Leggi ed esperienze indicano che è il Distretto a rappresentare la risposta a questa esigenza. A tale assunto va conformata la programmazione e legislazione nazionale e regionale, nonché gli Atti Aziendali. Dimensioni e collocazioni territoriali dei Distretti sono proporzionate all'obiettivo di realizzare servizi di vera prossimità.

Va superata l'eterogeneità delle loro attuali configurazioni, e create le premesse per corrispondere in modo uniforme ed equo i LEA distrettuali: l'esistenza dei LEA distrettuali esige che esistano le strutture attuative correlate, ovvero Distretti a valenza dipartimentale diretti da Direttori di comprovata capacità.

I Distretti rappresentano l'asse portante, insieme ai Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale, delle attività territoriali, con pari dignità di funzioni rispetto a quelle ospedaliere.

Ogni iniziativa collegata al DM 77 è parte integrante del Distretto e sottoposta alla Direzione del Distretto.

MMG, PLS, IFeC, Farmacie Convenzionate territoriali rappresentano i primi attori dello scenario della sanità territoriale gestita dal Distretto, in cui l'assistenza domiciliare assume rilevanza prioritaria.

La rete distrettuale deve trovare la sua massima espressione nella operatività diffusa, nella prossimità, nella continuità, nella tempestività e nella proattività, in un miglioramento continuo della qualità.

Occorre identificare il Distretto come la macrostruttura organizzativa/gestionale dei sistemi sanitari e sociosanitari integrati, con funzioni di GOVERNO e di GOVERNANCE in particolare per il rapporto con gli stakeholders istituzionali e non, e con la comunità, per l'attuazione di un approccio di *community care*, che si affianca alla *individual care* in cui brillano le capacità complessive del Distretto: nell'accoglienza, nella valutazione e nel care multidimensionale, nella presa in carico in equipe del soggetto assistito e della famiglia, restituendo valore alla loro soggettività, agli aspetti del *self care* e dell'empowerment.

APPENDICE

Il Ministero della Salute nel proprio sito offre questi riferimenti in tema di assistenza distrettuale e di Distretto

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4696&area=Lea&menu=distrettuale>

Per pronta consultazione si ritiene appropriato riportare di seguito il testo per esteso.

“L'area dell'assistenza distrettuale (Capo III - artt. 3-20 del [dPCM 12 gennaio 2017](#)) è caratterizzata dal fatto di svolgersi sul “territorio” – vale a dire NON in regime di ricovero ospedaliero – nell'ambito e sotto la responsabilità dei distretti, organismi costituiti all'interno dell'azienda sanitaria locale per la gestione di numerosi servizi in aree territoriali di dimensioni limitate. Il distretto è dotato, in genere, di autonomia nella gestione delle risorse assegnate ed è diretto da un direttore di distretto.

L'assistenza distrettuale ha un contenuto notevolmente eterogeneo poiché include:

Assistenza sanitaria di base, erogata dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;

Continuità assistenziale, vale a dire assistenza di base nelle ore notturne e nei giorni prefestivi e festivi, e l'assistenza ai turisti;

Emergenza sanitaria territoriale di stabilizzazione delle condizioni del malato e di trasporto presso il presidio ospedaliero, coordinata dalla Centrale operativa 118, e assistenza sanitaria in occasione di maxi emergenze, eventi o manifestazioni;

Assistenza farmaceutica, vale a dire erogazione dei medicinali attraverso le farmacie convenzionate e le farmacie direttamente gestite dalle Asl e dagli ospedali;

Assistenza integrativa, vale a dire erogazione di dispositivi medici (pannoloni, cateteri, cannule, medicazioni, presidi per diabetici, ecc.) e di alimenti particolari (prodotti senza glutine, prodotti aproteici, latte artificiale, ecc.) a specifiche categorie di pazienti;

Assistenza specialistica ambulatoriale, vale a dire prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dai (o sotto la responsabilità clinica dei) medici specialisti ambulatoriali negli ambulatori e nei laboratori pubblici o privati accreditati, territoriali o ospedalieri (gli ambulatori e i laboratori specialistici svolgono attività distrettuale anche se fisicamente collocati all'interno di strutture ospedaliere);

Assistenza protesica, vale a dire erogazione di protesi, ortesi, ausili tecnologici e dispositivi medici a persone con disabilità permanenti;

Assistenza termale, vale a dire erogazione di cicli di prestazioni terapeutiche in ambiente termale (fanghi, bagni, docce, inalazioni, nebulizzazioni, ecc.) a specifiche tipologie di pazienti che possono trarre effettivo beneficio;

Cure domiciliari alle persone non autosufficienti affette da malattie croniche;

Assistenza alle donne, alle coppie, alle famiglie e ai minori, per la tutela della gravidanza e della maternità, la procreazione responsabile, il supporto all'affidamento e all'adozione, la prevenzione degli abusi e della violenza nell'ambito familiare, ecc. (consultori familiari);



Cure palliative in ambito domiciliare e residenziale alle persone nella fase finale della vita (Unità di Cure palliative e Hospice);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale, ai minori per la prevenzione e il trattamento di disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo (Servizi di neuropsichiatria infantile; comunità terapeutico-riabilitative);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali (Servizi di salute mentale, comunità terapeutico-riabilitative, e socio-riabilitative);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità (Servizi di riabilitazione, strutture di riabilitazione intensive, estensive e di mantenimento delle abilità funzionali);

Assistenza diagnostica, terapeutica e riabilitativa in ambito domiciliare, ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche (Servizi per le dipendenze, comunità terapeutico-riabilitative e pedagogico-riabilitative). "

Il DM 77

Rileva altresì richiamare di seguito i contenuti essenziali del recente DM 77 in merito al ruolo, funzioni ed organizzazione del Direttore di Distretto:

"Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati."

www.card.it

Franco Pesaresi | 24 luglio 2023

Nell'ambito dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS), cioè di quelle prestazioni che ogni Ambito territoriale è tenuto a garantire, è stata definita una serie di interventi che ricadono sotto il nuovo capitolo "Percorso assistenziale integrato". Lo ha stabilito la legge di bilancio 2022. Per tali interventi si potranno utilizzare fondi di varia provenienza. Franco Pesaresi né dà conto in modo puntuale in un articolo che pubblichiamo in due parti.

Il Piano nazionale per la non autosufficienza 2022-2024 (PNNA) individua 4 Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) per le persone non autosufficienti. Il più ampio ed impegnativo di questi è relativo al "Percorso assistenziale integrato".

*Giova rammentare che i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità. L'erogazione dei LEPS è pertanto **obbligatoria per tutti gli Ambiti territoriali sociali**.*

In questo articolo vengono descritti i contenuti del LEPS di processo "Percorso assistenziale integrato" che è un LEPS strategico per il ruolo che svolge nel processo assistenziale. La sua realizzazione è infatti propedeutica al corretto funzionamento di ogni sistema assistenziale per le persone non autosufficienti. Infatti, attraverso la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" una persona che richiede sostegno viene formalmente e sostanzialmente presa in carico nei PUA, nel quale una equipe multidimensionale individua l'insieme dei servizi e degli interventi da attivare, per affrontare concretamente la situazione specifica e definire il piano personalizzato da realizzare. Nel caso in cui tale valutazione sia già stata effettuata se ne richiede la riconsiderazione per assicurarne l'attualità.

Risulta del tutto evidente, quindi, che la realizzazione del LEPS del "Percorso assistenziale integrato" deve essere assicurato prioritariamente in quanto preparatorio e condizionante l'attivazione e la realizzazione personalizzata degli altri livelli essenziali individuati nel PNNA (relativi alle prestazioni) e deve essere letto in un'ottica di sistema.

Denominazione

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi: accesso, prima valutazione, valutazione multidimensionale, elaborazione del piano assistenziale personalizzato, monitoraggio degli esiti di salute. Le macrofasi costituiscono un insieme unitario e indivisibile di endo-procedimenti, tutti ugualmente indispensabili per garantire la piena esigibilità del LEPS di processo che viene realizzato dagli ambiti territoriali sociali.

Contenuti del LEPS "Percorso assistenziale integrato"

Il Livello essenziale di processo "Percorso assistenziale integrato" si riferisce agli interventi normati dal comma 163 della legge n. 234/2021 (Legge di Bilancio 2022) che riguardano il percorso assistenziale integrato da attivare per le persone che presentano i bisogni complessi.

Il Percorso assistenziale integrato dedicato alle persone non autosufficienti o in condizione di grave disabilità è costituito dalle seguenti macrofasi:

1. Accesso;
2. prima valutazione;
3. valutazione multidimensionale;
4. elaborazione del piano assistenziale personalizzato;
5. monitoraggio degli esiti di salute.

In questa prima parte dell'articolo, vedremo le prime tre singole fasi, rimandando le ultime due alla seconda parte.

L'Accesso

La funzione di accesso costituisce la fase iniziale del percorso assistenziale integrato, in cui sono garantiti i servizi per l'orientamento al complesso dei servizi territoriali e i servizi di accesso al percorso integrato con la rilevazione dei primi riferimenti anagrafici. La funzione di accesso viene realizzata da un sistema unitario di ambito, che articola i punti fisici e unici di accesso rispetto ai presidi territoriali ritenuti adeguati dalla programmazione regionale e locale, con attenzione alle nuove strutture operative recate dalle missioni 5 e 6 del PNRR. Il sistema unitario di accesso è dotato di una funzione di back-office di ambito, che cura e garantisce il costante coordinamento tra la presa in carico della persona e le successive macrofasi del percorso assistenziale integrato.

***Il Punto Unico di Accesso (PUA)** rappresenta il modello organizzativo di accesso unitario e universalistico ai servizi sociali, sanitari e sociosanitari, finalizzato ad avviare, superando la settorializzazione degli interventi, percorsi di risposta appropriati alla complessità delle esigenze di tutela della salute della persona, rivolti in particolare a coloro che presentano bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale. In tal senso si delinea un modello organizzativo adeguato a rispondere in modo integrato e capace di accogliere qualsiasi tipologia di istanza: sociale, sanitaria e sociosanitaria. Il PUA è finalizzato ad avviare percorsi di risposta appropriati alla complessità dei bisogni della persona, superando la settorializzazione degli interventi. Si configura, pertanto, come primo contatto a disposizione del cittadino, finalizzato ad attuare pari opportunità d'accesso alle informazioni e ai servizi da parte di coloro che ne abbiano necessità.*

Le funzioni del PUA:

1. Orientare le persone e le famiglie sui diritti alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale e sulle modalità per accedere ad esse, ferma restando l'equità nell'accesso ai servizi, con particolare riferimento alla tutela dei soggetti più deboli.
2. Agevolare l'accesso unitario alle prestazioni sociali, socio-sanitarie e sanitarie e di continuità assistenziale, favorendo l'integrazione tra i servizi sociali e quelli sanitari.
3. Avviare la presa in carico, mediante la prevalutazione integrata socio-sanitaria funzionale all'identificazione dei percorsi sanitari, socio-sanitari o sociali appropriati.
4. Monitorare le situazioni di fragilità sociale e sanitaria, con l'obiettivo di poter creare percorsi preventivi e di diagnosi precoce rispetto all'insorgere della situazione problematica o dello stato di bisogno.
5. Segnalare le situazioni connesse con bisogni socio-sanitari complessi per l'attivazione della valutazione multidimensionale e multidisciplinare per una presa in carico integrata.

Le attività del PUA sono articolate su due livelli:

- funzioni di front office: accesso in termini di accoglienza, informazione, orientamento e accompagnamento.
- funzioni di back office: prevalutazione, avvio della presa in carico, identificazione dei percorsi assistenziali e attivazione dei servizi, monitoraggio e valutazione dei percorsi attivati.

Le risorse umane, strumentali e finanziarie per l'attivazione e il funzionamento del PUA, ivi comprese le attività di formazione del personale, sono fornite dalle aziende sanitarie locali tramite il Distretto sanitario e dalle amministrazioni locali che compongono l'ATS. Per svolgere adeguatamente le sue funzioni, ciascun PUA

deve prevedere una dotazione minima e stabile di personale con profili professionali diversi con il compito di garantire accoglienza, ascolto e prevalutazione del bisogno secondo un approccio bio-psico-sociale. Presso ciascun PUA deve essere garantita la dotazione appropriata e stabile di:

- Il Servizio sociale professionale comunale, e altre eventuali professionalità sociali, tramite l'ATS.
- Il Servizio sociale professionale aziendale, e altre eventuali professionalità sanitarie, tramite il Distretto.
- Il servizio infermieristico di comunità.
- Gli adeguati servizi amministrativi e tecnici.
- Eventuali servizi di mediazione linguistico-culturale.

Andranno inoltre garantiti i necessari collegamenti con la Centrale Operativa Territoriale (COT) e con tutti i presidi presenti nell'ambito territoriale siano essi sanitari che sociali.

I comuni e le aziende sanitarie locali istituiscono in ogni ambito territoriale ottimale un punto unico di accesso all'insieme dei servizi stessi (PUA). Le funzioni del PUA, si collocano nel distretto sociosanitario presso una sede territoriale strategica, ove siano presenti un numero rilevante di servizi sanitari e/o sociali e di funzioni direzionali. Presso le Casa della Comunità, che si configurano come nodi strategici, di maggiore prossimità e riferimento, in forte connessione funzionale e operativa con tutta la rete sanitaria e sociale del territorio in cui insiste, è prevista tra le funzioni di base la presenza del Punto Unico di Accesso. Qualora in un distretto non sia ancora operativa una Casa della Comunità, il PUA potrà essere ubicato presso altra sede territoriale del distretto sanitario o sociosanitario. Laddove se ne ravvisasse la necessità per motivi demografici e/o territoriali, sarà possibile definire più sedi PUA all'interno dello stesso distretto sociosanitario al fine di realizzare una maggiore prossimità.

Equipe integrata di ambito. *L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Queste attività sono seguite e alimentate attraverso le funzioni di back-office del PUA.*

Prima valutazione

La Prima valutazione è la funzione che costituisce la fase di valutazione preliminare dei bisogni espressi dalla persona e/o dal nucleo familiare, in cui sono garantite le attività che completano il quadro informativo necessario per la presa in carico e le attività di rilevazione dell'eventuale complessità dei bisogni emersi. In caso di bisogno semplice di natura sanitaria o sociale, è previsto l'invio verso le competenti strutture organizzative anche di tipo specialistico. In caso di bisogno complesso con aspetti di integrazione, è prevista l'attivazione delle competenti unità di valutazione multidimensionale.

La fase di prima valutazione è svolta in sinergia dalla COT e dal PUA in modo da far gestire alla COT i casi con bisogni non complessi di tipo sanitario e al back-office del PUA i casi con bisogni complessi sanitari e sociali. Le attività di valutazione preliminare costituiscono lo snodo essenziale che permette il coordinamento operativo con le strutture professionali delle Centrali Operative Territoriali (COT), mantenendo nel contempo lo svolgimento coerente, tempestivo e appropriato del percorso assistenziale per i casi complessi.

Valutazione multidimensionale

È la funzione che costituisce la fase di valutazione della capacità bio-psicosociale della persona nei casi complessi e delle condizioni e delle effettive capacità e competenze del nucleo familiare, anche allo scopo di definire l'onerosità della risposta assistenziale che può variare in rapporto alla medesima complessità clinica. Al termine della valutazione multidimensionale è prevista l'elaborazione del Piano Assistenziale Individualizzato.

L'ambito territoriale sociale e il distretto sanitario costituiscono l'equipe integrata di ambito composta da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente, in questo modo garantiscono l'apporto di tutte le professionalità necessarie per lo svolgimento appropriato e tempestivo dell'intero percorso assistenziale integrato. A questo scopo provvedono anche a sviluppare opportuni accordi sia con le organizzazioni specialistiche sanitarie che con altre amministrazioni che operano nel campo del lavoro, dell'istruzione, dell'abitazione. L'equipe integrata di ambito assicura le funzionalità del PUA, delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) e definiscono il progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno; assicura altresì tutti i processi amministrativi, tecnici e contabili associati allo svolgimento completo, appropriato e tempestivo del percorso assistenziale integrato oggetto del presente accordo. Le amministrazioni locali e l'azienda sanitaria individuano figure professionali necessarie da destinare all'equipe garantendo la presenza di un nucleo minimo e stabile di personale sociale e sanitario che può avvalersi di altre specifiche professionalità in relazione ai bisogni della persona.

La valutazione multidimensionale, per la presa in carico integrata della persona con disabilità identifica, descrive e valuta la natura del bisogno, l'entità degli ostacoli di carattere fisico, psichico, funzionale e relazionale/ambientale. Gli strumenti per effettuare la valutazione multidimensionale del bisogno scientificamente validati e, in particolare, quelli concernenti la non autosufficienza, procedono all'esame di quattro assi collegati alla funzionalità psicofisica (autonomia funzionale, mobilità, area cognitiva, disturbi comportamentali) e di un asse collegato alle caratteristiche sociali (supporti/reti formali e informali e autonomia finanziaria).

La valutazione multidimensionale si articola in due fasi:

1. La rilevazione diretta sull'assistito, durante la quale uno o più professionisti competenti per lo specifico bisogno raccolgono le informazioni;
2. La valutazione delle informazioni raccolte, che viene effettuata collegialmente dalla unità di valutazione multidimensionale distrettuale (UVM/UVMDD o equipe integrata) formalmente riunita.

La valutazione multidimensionale è effettuata dalla unità valutativa Multidimensionale che esercita le seguenti funzioni

1. Effettua la valutazione multidimensionale e multidisciplinare che consente di identificare i bisogni, gli interventi e le risposte più appropriate, nel rispetto del principio di equità di accesso ai servizi e alle prestazioni offerte dal territorio, in modo che possano essere attivate, a breve, medio e lungo termine, le risorse in termini di personale e di servizi.
2. Elabora il progetto personalizzato degli interventi (Piano di Assistenza Individuale – PAI), individuando la migliore soluzione possibile, anche in relazione alle risorse disponibili e attivabili, garantendo comunque quanto previsto dai LEA.
3. Individua l'operatore referente del progetto per la persona (case manager), per la sua famiglia e per gli altri soggetti coinvolti, al fine di facilitare il passaggio delle informazioni.
4. Monitora e verifica i risultati, nonché l'eventuale rivalutazione delle situazioni e del PAI.

La valutazione multidimensionale e multidisciplinare si caratterizza per la partecipazione attiva di più professionisti facenti parte della rete dei servizi (sanitari, educativi, sociali, etc.). Pertanto, è definibile quale funzione valutativa esercitata da un insieme di operatori di aree diverse, finalizzata all'individuazione dei bisogni di salute, nonché delle caratteristiche socioeconomiche e relazionali della persona e delle sue

potenzialità e risorse, attraverso l'utilizzo di strumenti validati dalla comunità scientifica, al fine di definire il setting assistenziale appropriato.

La composizione minima delle Unità di valutazione multidimensionale (che può variare in relazione al bisogno) comprende:

- Il medico di medicina generale, ovvero il pediatra di libera scelta.
- Il medico di distretto.
- L'infermiere di comunità.
- L'assistente sociale dell'ATS.

La composizione minima può essere integrata, a seconda delle specifiche necessità, da altre figure professionali (medici specialisti, terapeuta della riabilitazione, psicologo, altre figure) afferenti ai servizi/unità operative territoriali. Al fine di poter garantire un'effettiva integrazione tra il settore sociale e l'ambito sanitario, l'assistente sociale coinvolto nell'equipe integrata multidisciplinare è individuato dal distretto sociosanitario tra gli assistenti sociali dei comuni afferenti al relativo ambito territoriale. Specularmente, le figure sanitarie, individuate per l'equipe integrata multidisciplinare, sono nominate dal Direttore del distretto sanitario.

La responsabilità del suddetto processo è ricondotta, all'Ufficio Sociosanitario Integrato composto dai Dirigenti di area sociale e sanitaria competenti per il territorio e aventi responsabilità di gestione delle risorse professionali ed economiche per il funzionamento dei servizi integrati.

<https://www.welforum.it/leps-il-percorso-assistenziale-integrato-parte-i/>



Migrazioni forzate e sostituzione etnica. G. Maciocco. Salute Internazionale

Gavino Maciocco

“Finora pare non si riesca a inventare nulla di meglio che finanziare regimi arabi mediterranei perché sbarrino la loro frontiera terrestre con l’Africa profonda, facendo leva sul diffuso disprezzo per i neri. Il caso tunisino è modello. Morire pugnalati nel Sahara come alternativa ad affogare nel Mediterraneo?”

Le migrazioni fanno da sempre parte della storia dell’umanità. Le persone migrano da un paese all’altro per diverse ragioni e la loro mobilità segue il suo corso e le norme, più o meno restrittive, applicate alle frontiere o all’interno degli spazi sovra regionali o nazionali.

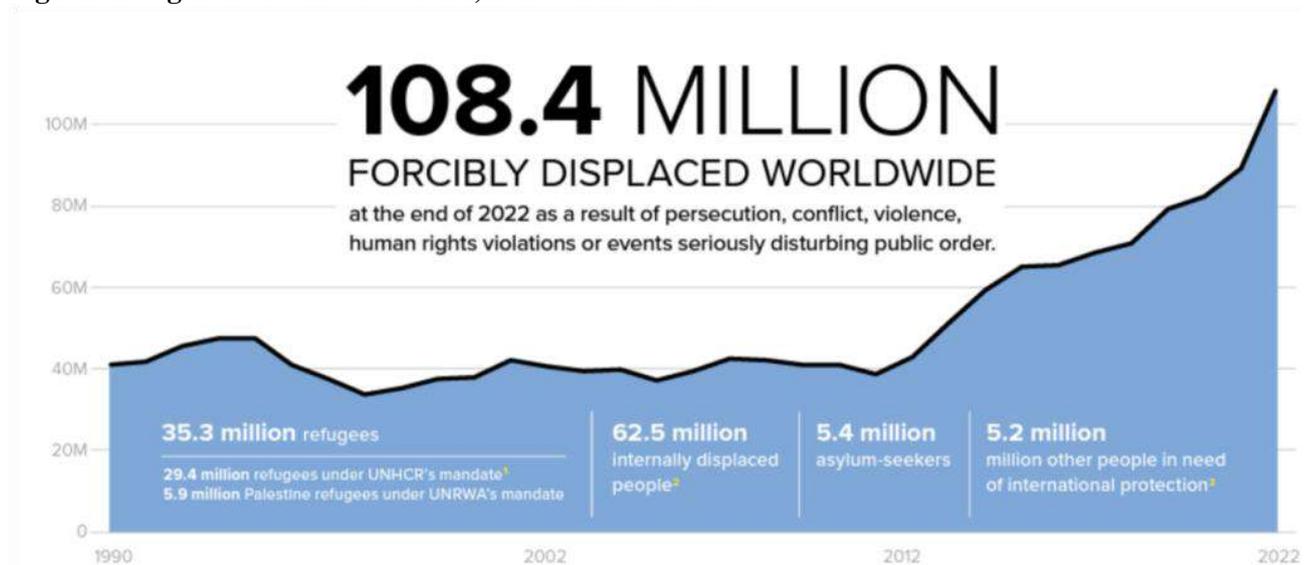
Secondo l’International Migration Report 2022 nel 2020 le migrazioni internazionali hanno interessato 281 milioni di persone (il 3,6% della popolazione mondiale) – rispetto ai 173 milioni del 2000 (2,8%).

Stiamo parlando di migrazioni “volontarie” per lo più legate a motivi di lavoro, che nel 2020 hanno generato un volume di “rimesse” (trasferimenti di denaro da lavoratori migranti verso i paesi di origine) pari a 702 miliardi di dollari (128 nel 2000).

E poi ci sono le migrazioni “forzate”, provocate da guerre, conflitti, persecuzioni, violazioni dei diritti umani e anche da eventi naturali estremi, come quelli prodotti dai cambiamenti climatici.

Secondo il recente Rapporto dell’UNHCR *“Global trends. Forced displacement in 2022”* nel mondo, alla fine del 2022, il numero dei *forcibly displaced* ha raggiunto il picco di 108,4 milioni di persone, un trend in forte aumento soprattutto nell’ultimo decennio (Figura 1).

Figura 1. Migranti forzati nel mondo, alla fine del 2022.



L’enorme massa di migranti forzati è stata alimentata in primo luogo dalle guerre: negli ultimi 50 anni se ne sono contate tantissime tra paesi e all’interno di questi. Ne ricordiamo qui alcune, particolarmente devastanti in termini di vittime e di spinta alla migrazione forzata.

Afghanistan: dall’invasione russa del 1979 a quella americana del 2001, conclusasi nell’agosto 2021, con la consegna di un paese sempre più impoverito nelle mani del brutale regime dei Talebani.

Iraq: alla prima guerra del Golfo del 1990-91 ne è seguita una seconda iniziata nel 2003 dagli Stati Uniti (sulla base di prove rivelatesi false), ben più devastante perché, oltre alle morti e alle distruzioni inflitte alle popolazioni locali, il conflitto ha provocato la destabilizzazione politica dell'intera area, creando così le premesse per lo scoppio, nel 2011, della disastrosa guerra civile in Siria (diventata poi terreno di scontro tra le potenze mondiali).

Nel cuore dell'Europa la guerra all'interno della ex-Jugoslavia degli anni 90 del secolo scorso e l'attuale guerra in Ucraina.

In Africa numerosi sono i conflitti locali che hanno generato – e stanno generando – morti, distruzioni e migranti forzati. Ricordiamo il terribile conflitto inter-etnico in Rwanda del 1994, e più recentemente la guerra interna per il controllo del petrolio in Sud-Sudan e la guerra civile in Etiopia.

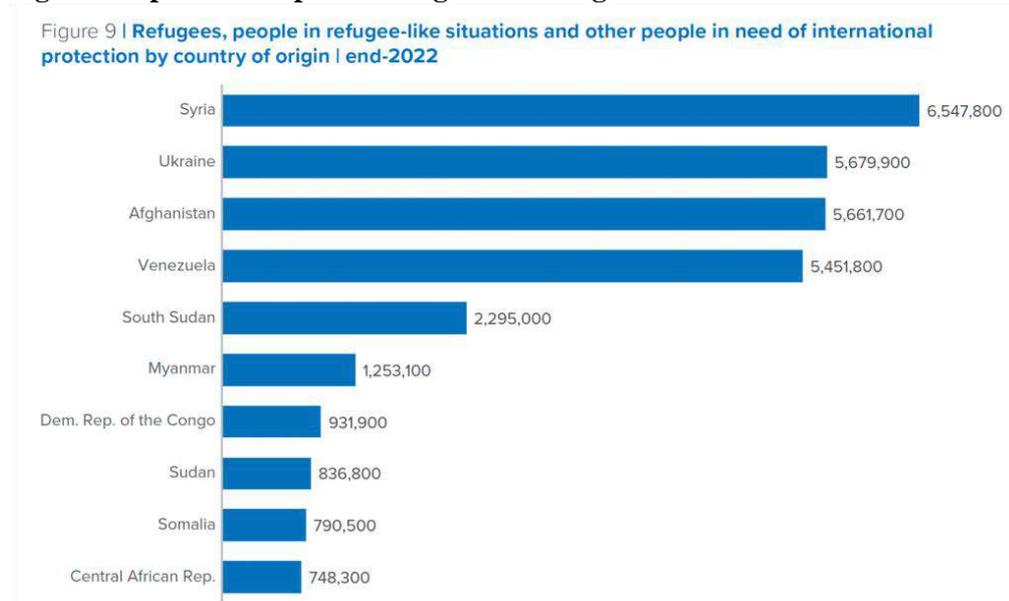
A cui si aggiungono situazioni di altissima instabilità politico-militare che sono causa di persecuzioni della popolazione civile e violazioni dei diritti umani: dalla Libia alla Somalia, alla Repubblica Democratica del Congo, alla Repubblica Centro Africana, al Mali (per citarne solo alcune).

L'instabilità politica è fonte di massicce migrazioni forzate anche in America latina, vedi il caso del Venezuela. In Asia, in Myanmar, da segnalare la cruenta (e ignorata) repressione militare sulla popolazione civile.

Come si può dedurre dalla Figura 1 la maggioranza (circa il 60%) dei migranti forzati cerca riparo all'interno del proprio paese, mentre gli altri – 40 milioni di persone, tra rifugiati, richiedenti asilo e protezione umanitaria – attraversano il confine e abbandonano il proprio paese.

Nelle Figure 2 e 3 sono riportati rispettivamente i primi dieci paesi di origine delle migrazioni forzate e i primi dieci paesi di destinazione dei migranti forzati.

Figura 2. I primi dieci paesi di origine delle migrazioni forzate



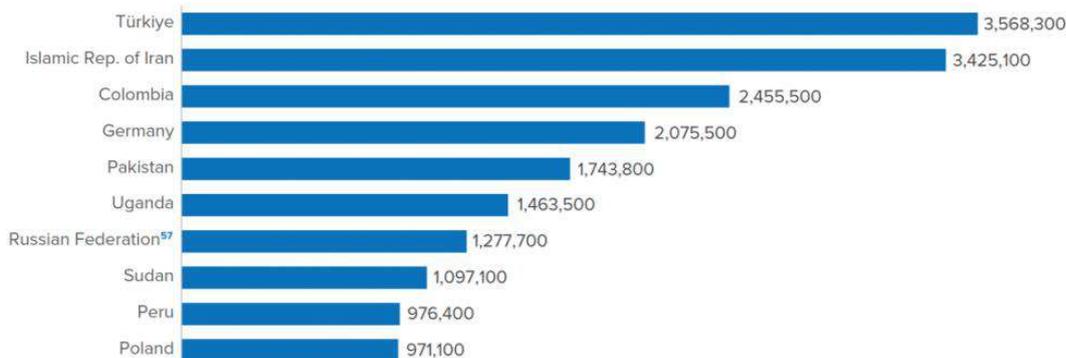
La guerra in Siria ha prodotto oltre 6 milioni e mezzo di rifugiati (quasi un terzo della popolazione censita nel 2011) la maggioranza dei quali si trovano in Turchia (anche a seguito di un accordo molto oneroso con l'Unione Europea), più di un milione sono stati accolti in Germania, 800mila in Libano, 600mila in Giordania. Gli ucraini in fuga dal loro paese hanno ricevuto un'accoglienza rapida e generosa: 2,6milioni di loro hanno trovato rifugio nei paesi confinanti (1 milione in Polonia), gli altri si sono distribuiti negli altri paesi europei. Molto meno facile è stato per l'UNHCR ricostruire il destino degli afghani, che si sono mossi a ondate dal loro paese in relazione alle situazioni di guerra e di persecuzione della popolazione. Dei 5,7 milioni di rifugiati, 3,4 mln si trovano in Iran, 1,7 mln in Pakistan, 180mila in Germania (che complessivamente ospita oltre 2 milioni di rifugiati).

La Colombia, insieme Turchia, Iran e Germania, è tra i primi quattro paesi di destinazione dei rifugiati nel mondo, avendo accolto 2 milioni e mezzo di venezuelani in fuga dal loro paese.

Dei 40 milioni di rifugiati, il 70% di questi ha trovato riparo nei paesi confinanti, che sono per lo più paesi a medio e basso livello di sviluppo. Così i rifugiati del Myanmar trovano accoglienza in Thailandia e Bangladesh. Così l'Uganda – un paese più piccolo dell'Italia come estensione e popolazione, oltre che enormemente più povero – accoglie 1 milione e mezzo di rifugiati provenienti dal Sud Sudan e dalla Repubblica Democratica del Congo (leggi qui).

Figura 3. I primi dieci paesi di destinazione dei migranti forzati.

Figure 11 | Refugees, people in refugee-like situations and other people in need of international protection by host country | end-2022



⁵⁷ The figure for the Russian Federation includes 65,400 Ukrainians who were granted refugee or temporary asylum status, as well as those recorded in the country in 2022 under other forms of stay.

Per il governo italiano – Meloni-Salvini – i migranti provenienti dal Sud del mondo non sono persone da proteggere e assistere. Sono una minaccia: c'è in gioco la sostituzione etnica. Quindi i migranti con la pelle scura – forzati o non forzati che siano – noi non vogliamo che arrivino. Nella notte tra il 25 e 26 febbraio scorso un barcone, con il mare in tempesta, si sta avvicinando alle coste calabresi. Si sarebbe dovuto intervenire, ma non fu fatto. Il barcone, proveniente dalla Turchia carico di migranti in fuga da Afghanistan, Pakistan, Iraq, Siria e Somalia, si schianterà a pochi metri dalla spiaggia di Steccato di Cutro provocando la morte di almeno 94 persone, di cui 35 minori (alcune delle quali decedute per il freddo, dato il ritardo con cui arrivarono i soccorsi). Il comportamento del governo è stato sprezzante: neppure un saluto ai superstiti o davanti alle bare in fila nel palasport di Crotona. Con un messaggio molto chiaro: *non partite perché nessuno verrà a soccorrevi*. Rinforzato dalla predica del ministro Piantedosi: «la disperazione non può mai giustificare condizioni di viaggio che mettono in pericolo la vita dei propri figli».

Messaggi e prediche che non ottengono l'effetto sperato. Né sortisce esito alcuno la guerra “totale” agli scafisti. Di mese in mese la quantità degli sbarchi cresce fino a raggiungere – nel periodo 1° gennaio-24 luglio 2023 – quota 86.132, più del doppio rispetto allo stesso periodo del 2022.

Il Presidente Meloni (che aveva promesso ai suoi elettori nientemeno che il blocco navale per impedire l'arrivo dei migranti) inizia allora un frenetico andirivieni con la Tunisia (diventata nel frattempo il principale punto di partenza della rotta Africa-Italia) per convincere a suon di dollari il presidente Saied a fermare le partenze. Ma non basta. Bisogna organizzare in gran fretta qualcosa di più grande che la solita visita a Tunisi o in Libia. Così domenica 23 luglio si tiene a Roma, alla Farnesina, una Conferenza internazionale su sviluppo e immigrazione a cui partecipano 21 paesi (assente la Germania, l'unico paese che avrebbe potuto dare qualche consiglio su come gestire le migrazioni forzate) che nelle intenzioni di Palazzo Chigi dovrebbero diventare i principali interlocutori di una nuova collaborazione con la sponda sud del Mediterraneo.

E qui ci fermiamo per lasciare a Lucio Caracciolo il commento della conferenza di Roma.

La fobia dello straniero nell'Italia che muore di Lucio Caracciolo, La Stampa del 24 luglio 2023

Alla grande conferenza di Roma su sviluppo e migrazioni i governanti europei, a cominciare dai nostri, non parlano che di fermare i migranti irregolari. Comprensibile e persino commendevole, magari cominciando a rendere meno impossibile approdare in Italia e in Europa per via regolare, come assicura Meloni. Finora

pare non si riesca a inventare nulla di meglio che finanziare regimi arabi mediterranei perché sbarrino la loro frontiera terrestre con l’Africa profonda, facendo leva sul diffuso disprezzo per i neri. Il caso tunisino è modello. Morire pugnalati nel Sahara come alternativa ad affogare nel Mediterraneo? Confidiamo che persuasione morale e incentivi economici del nostro governo nei confronti del presidente Saied – non più né meno dittatore di quasi tutti i suoi colleghi nordafricani – migliorino il clima a Sfax e dintorni.

Eppure la grande nuvola mediatica alimentata da esponenti e ministri della destra continua a battere sull’incubo dell’invasione. E anche a sinistra ogni tanto uno squillo rimbomba. Fino a scivolare nel puro complottismo, evocando il mostro della “sostituzione etnica”. Sempreverde teoria per cui misteriose élite cosmopolitiche organizzerebbero la liquidazione della razza bianca per imporre il dominio di neri e alieni vari nel Vecchio Continente. Italia in testa. Come se noi italiani, per fortuna uno dei popoli più “impuri” al mondo, fossimo gli eredi diretti di Giulio Cesare o i greci discendessero da Pericle.

Fin qui classico razzismo. Ma colpisce il tentativo di mettere insieme migrazioni e complotto anti-italiano in un Paese che ha nel declino demografico il suo tallone di Achille. La nostra priorità dovrebbe consistere in robuste politiche di sostegno alla famiglia e alla natalità insieme a costanti flussi migratori, regolari e gestiti per quote con Paesi stranieri, per evitare la desertificazione del Belpaese. Altro che sostituzione etnica: qui rischiamo lo spopolamento, con una popolazione anziana di proporzioni insostenibili, sufficienti a sovvertire l’equilibrio sociale. Oggi un italiano su quattro ha almeno 65 anni, fra vent’anni sarà uno su tre. Le classi scolastiche si svuotano – i ragazzi fra i 3 e i 18 anni sono oggi 8 milioni e mezzo, saranno 7 fra vent’anni – e le iscrizioni alle università calano di brutto. Bassa natalità e invecchiamento della popolazione ci spingono verso un drastico declino, non solo economico. E noi ci preoccupiamo del colore della pelle di chi abita lo Stivale?

Forse converrebbe spendere almeno parte delle energie con cui alimentiamo la paura dei migranti per studiare e combattere la vera emergenza nazionale. Né possiamo ridurla alla dimensione economica e sociale, che pure pesa. È un’emergenza culturale che riguarda il nostro modo di (non) convivere, la concentrazione autistica su se stessi, quasi fossimo noi lo scopo della nostra vita.

La miscela fra emergenza demografica e fobia del migrante – o dell’altro in genere – può innescare circuiti culturali devastanti. I movimenti estremisti violenti e razzisti che hanno insanguinato l’Europa nella prima metà dello scorso secolo sono fioriti sulla narrazione dell’aggressione aliena contro una minoranza minacciata, che intanto dominava il mondo e colonizzava Afriche e Asie. Per tacere del segregazionismo americano, tutt’altro che domato.

È difficile affrontare con piglio propositivo questioni esistenziali di tanto calibro, coscienti come siamo di non poterle risolvere nel breve periodo. Ma per poterle gestire e curare non con magie improbabili ma via terapie da affinare è meglio concentrarci sulla realtà. E scacciare i fantasmi. Specie in tempo di guerra.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/07/migrazioni-forzate-e-sostituzione-etnica/>

Indagine Italia Longeva. Tra il 2011 e il 2021 aumentati dal 26 al 40% gli italiani in condizioni di fragilità lieve, moderata o severa. quotidiano [sanita.it](https://www.quotidiano.sanita.it)

Effettuata in collaborazione con la Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG) e la Direzione Programmazione del Ministero della Salute, l’indagine è stata presentata oggi al Ministero della Salute nel corso dell’ottava edizione degli “Stati Generali dell’assistenza a lungo termine - Long-Term Care EIGHT”

In Italia, ai primi posti al mondo per longevità, la fragilità cresce più velocemente dell’aspettativa di vita: tra il 2011 e il 2021, gli italiani sopra i cinquant’anni con fragilità lieve, moderata o severa sono passati dal **26%** al **40%** (oltre **11 milioni** di persone), con un trend di crescita costante.

A preoccupare è, in particolare, **l'espansione della prevalenza di fragilità severa** che si è più che raddoppiata (dall'**1,4%** al **3,7%**), arrivando a interessare **oltre 1 milione di over-50, soprattutto ultrasessantenni**. Gli anziani affetti da fragilità severa vanno maggiormente incontro a disabilità grave e ospedalizzazioni ricorrenti, e presentano un **rischio relativo di morte** a un anno di **35 volte** superiore rispetto a quello della popolazione senza fragilità. In crescita anche il numero di **over-50 con fragilità moderata**, oltre **2,5 milioni** di italiani, anche in questo caso in prevalenza ultrasessantenni. Tuttavia, all'espansione della fragilità dell'ultimo decennio il sistema non ha risposto con altrettanta espansione dei servizi di assistenza domiciliare e delle cure residenziali che, sebbene in lieve crescita, sono rimasti sottopotenziati rispetto ai bisogni degli anziani, in particolar modo nelle regioni del Sud Italia.

È quanto emerge dall'Indagine di Italia Longeva "[Trend di fragilità e Long-term care in Italia](#)" che ha realizzato una misurazione su larga scala della fragilità nella popolazione over-50, prendendo in esame oltre 8 milioni di cartelle cliniche di pazienti in carico ai medici di medicina generale tra il 2011 e il 2021 (per l'80% affetti da almeno due patologie croniche), valutati attraverso l'Indice di fragilità. Si tratta del primo studio in Italia, e tra i primi in Europa, effettuato su trend di fragilità così protratti e in una popolazione tanto ampia.

L'indagine, curata da **Italia Longeva** in collaborazione con la **Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)** e la **Direzione Programmazione del Ministero della Salute**, è stata presentata oggi al Ministero della Salute nel corso dell'ottava edizione degli "**Stati Generali dell'assistenza a lungo termine - Long-Term Care EIGHT**", l'appuntamento annuale di Italia Longeva che riunisce gli attori che, ai vari livelli, si occupano di programmare e gestire l'assistenza agli anziani.

Al centro del confronto, lo stato dell'arte e le sfide in atto per la riorganizzazione, l'integrazione e la digitalizzazione della rete dei servizi territoriali all'indomani della pandemia.

Tra i focus anche il ruolo dei farmaci equivalenti nella long-term care, oggetto del Paper di Italia Longeva "**Preferenze ed attitudine del paziente anziano rispetto all'uso del farmaco equivalente in Italia**", che ha posto l'attenzione su un tema di grande rilevanza nell'attuale contesto economico e socio-demografico, anche nell'ottica di promuovere iniziative di sensibilizzazione.

"L'analisi di Italia Longeva sui trend di fragilità, nata dalla collaborazione tra geriatri e medici di medicina generale, mostra che il numero di adulti over-50 affetti da fragilità sta crescendo sensibilmente nel tempo e ha raggiunto tassi non irrilevanti.

Questa osservazione ci esorta a mettere in campo strumenti mirati all'identificazione precoce di questi individui all'interno della comunità", commenta **Roberto Bernabei**, presidente di Italia Longeva.

"Sapere come evolve nel tempo la condizione di fragilità della popolazione, da cosa è influenzata e in quali aree del Paese si concentra, è un fattore chiave per una buona programmazione sociosanitaria, sia a livello nazionale che regionale, perché permette di anticipare le esigenze assistenziali delle fasce più vulnerabili e di organizzare un'adeguata offerta di assistenza territoriale a lungo termine, facendo sì che l'anziano venga preso in carico nel posto migliore a seconda del grado di complessità dei suoi bisogni".

Per quanto riguarda la mappa della fragilità nelle diverse regioni d'Italia, l'analisi elaborata da **Davide Vetrano**, professore associato di geriatria al Karolinska Institutet di Stoccolma, evidenzia, nel periodo 2011-2021, un aumento generale della prevalenza di fragilità moderata-severa, che segue un gradiente via via crescente da Nord a Sud: la Campania è la regione con più alta prevalenza di fragilità (in media del 15,3%), seguita da Sicilia (13,9%), Puglia (12,9%), Calabria (12,6%) e Umbria (12,3%).

Al contrario, dati di prevalenza più bassi si registrano in Valle D'Aosta (7%) e Piemonte (7,8%). Poiché è proprio dalla presenza di fragilità severa che presumibilmente scaturisce il bisogno di cure domiciliari o residenziali, l'indagine di Italia Longeva ha analizzato anche il rapporto tra il tasso di fragilità negli over-65, l'offerta regionale di posti letto nelle residenze socioassistenziali (RSA) e i servizi di assistenza domiciliare (ADI).

Il quadro che emerge è ancora una volta eterogeneo lungo la penisola: sono le regioni del Nord (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino Alto Adige) insieme a Marche e Toscana ad offrire servizi di ADI o RSA proporzionati al numero di anziani con fragilità severa residenti nella stessa regione.

"Nel corso degli anni, ad una documentata espansione della fragilità, dato riscontrato anche in altri Paesi, in Italia non siamo stati in grado di far corrispondere una proporzionata crescita dei servizi che offrono cure domiciliari e residenziali. Il fenomeno va stretto in una morsa, da un lato investendo in prevenzione della multimorbilità e fragilità, dall'altro, potenziando la rete della long-term care", spiega **Davide Vetrano**, consulente scientifico di Italia Longeva.

I dati del Ministero della Salute sull'**offerta di assistenza domiciliare (ADI) e residenziale (RSA)**, censiti da Italia Longeva all'interno dell'Indagine, mostrano un aumento progressivo degli anziani che hanno beneficiato di questi servizi tra il 2014 e il 2022, sebbene l'incremento sia moderato e con una forte variabilità regionale dell'offerta. Se nel 2014 è stato assistito in ADI l'1,9% degli over-65 residenti in Italia (poco più di 250.000 anziani), nel 2022 è stato interessato il 3,27% degli ultrasessantacinquenni (circa 460.000 individui). Un trend positivo si è registrato anche per il numero di anziani accolti nelle RSA che è passato dal 2,17% degli over-65 nel 2017 (poco più di 296.000 persone) al 2,58% nel 2022 (oltre 360.000 anziani).

“Il timido incremento dell'offerta di ADI e RSA è positivo ma non basta a soddisfare i bisogni della crescente fetta di popolazione anziana affetta da fragilità. È evidente che se non si inverte questa traiettoria, il servizio sanitario non sarà più in grado di sostenere il peso della fragilità, che va di pari passo con l'aumento del carico di patologie croniche. L'imperativo, oggi, è di non sprecare l'occasione del PNRR per riorganizzare il sistema delle cure territoriali, destinando risorse, strutture e professionalità adeguate a garantire una risposta efficace alle necessità dei nostri anziani”, conclude Bernabei.

Si è parlato naturalmente anche di vaccinazioni dedicate agli anziani. “I vaccini possono essere una garanzia per una vita longeva e in salute anche durante la senilità. Vorrei vivere il più a lungo possibile in salute, potendo fare ciò che amo. Oggi si vive più a lungo, ma senza garanzie per la salute”, ha detto Fabio Landazabal, presidente e amministratore delegato Gsk. “Le persone anziane sono sempre più fragili e costrette a convivere con patologie - ha evidenziato Landazabal - Un esempio importante è quello che è stato fatto durante la pandemia Covid-19 dalle aziende farmaceutiche che hanno sviluppato, in un solo anno, un vaccino in grado di arginare gli effetti del virus. In Italia si investe solo il 5% in prevenzione vaccinale ed è difficile pertanto misurare la copertura vaccinale nell'anziano. Dal 2022 stiamo aspettando la pubblicazione di un Piano vaccinale, che auspichiamo sarà diffuso al più presto e che renda accessibile la vaccinazione in tutta Italia, senza differenze demografiche o di regione.

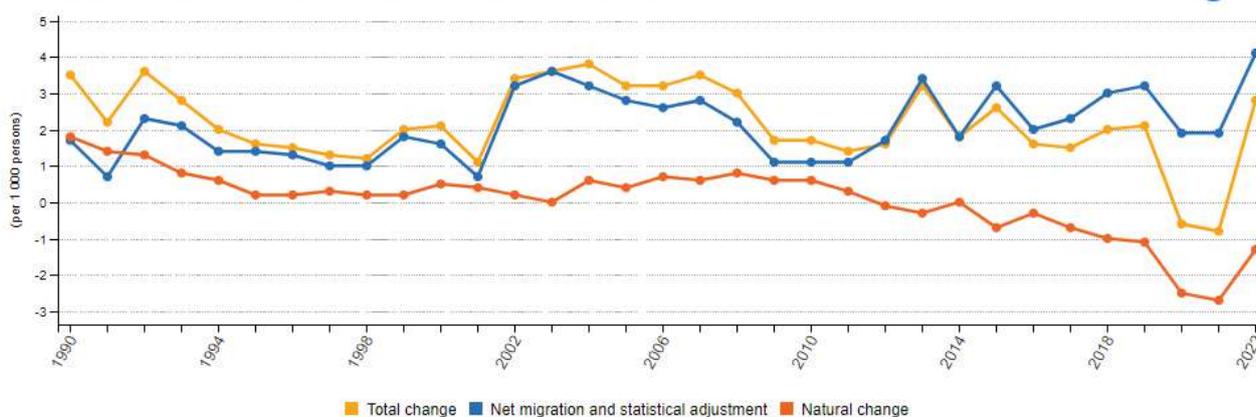
Come azienda farmaceutica, Gsk Pharma è qui per presentare le proprie innovazioni - ha poi concluso - e portare un cambiamento alla concezione dell'invecchiamento, per passare da una accezione in cui l'anziano è percepito come fragile ad una in cui questo viene percepito come longevo in salute”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115443



Statistiche sulla popolazione e sui cambiamenti demografici. Eurostat. Statistics Explained

Variation of the population by component (crude rates), EU, 1990-2022



Nota: esclusi i dipartimenti francesi d'oltremare fino al 1997 compreso. Interruzioni nelle serie: 1991, 1998, 2000-01, 2008, 2010-12, 2014, 2015, 2017, 2019, 2021 e 2022.

2022: stima Eurostat

Fonte: Eurostat (codice dati online: demo_gind)

Questo articolo fornisce una panoramica dello sviluppo della popolazione [dell'Unione europea \(UE\)](#), specificando le due componenti del [cambiamento demografico](#): [il cambiamento naturale della popolazione](#) e [la migrazione netta](#) più l'adeguamento statistico.

Ulteriori informazioni sulla migrazione netta sono fornite in un articolo sulle [statistiche sulla migrazione e sulla popolazione migrante](#).

Mentre i dati sulla popolazione per il 1° gennaio 2023 tengono conto dei risultati [del censimento della popolazione](#) del 2021, i dati sulla popolazione riferiti al 1° gennaio 2022 e agli anni precedenti potrebbero non essere stati rivisti.

Questa interruzione delle serie può influire in particolare sulle statistiche demografiche per l'anno 2022.

La popolazione dell'UE mostra un forte aumento nel 2022

Dopo una prima interruzione della crescita della popolazione nel 2020 e nel 2021 a causa dell'impatto della pandemia di Covid-19, la popolazione dell'Unione europea [in 27 paesi](#) è nuovamente aumentata nel 2022, passando da 446,7 milioni il 1° gennaio 2022 a 448,4 milioni il 1° gennaio 2023. La variazione naturale negativa (più morti che nascite) è stata superata dal saldo migratorio positivo.

La crescita della popolazione osservata può essere in gran parte attribuita all'aumento dei movimenti migratori post-COVID-19 e all'afflusso massiccio di sfollati dall'Ucraina che hanno ricevuto lo status di protezione temporanea negli Stati membri dell'UE, a seguito dell'invasione russa nel febbraio 2022.

In un periodo più lungo, la popolazione dell'UE è passata da 354,5 milioni nel 1960 a 448,4 milioni il 1° gennaio 2023, con un aumento di 93,9 milioni di persone (cfr. figura 1).

Il tasso di crescita della popolazione è rallentato gradualmente negli ultimi decenni: ad esempio, la popolazione dell'UE è aumentata, in media, di circa 0,8 milioni di persone all'anno nel periodo 2005-2022, rispetto a un aumento medio di circa 3,0 milioni di persone all'anno durante gli anni '60.

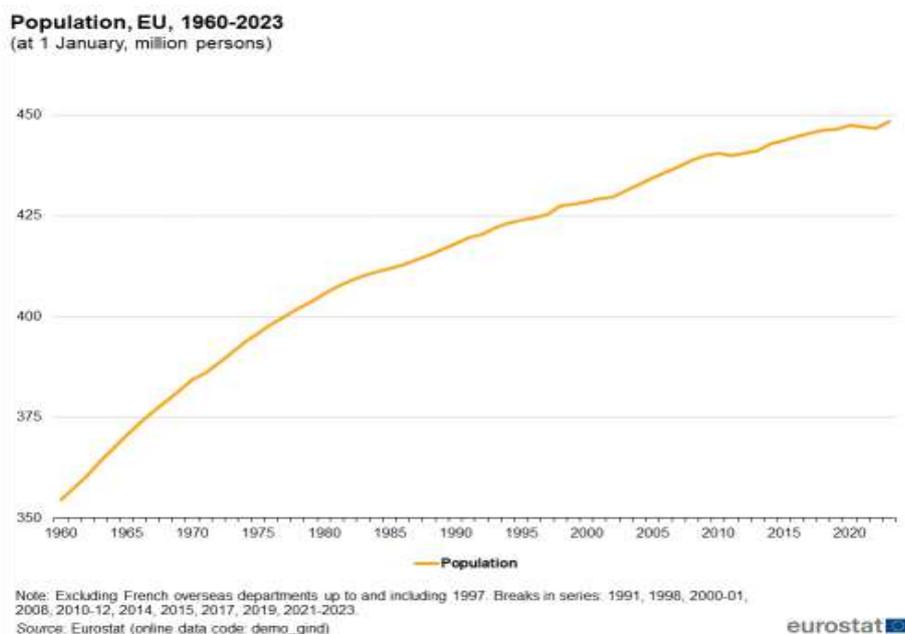


Figura 1: Popolazione, UE, 1960-202 al 1° gennaio, milioni di persone) Fonte: Eurostat ([demo_gind](#))

La variazione naturale della popolazione dell'UE è stata positiva, sebbene in diminuzione, fino al 2011, e poi negativa dal 2012, con più morti che nascite registrate nell'UE (figura 2). La variazione complessiva dopo il 2011 (positiva fino al 2019, con 7,5 milioni di abitanti in più tra gennaio 2012 e gennaio 2020) è quindi dovuta al saldo migratorio (e all'aggiustamento statistico). Mentre nel 2020 e nel 2021 il saldo migratorio (positivo) non ha più compensato il cambiamento naturale negativo nell'UE, nel 2022 la tendenza si è invertita e, di conseguenza, la popolazione totale dell'UE è aumentata.

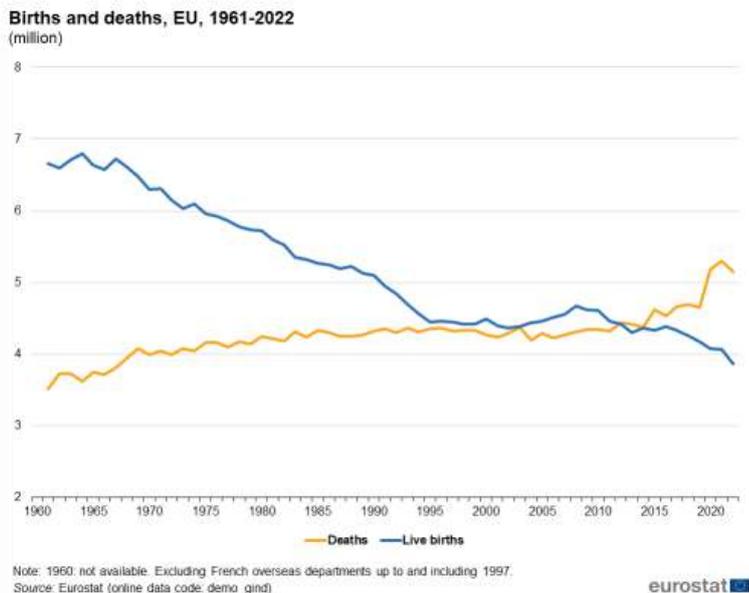


Figura 2: Nascite e decessi, UE, 1961-2022, (milioni) Fonte: Eurostat ([demo_gind](#))

Nel 2022, *i decessi* hanno continuato a superare *i nati vivi* nell'UE, determinando il suddetto cambiamento naturale negativo della popolazione. L'aumento totale registrato nel 2022 per la popolazione dell'UE è dovuto esclusivamente al saldo migratorio (positivo) (e all'adeguamento statistico), mentre il numero dei decessi (5,15 milioni) ha superato quello dei nati vivi (3,86 milioni).

In breve, la variazione naturale della popolazione dell'UE (-1,3 milioni di persone) è stata inferiore al saldo migratorio e all'aggiustamento statistico (+2,9 milioni), determinando un aumento della popolazione di quasi 1,7 milioni. Il saldo migratorio è aumentato in valore assoluto da +1,1 milioni nel 2021 a +2,9 milioni nel 2022.

La migrazione netta nell'UE è aumentata considerevolmente dalla metà degli anni '80 in poi ed è stata la principale determinante della crescita della popolazione dagli anni '90 (cfr. figura 3).

Il numero dei nati vivi è diminuito progressivamente tra il 1960 e il 1995, mentre il numero dei decessi è lentamente aumentato. Il divario tra nati vivi e decessi nell'UE si è notevolmente ridotto dal 1961 in poi e il cambiamento naturale della popolazione è diventato negativo nel 2012, quando il numero dei decessi ha superato il numero delle nascite.

Si prevede che il numero di decessi aumenterà ulteriormente a causa dell'invecchiamento della popolazione e, supponendo che i tassi di fertilità rimangano a un livello relativamente basso, il cambiamento naturale negativo (più morti che nascite) potrebbe continuare. Se questo dovesse essere il caso,

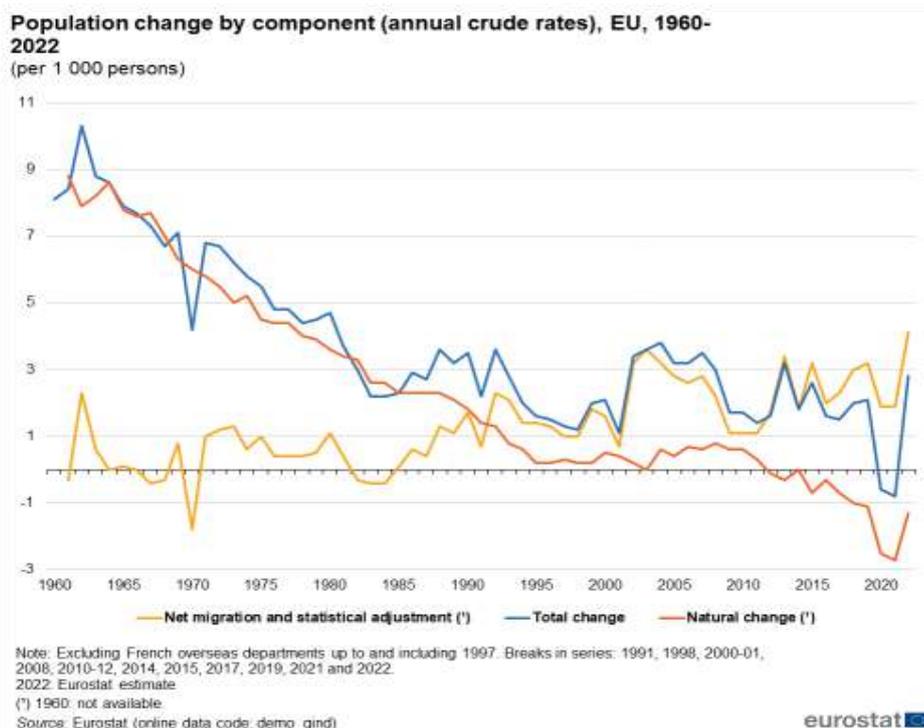


Figura 3: variazione della popolazione per componente (tassi grezzi annui), UE, 1960-2022 (per 1 000 persone)
Fonte: Eurostat ([demo_gind](#))

Cambiamento demografico a livello nazionale

La popolazione dei singoli Stati membri dell'UE al 1° gennaio 2023 variava da 0,5 milioni a Malta a 84,4 milioni in Germania (cfr. tabella 1). Germania, Francia e Italia insieme costituivano quasi la metà (47 %) della popolazione totale dell'UE al 1° gennaio 2023.

Demographic balance, 2022

(thousands)

	Population, 1 January 2022	Live births	Deaths	Natural change (*)	Net migration and statistical adjustment (†)	Total change between 1 January 2022 and 2023	Population, 1 January 2023
EU (*)	446,735.3	3,885.6	3,749.6	-1,263.0	4,054.7	2,791.7	449,527.0
Belgium (‡)	11,617.6	114.1	716.4	-2.3	138.7	136.4	11,754.0
Bulgaria (‡)	6,836.9	56.6	118.8	-62.2	27.4	-34.8	6,447.7
Czechia (‡)	10,516.7	101.3	120.2	-18.9	329.7	310.8	10,827.5
Denmark	5,873.4	58.4	59.4	-1.0	60.2	59.2	5,932.7
Germany	83,237.1	738.9	1,066.3	-327.5	1,449.2	1,121.7	84,368.8
Estonia	1,331.6	11.6	17.3	-5.7	39.8	34.1	1,365.9
Ireland	5,060.0	57.8	35.1	22.5	117.8	134.3	5,194.3
Greece (‡)(§)	10,459.9	75.9	740.0	-64.1	-1.7	-65.7	10,394.1
Spain (‡)(¶)	47,432.9	329.9	462.7	-132.8	695.7	562.9	48,068.6
France (‡)	67,871.9	723.8	667.2	56.4	142.4	198.8	68,070.7
Croatia	3,862.3	33.9	57.0	-23.1	11.7	-11.4	3,850.9
Italy (‡)(§)	59,030.1	292.6	732.5	-320.9	147.5	-179.4	58,850.7
Cyprus (‡)	904.7	10.2	7.3	2.9	13.1	16.0	920.7
Latvia	1,875.9	16.0	30.7	-14.9	22.0	7.3	1,883.0
Lithuania	2,806.0	22.1	42.0	-20.8	72.1	51.3	2,857.3
Luxembourg	645.4	6.5	4.4	2.0	13.4	15.4	660.8
Hungary (‡)	9,689.0	89.7	136.8	-47.2	36.0	-10.5	9,597.1
Malta (‡)	521.0	4.3	4.2	0.1	21.8	21.9	542.1
Netherlands	17,590.7	167.5	170.1	-2.6	223.2	220.6	17,811.3
Austria	8,978.9	82.8	93.3	-10.7	136.5	125.8	9,104.8
Poland (‡)	37,654.2	305.1	489.4	-143.3	7.3	-136.0	36,753.7
Portugal	10,362.0	83.7	124.3	-40.6	156.0	115.3	10,467.4
Romania (‡)	19,042.5	163.6	272.0	-88.4	97.5	9.1	19,051.6
Slovenia	2,107.2	17.6	22.5	-4.9	14.5	9.6	2,116.8
Slovakia	5,434.7	52.7	59.8	-6.9	1.0	-5.9	5,428.8
Finland	5,548.2	45.0	63.2	-18.3	34.0	15.7	5,564.0
Sweden (‡)	10,452.3	104.7	94.7	10.0	59.2	69.2	10,521.5
Iceland	376.2	4.4	2.7	1.7	9.8	11.5	387.8
Liechtenstein	39.3	0.4	0.3	0.1	0.3	0.4	39.7
Norway	5,425.3	51.5	45.8	5.7	56.0	61.7	5,487.0
Switzerland	3,736.8	62.4	74.4	-12.0	66.0	72.9	3,809.7
Bosnia and Herzegovina							
Montenegro	617.7	7.0	7.1	0.0	-0.9	-1.0	616.7
North Macedonia (‡)	1,837.1	18.1	22.5	-4.4	-2.9	-7.2	1,830.0
Albania	2,793.6	24.7	24.0	0.7	-32.5	-31.8	2,761.8
Serbia	6,797.1	62.7	109.2	-46.5	-86.2	-132.7	6,664.4
Turkey	84,680.3	1,035.8	504.8	531.0	68.3	600.3	85,279.8
Ukraine							
Georgia							3,736.4
Kosovo (‡)							
Moldova							2,512.8

(-) not available

(†) Live births minus deaths

(‡) Total change minus natural change

(§) Provisional for 2023

(¶) Break in series in 2023. The components of the demographic balance are estimated by Eurostat using two consistent population figures

(*) Estimate

(†) Break in series in 2022

(‡) This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo declaration of independence

eurostat

Source: Eurostat (online data code: demo_gind)

Tabella 1: Bilancio demografico, 2022, (migliaia), Fonte: Eurostat ([demo_gind](#))

Mentre la popolazione dell'UE nel suo complesso è leggermente aumentata nel 2022 (1,7 per 1 000 persone), la variazione non è stata distribuita uniformemente tra gli Stati membri dell'UE: 20 Stati membri hanno osservato un aumento delle rispettive popolazioni, mentre la popolazione è diminuita in 7 Stati membri.

Malta (41,2 per 1000 persone), Cechia (29,1) e Irlanda (26,2) hanno registrato i tassi di crescita della popolazione più elevati nel 2022, mentre Grecia (-6,3), Bulgaria (-5,4) e Polonia (-3,7) hanno registrato le diminuzioni più elevate (cfr. Tavolo 2).

Tuttavia, i risultati dovrebbero essere considerati provvisori, poiché le statistiche per l'anno 2022 potrebbero essere influenzate da dati demografici non rivisti all'inizio dell'anno successivo al censimento della popolazione del 2021.

Crude rates of population change, 2020-22

(per 1 000 persons)

	Total change			Natural change			Net migration and statistical adjustment (*)		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
EU	-0.6	-0.4	-5.2	-2.5	-2.8	-2.8	1.9	2.4	9.7
Belgium	2.8	6.6	11.7	-1.1	0.5	-0.2	3.9	6.1	11.9
Bulgaria (*)	-5.0	-11.3	-5.4	-9.5	-13.1	-9.5	4.4	1.8	4.2
Czechia	0.7	2.1	29.1	-1.8	-2.7	-1.8	2.5	4.8	30.9
Denmark	3.0	5.7	10.0	1.1	1.1	-0.2	1.9	4.6	10.2
Germany	-0.1	1.0	13.4	-2.6	-2.7	-3.9	2.4	3.7	17.3
Estonia	0.8	1.3	25.3	-2.0	-4.0	-4.2	2.6	5.3	29.5
Ireland	8.4	10.7	20.2	4.7	5.0	4.4	3.7	5.6	21.8
Greece	-3.7	-7.0	-5.3	-4.3	-5.5	-5.7	0.6	-1.6	-0.2
Spain (*)	1.4	0.7	11.8	-3.2	-2.4	-2.8	4.6	3.1	14.6
France (*)	2.5	2.7	2.9	1.0	1.2	0.0	1.5	1.5	2.1
Croatia	-5.4	-39.7	-3.0	-5.2	-8.6	-6.0	-0.2	-39.1	3.0
Italy	-6.8	-4.3	-3.0	-6.8	-5.2	-5.4	-1.2	1.0	2.4
Cyprus	9.0	9.7	17.5	3.9	3.4	3.2	5.0	6.3	14.4
Latvia	-7.6	-9.3	-3.9	-5.9	-9.1	-7.9	-1.7	-0.2	11.7
Lithuania	0.6	3.7	19.1	6.6	6.7	7.4	7.2	12.4	25.5
Luxembourg	13.7	15.7	23.6	2.9	3.4	3.1	10.7	13.2	20.5
Hungary (*)	-4.0	-4.3	-1.1	-4.9	-6.4	-4.9	0.9	2.1	3.8
Malta (*)	3.0	9.4	41.2	0.6	0.4	0.1	2.3	8.9	41.0
Netherlands	3.9	6.6	12.5	0.0	0.5	-0.1	3.9	6.1	12.6
Austria	3.5	5.2	13.9	0.9	-0.7	-1.2	4.4	5.9	15.1
Poland (*)	-3.1	-4.9	-3.7	-3.2	-5.0	-3.9	0.1	0.1	0.2
Portugal (*)	0.2	5.2	11.1	-3.8	-4.4	-3.9	4.0	9.6	15.0
Romania (*)	-6.6	-8.6	0.5	-5.2	-8.2	-4.6	-1.4	0.4	5.7
Slovenia	6.2	-0.9	4.6	-2.5	-2.0	-2.3	8.7	1.2	6.9
Slovakia	0.3	-4.6	-1.1	-0.4	-3.1	-1.3	0.8	-1.5	0.2
Finland	1.5	2.6	2.8	-1.6	-1.5	-3.3	3.2	4.1	6.1
Sweden	5.0	7.0	6.6	1.4	2.1	1.0	3.5	4.9	5.6
Iceland	12.7	20.0	30.1	6.0	8.8	4.4	6.7	13.2	25.7
Liechtenstein	7.9	6.8	9.4	0.9	2.7	2.2	7.0	3.8	7.2
Norway	4.4	6.3	11.7	2.3	2.6	1.0	2.1	3.7	10.6
Switzerland	7.4	7.6	8.4	1.1	2.1	0.9	6.3	5.5	7.5
Bosnia and Herzegovina									
Montenegro	-1.9	-4.9	-1.6	-0.3	-3.4	-0.1	-1.5	-1.5	-1.5
North Macedonia	-3.6	-118.9	-3.9	-3.2	-5.1	-2.4	0.4	-113.8	-1.5
Albania	-5.7	-12.9	-11.5	0.2	-1.2	0.2	-5.9	-11.7	-11.7
Serbia	-8	-10.9	-19.7	-8	-10.9	-6.9	0	0	-12.6
Turkey	5.5	12.7	7.1			6.2	4.9		0.8
Ukraine									
Georgia			12.9			-1.8			14.7
Kosovo (*)									
Moldova			-35.6			-3.6			-32.0

(.) not available

(*) The statistical adjustment corresponds to all changes in the population that cannot be classified as births, deaths, immigration and emigration

(*) Break in series in 2021

(*) Provisional in 2022

(*) Break in series in 2022

(*) Estimate in 2022

(*) Break in series in 2023. The components of the demographic balance are estimated by Eurostat using two consistent population figures

(*) This designation is without prejudice to positions on status, and is in line with UNSCR 1244/1999 and the ICJ Opinion on the Kosovo declaration of independence

eurostat

Source: Eurostat (online data code: demto_gind)

Tabella 2: Tassi grezzi di variazione della popolazione, 2020-22, (per 1 000 persone),
Fonte: Eurostat ([demo_gind](#))

Analizzando le due componenti del cambiamento demografico nei dati nazionali, è possibile identificare otto tipi di cambiamento demografico, distinguendo la crescita o il declino e i pesi relativi del cambiamento naturale e della migrazione netta - vedere la tabella 3 per la tipologia completa.

Nel corso del 2022, i sei paesi dell'UE (Irlanda, Cipro, Lussemburgo, Svezia, Francia e Malta) hanno registrato un aumento naturale positivo della popolazione.

Un totale di 21 Stati membri dell'UE ha avuto tassi di variazione naturale negativi, con i decessi che superano maggiormente le nascite in Bulgaria (-9,6 per 1 000 persone), seguita da Lettonia (-7,9) e Lituania (-7,4).

In termini relativi, un totale di 26 Stati membri dell'UE ha registrato tassi positivi di migrazione netta (e aggiustamento statistico): Malta (41,0 per 1 000 persone), Cechia (30,9) ed Estonia (29,5) hanno registrato i tassi grezzi di migrazione netta più elevati in 2022, mentre la Grecia (-0).

Contribution of natural change and net migration (and statistical adjustment) to population change, 2022

Demographic drivers	EU Member States, EFTA countries and enlargement countries
Growth due:	
only to natural change	-
more to natural change	Turkey
more to positive net migration (and adjustment)	Belgium, Ireland, France, Cyprus, Luxembourg, Malta ^(*) , Sweden
only to positive net migration (and adjustment)	Czechia, Denmark, Germany, Estonia, Spain ^(*) , Latvia, Lithuania, Netherlands, Austria, Portugal ^(*) , Romania, Slovenia, Finland, Iceland, Liechtenstein, Norway, Switzerland
Decline due:	
only to natural change	Bulgaria ^(*) , Greece, Italy, Hungary ^(*) , Poland ^(*) , Slovakia
more to natural change	Greece, North Macedonia
more to negative net migration (and adjustment)	Albania, Montenegro, Serbia, Moldova
only to negative net migration (and adjustment)	-

(*) Population on 1.1.2022 is based on the provisional results of the Census 2021.

(*) Net migration (and adjustment) not available.

(*) Break in series in 2023. The components of the demographic balance are estimated by Eurostat using two consistent population figures.



Source: Eurostat (online data code: demo_gind)

Tabella 3: Contributo della variazione naturale e del saldo migratorio (e aggiustamento statistico) alla variazione demografica, 2022, *Fonte:* Eurostat ([demo_gind](#))

Tra i 20 Stati membri dell'UE in cui la popolazione è aumentata nel 2022, sei paesi (Irlanda, Francia, Cipro, Lussemburgo, Malta e Svezia) hanno registrato sia un aumento naturale sia un saldo migratorio positivo che ha contribuito alla loro crescita demografica.

In 14 Stati membri (Belgio, Cechia, Danimarca, Germania, Estonia, Spagna, Lettonia, Lituania, Paesi Bassi, Austria, Portogallo, Romania, Slovenia e Finlandia), il saldo migratorio positivo è stato il motore della crescita della popolazione, poiché il cambiamento naturale della popolazione è stato negativo.

Dei 7 Stati membri dell'UE che hanno registrato una riduzione del livello della popolazione durante il 2022, solo la Grecia ha registrato un calo della popolazione a causa di un saldo naturale negativo e di un saldo migratorio negativo. Per gli altri sei paesi (Bulgaria, Croazia, Italia, Ungheria, Polonia e Slovacchia) l'effetto del saldo migratorio positivo non è stato sufficiente a compensare la variazione naturale negativa.

Dati di origine per tabelle e grafici

Origine dei dati

Il bilancio demografico fornisce una panoramica degli sviluppi demografici annuali negli Stati membri dell'UE; le statistiche sulla variazione della popolazione sono disponibili in cifre assolute e come tassi grezzi. Il "tasso grezzo di crescita della popolazione" è il rapporto tra la crescita della popolazione totale durante l'anno e la popolazione media dell'area in questione in quell'anno. Il valore è espresso per 1 000 persone (vedi [Glossario della popolazione](#)).

La variazione della popolazione - o la crescita della popolazione - in un dato anno è la differenza tra la dimensione della popolazione al 1° gennaio dell'anno in questione e il livello corrispondente dal 1° gennaio dell'anno precedente. Si compone di due componenti: il saldo naturale e il saldo migratorio più l'aggiustamento statistico. Il "cambiamento naturale della popolazione" è la differenza tra il numero di nati vivi e il numero di morti.

Se il cambiamento naturale è positivo, viene spesso indicato come un aumento naturale. Il “netto migratorio” è la differenza tra il numero di immigrati e il numero di emigrati. Nel contesto del bilancio demografico annuale, Eurostat produce dati sulla migrazione netta prendendo la differenza tra la variazione totale della popolazione e la variazione naturale; pertanto, questo concetto è indicato come "migrazione netta più aggiustamento statistico".

Eurostat raccoglie dati demografici dagli istituti nazionali di statistica (INS) degli Stati membri dell'UE e anche da quasi tutti gli Stati non membri dell'UE in Europa, compresi i paesi EFTA, i paesi candidati e potenziali candidati.

I dati sulla popolazione trasmessi dai paesi possono essere basati sui dati del censimento più recente rettificati dalle componenti della variazione della popolazione (nati vivi, decessi, immigrazione ed emigrazione) prodotti dall'ultimo censimento o basati sui registri della popolazione.

Le stime della popolazione prodotte utilizzando le componenti demografiche dall'ultimo censimento dovrebbero quindi essere riviste una volta che i risultati del censimento saranno disponibili, per rivedere e ribasare le serie statistiche sulla popolazione per il decennio precedente.

In linea con il regolamento (CE) n. 763/2008 e i relativi atti di esecuzione, Gli Stati membri e i paesi dell'EFTA hanno attuato i loro censimenti della popolazione e delle abitazioni nel 2021-2022. I paesi possono decidere di effettuare revisioni post-censimento della demografia e delle statistiche sulla migrazione internazionale per l'ultimo periodo intercensale (2012-2021) a seconda dei risultati del censimento.

Contesto

Le statistiche sui cambiamenti demografici e sulla struttura della popolazione sono sempre più utilizzate per sostenere l'elaborazione delle politiche e per consentire il monitoraggio del comportamento demografico all'interno di contesti politici, economici, sociali e culturali.

Ciò riguarda in particolare gli sviluppi demografici che si concentrano su una probabile riduzione dell'importanza relativa della popolazione in età lavorativa e un corrispondente aumento del numero di persone anziane.

Queste statistiche possono essere utilizzate a supporto di una serie di analisi diverse, compresi gli studi relativi all'invecchiamento della popolazione e ai suoi effetti sulla sostenibilità della finanza pubblica e del welfare, la valutazione della fecondità come sfondo per le politiche della famiglia, o l'impatto economico e sociale della demografia modifica.

L'UE sta attraversando un periodo di cambiamento demografico e sociale. Si prevede che lo scoppio della pandemia di Covid-19 lascerà un impatto duraturo sul modo in cui viviamo e lavoriamo insieme. L'epidemia è arrivata in un momento in cui l'Europa aveva già attraversato un periodo di profondi cambiamenti demografici e sociali.

Maggiori informazioni sul lavoro della Commissione europea 2019-2024 per affrontare l'impatto del cambiamento demografico in Europa sono disponibili nelle [pagine dedicate](#) della Commissione europea .

Le statistiche sulla demografia dell'Europa sono presentate nella [pubblicazione interattiva di Eurostat](#) .

https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_and_population_change_statistics#EU_population_shows_a_strong_increase_in_2022

Guerre, clima, pandemia. La fame è in aumento nel mondo. Oggi ne soffre quasi un individuo su dieci. E.Dusi. La Repubblica

Elena Dusi

Presentato oggi il rapporto di cinque agenzie delle Nazioni Unite. Le persone malnutrite sono passate da 613 a 735 milioni. Il problema più grave in Africa

La fame aumenta. Quasi un essere umano su dieci non ha cibo a sufficienza. Clima, guerre e pandemia hanno fatto crescere il numero di persone denutrite. Erano 613 milioni nel 2019, oggi sono diventate 735, con una crescita di 122 milioni.

La cifra si riferisce al 2022 e arriva dall'ultimo [rapporto](#) "Lo stato della sicurezza alimentare e della nutrizione nel mondo", elaborato dalle cinque agenzie specializzate delle Nazioni Unite: Fao (Organizzazione per l'alimentazione e l'agricoltura), Ifad (Fondo internazionale per lo sviluppo agricolo), Unicef (Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia), Oms (Organizzazione mondiale della sanità) e Pam (Programma alimentare mondiale).

"Senza un cambiamento di rotta, l'obiettivo di sviluppo sostenibile centrato sulla fine della fame entro il 2030 non sarà raggiunto" avverte il rapporto. Per due anni le statistiche non erano state compilate a causa della pandemia. Oggi il risveglio amaro non sorprende più di tanto, a causa soprattutto di un tris di cause: il Covid appunto, le guerre, Ucraina in primis, e i cosiddetti "shock climatici".

Non tutte le aree del mondo soffrono comunque allo stesso modo. La situazione è in miglioramento in gran parte dell'Asia e in America Latina. Peggiora invece in Asia occidentale, nei Caraibi e soprattutto in Africa. Qui, nell'intero continente, la proporzione di persone affamate e più che doppia rispetto alla media del pianeta: addirittura una su cinque.

"I motivi per sperare non mancano: alcune regioni sono sulla buona strada per conseguire entro il 2030 alcuni obiettivi relativi alla nutrizione. Nel complesso tuttavia occorre venire in soccorso agli obiettivi di sviluppo sostenibile con un energico e immediato intervento a livello mondiale. È necessario creare resilienza contro le crisi e gli shock che provocano l'insicurezza alimentare, dai conflitti alla crisi climatica", ha dichiarato il Segretario generale delle Nazioni Unite, António Guterres, in un video-messaggio trasmesso in occasione della presentazione del rapporto, presso la sede delle Nazioni Unite a New York.

Di "sforzo enorme" necessario per raggiungere la "fame zero" entro il 2030 hanno scritto i direttori delle cinque agenzie delle Nazioni Unite, cui è stata affidata la prefazione del rapporto. L'obiettivo è purtroppo lontano. La stima è che fra sette anni ci siano ancora 600 milioni di persone senza cibo a sufficienza. "I principali fattori responsabili dell'insicurezza alimentare e della malnutrizione sono la nostra 'nuova normalità', per cui non abbiamo altra scelta se non raddoppiare gli sforzi volti a trasformare i sistemi alimentari, facendo leva su di essi per raggiungere i traguardi dell'obiettivo di sviluppo sostenibile 2" sostengono il direttore generale della Fao Qu Dongyu, il presidente dell'Ifad, Alvaro Lario, la direttrice esecutiva dell'Unicef Catherine Russell, la direttrice esecutiva del Pam Cindy McCain e il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus.

Il problema del cibo non riguarda solo la sua carenza. Se si considera il tema dell'alimentazione sana, 3,1 miliardi di persone (il 42% della popolazione) non sono riuscite a permettersela. Anche qui il dato è in peggioramento, con un aumento di 134 milioni di individui rispetto al 2019.

Fra i bambini con meno di 5 anni, 148 milioni (il 22,3%) presentano ritardi nella crescita e 45 milioni (il 6,8%) mostrano segni di eccessiva magrezza. Ma esiste anche il problema opposto. Già a quest'età 37 milioni di bambini (il 5,6% del totale) sono in sovrappeso.

Guardando il futuro, il rapporto sottolinea soprattutto un'incognita: l'urbanizzazione. Si prevede infatti che nel 2050 quasi 7 persone su 10 vivranno in città. È vero che a soffrire di fame sono soprattutto gli abitanti delle aree rurali, ma gli effetti di questo squilibrio sono difficili da anticipare. Per questo il rapporto "raccomanda di improntare interventi politici, azioni e investimenti a una comprensione profonda della mutevole e complessa interazione tra il continuum urbano-rurale e i sistemi agroalimentari".



INTERVISTA | L'allarme di Monsignor Paglia: «Nostri anziani non muoiono di caldo, ma di solitudine e abbandono». Sanità Informazione

A Sanità Informazione Monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la vita, lancia un monito a prendersi cura degli anziani specialmente ora che siamo nel pieno di un'ondata di calore estremo: «Molte famiglie sono eroiche e non lasciano soli genitori e nonni. Basta RSA come quella del dramma di Milano. DDL 33/2023 sia riforma profonda, non ennesima "leggina"...»

Valentina Arcovio

«Dar da bere agli **anziani** non è mai stato così importante e significativo, espressione della volontà di non lasciare solo nessuno. Infatti, non si muore di **caldo**, si muore di solitudine e di **abbandono**». È forte il monito che **Monsignor Vincenzo Paglia**, presidente della Pontificia Accademia per la vita e già presidente della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, lancia da **Sanità Informazione** nel pieno dell'ondata di calore estremo che ha investito l'Italia.

È preoccupato degli effetti che queste temperature elevate possono avere sugli anziani?

«È di qualche giorno fa la notizia di una nuova stima degli anziani morti per l'**ondata di calore** del 2022 in Europa: un articolo di [Nature Medicine](#) parla di oltre 60.000 persone! Come una piccola città scomparsa per il caldo o, meglio, per la mancata risposta allo **stress da calore**».

Teme che gli italiani non si sappiano prendere cura dei propri anziani?

«Non vorrei assimilare in un unico giudizio mondi lontanissimi tra loro. Ci sono famiglie che vivono in modo quasi eroico la difesa e la cura dei loro **cari anziani** ed anzi direi che questo è vero per i più, se teniamo conto di tutti gli over 65, che sono 14 milioni e vivono nella loro stragrande maggioranza a casa. Certo, in famiglie sempre più piccole e sempre più 'lunghe', ove coabitano tre generazioni o anche più, il **problema della assistenza** è molto serio e costringe spesso ad un **impegno di tempo** ed economico molto importante».

Nelle RSA le cose non vanno molto meglio. Penso alla tragedia di qualche giorno a Milano. E all'appello lanciato di recente dal Ministro Schillaci...

«La tragedia di Milano rivela in modo evidente il modo di considerare l'**assistenza agli anziani**. L'impianto antincendio fuori uso e la **scarsità di operatori** nel turno di notte sono rivelatori di un modo di considerare gli anziani davvero come **scarti da gestire** e non come esseri umani. Io mi chiedo e vorrei che ognuno si chiedesse: è giusto vivere così gli ultimi anni della propria vita? In un casermone coi vetri delle finestre difficili da aprire, soli in un **ambiente affollato**, ma sempre soli? O è giusto vivere e morire così a casa, senza uno straccio di aiuto, familiare, o pubblico o privato? Mettiamoci nei panni di questi nonni, di questi padri e madri, ma davvero vogliamo che questo sia il futuro anche dei loro figli quando invecchieranno?».

Cosa ne pensa della riforma per gli anziani?

«Il **ddl 33/2023** rappresenta un **traguardo importante** e insieme un punto di partenza. Ci troviamo ad un bivio, quello di scrivere una ennesima leggina – i cosiddetti **decreti attuativi** della delega – che non cambia le cose e lascia più o meno tutto com'è, oppure avremo il coraggio di una **riforma profonda** per un sistema che

finalmente operi la **presa in carico** degli anziani bisognosi integrando misure sociali, sanitarie e assistenziali. Dobbiamo far presto, il **dramma di Milano** ci interroga».

https://www.sanitainformazione.it/salute/anziani-mons-paglia-non-muoiono-di-caldo-ma-di-solitudine-e-abbandonano/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl18072023&utm_content=Sif



Italia sempre più vulnerabile, 11 milioni di over 50 con fragilità V. Arcovio, Sanità-Informazione

In Italia, ai primi posti al mondo per longevità, la fragilità cresce più velocemente dell'aspettativa di vita: tra il 2011 e il 2021, gli italiani sopra i cinquant'anni con fragilità lieve, moderata o severa sono passati dal 26% al 40% (oltre 11 milioni di persone), con un trend di crescita costante. È quanto emerge dall'Indagine di Italia Longeva «Trend di fragilità e Long-term care in Italia», presentata oggi al ministero della Salute

Valentina Arcovio

In Italia, ai primi posti al mondo per **longevità**, la fragilità cresce più velocemente dell'**aspettativa di vita**: tra il 2011 e il 2021, gli italiani sopra i cinquant'anni con fragilità lieve, moderata o severa sono passati dal 26% al 40% (**oltre 11 milioni di persone**), con un **trend di crescita** costante. È quanto emerge dall'**Indagine di Italia Longeva** «Trend di fragilità e Long-term care in Italia» che ha realizzato una misurazione su larga scala della fragilità nella popolazione over-50, prendendo in esame oltre 8 milioni di **cartelle cliniche** di pazienti in carico ai medici di medicina generale tra il 2011 e il 2021 (per l'80% affetti da almeno due patologie croniche), valutati attraverso l'**Indice di fragilità**. Si tratta del primo studio in Italia, e tra i primi in Europa, effettuato su trend di fragilità così protratti e in una popolazione tanto ampia. L'indagine è stata presentata oggi al **ministero della Salute** nel corso dell'ottava edizione degli «Stati Generali dell'assistenza a lungo termine – Long-Term Care EIGHT», l'appuntamento annuale di **Italia Longeva** che riunisce gli attori che, ai vari livelli, si occupano di programmare e gestire l'assistenza agli anziani.

La prevalenza della fragilità severa è più che raddoppiata

I dati più preoccupanti dell'indagine riguardano l'espansione della **prevalenza di fragilità** severa che si è più che raddoppiata (dall'1,4% al 3,7%), arrivando a interessare oltre 1 milione di over-50, soprattutto ultrasessantenni. Gli anziani affetti da fragilità severa vanno maggiormente incontro a **disabilità grave** e ospedalizzazioni ricorrenti, e presentano un rischio relativo di morte a un anno di 35 volte superiore rispetto a quello della popolazione senza fragilità. In crescita anche il numero di over-50 con **fragilità moderata**, oltre 2,5 milioni di italiani, anche in questo caso in prevalenza ultrasessantenni. Tuttavia, all'espansione della fragilità dell'ultimo decennio il sistema non ha risposto con altrettanta espansione dei servizi di **assistenza domiciliare** e delle **cure residenziali** che, sebbene in lieve crescita, sono rimasti sottopotenziati rispetto ai **bisogni degli anziani**, in particolar modo nelle regioni del Sud Italia.

«L'analisi di Italia Longeva sui **trend di fragilità**, nata dalla collaborazione tra geriatri e **medici di medicina generale**, mostra che il numero di adulti over-50 affetti da fragilità sta crescendo sensibilmente nel tempo e ha raggiunto tassi non irrilevanti. Questa osservazione ci esorta a mettere in campo **strumenti mirati** all'identificazione precoce di questi individui all'interno della comunità», commenta **Roberto**

Bernabei, presidente di Italia Longeva. «Sapere come evolve nel tempo la **condizione di fragilità** della popolazione, da cosa è influenzata e in quali aree del Paese si concentra, è un fattore chiave per una buona **programmazione sociosanitaria**, sia a livello nazionale che regionale, perché permette di anticipare le **esigenze assistenziali** delle fasce più vulnerabili e di organizzare un'adeguata offerta di assistenza territoriale a lungo termine, facendo sì che l'anziano venga preso in carico nel posto migliore a seconda del **grado di complessità** dei suoi bisogni».

Al Sud c'è una maggiore prevalenza di fragilità moderata-severa

Per quanto riguarda la **mappa della fragilità** nelle diverse regioni d'Italia, l'analisi elaborata da **Davide Vetrano**, professore associato di geriatria al Karolinska Institutet di Stoccolma, evidenzia, nel periodo 2011-2021, un aumento generale della **prevalenza di fragilità moderata-severa**, che segue un gradiente via via crescente da Nord a Sud: la Campania è la regione con più alta prevalenza di fragilità (in media del 15,3%), seguita da Sicilia (13,9%), Puglia (12,9%), Calabria (12,6%) e Umbria (12,3%). Al contrario, dati di prevalenza più bassi si registrano in Valle D'Aosta (7%) e Piemonte (7,8%).

Al Nord i servizi di assistenza ai fragili sono proporzionati ai bisogni

Poiché è proprio dalla presenza di fragilità severa che presumibilmente scaturisce il bisogno di **cure domiciliari o residenziali**, l'indagine di Italia Longeva ha analizzato anche il rapporto tra il tasso di fragilità negli over-65, l'offerta regionale di posti letto nelle **residenze socioassistenziali (RSA)** e i servizi di assistenza domiciliare (ADI). Il quadro che emerge è ancora una volta eterogeneo lungo la penisola: sono le regioni del Nord (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino Alto Adige) insieme a Marche e Toscana ad offrire servizi di ADI o RSA proporzionati al numero di **anziani con fragilità severa** residenti nella stessa regione.

In aumento il numero di anziani assistiti in ADI e accolti in RSA, ma non basta

«Nel corso degli anni, ad una documentata **espansione della fragilità** – dato riscontrato anche in altri Paesi –, in Italia non siamo stati in grado di far corrispondere una proporzionata **crescita dei servizi** che offrono cure domiciliari e residenziali. Il fenomeno va stretto in una morsa, da un lato investendo in **prevenzione della multimorbilità** e fragilità, dall'altro, potenziando la **rete della long-term care**», spiega Vetrano, che è anche consulente scientifico di Italia Longeva. I dati del ministero della Salute sull'offerta di assistenza domiciliare (ADI) e residenziale (RSA), censiti da Italia Longeva all'interno dell'Indagine, mostrano un **aumento progressivo** degli anziani che hanno beneficiato di questi servizi tra il 2014 e il 2022, sebbene l'incremento sia moderato e con una forte variabilità regionale dell'offerta. Se nel 2014 è stato **assistito in ADI** l'1,9% degli over-65 residenti in Italia (poco più di 250.000 anziani), nel 2022 è stato interessato il 3,27% degli ultrasessantacinquenni (circa 460.000 individui). Un trend positivo si è registrato anche per il **numero di anziani** accolti nelle RSA che è passato dal 2,17% degli over-65 nel 2017 (poco più di 296.000 persone) al 2,58% nel 2022 (oltre 360.000 anziani).

Bernabei: «E' imperativo non sprecare l'occasione del PNRR per riorganizzare le cure territoriali»

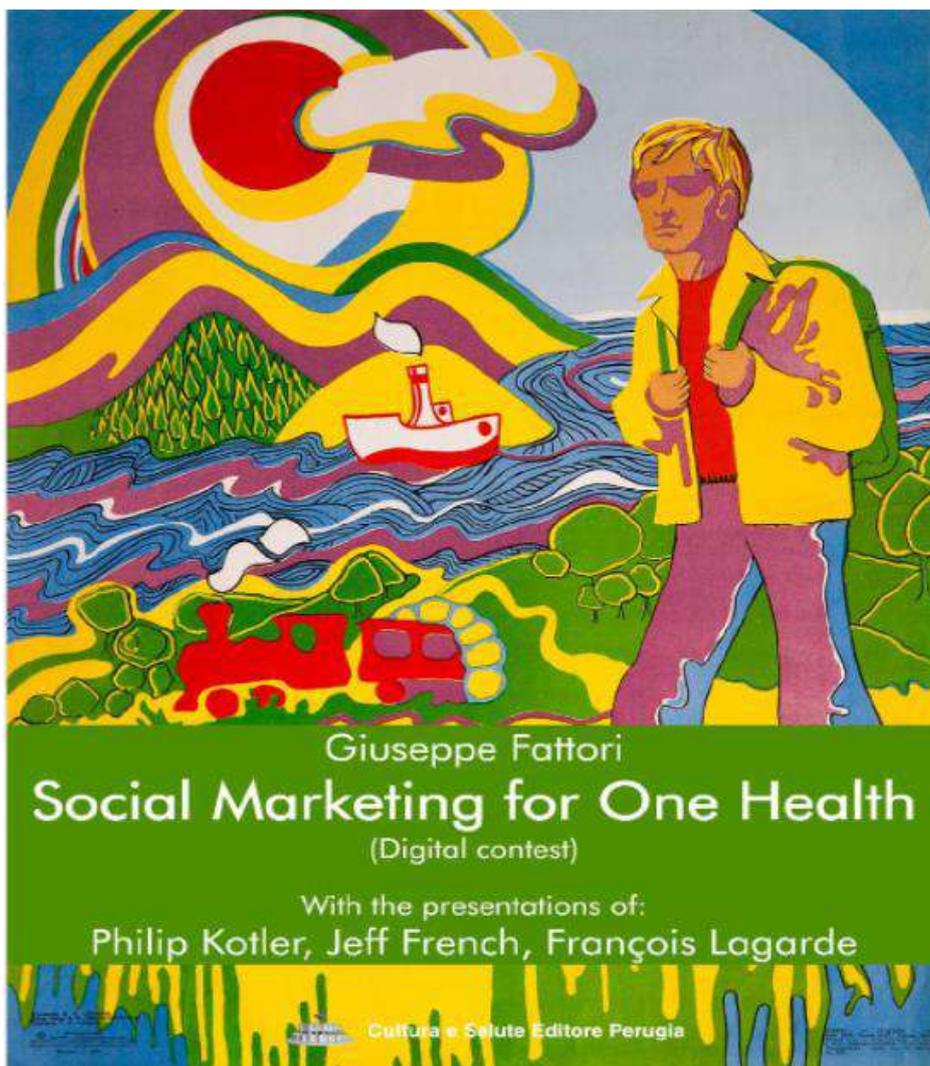
«Il timido incremento dell'**offerta di ADI e RSA** è positivo ma non basta a soddisfare i bisogni della crescente fetta di popolazione anziana affetta da fragilità», sottolinea Bernabei. «È evidente che se non si inverte questa traiettoria, il servizio sanitario non sarà più in grado di sostenere il **peso della fragilità**, che va di pari passo con l'aumento del carico di **patologie croniche**. L'imperativo, oggi, è di non sprecare l'occasione del **PNRR** per riorganizzare il sistema delle **cure territoriali**, destinando risorse, strutture e professionalità adeguate a garantire una risposta efficace alle necessità dei nostri anziani» conclude.

<https://www.sanitainformazione.it/salute/italia-sempre-piu-vulnerabile-11-milioni-di-over-50-con-fragilita/>

Social Marketing for one health. Cultura e Salute. Editore Perugia



Cultura e Salute
Editore Perugia



Il libro contiene una raccolta dei migliori progetti presentati al concorso "Marketing Sociale per One Health", promosso dall'Associazione Italiana Marketing Sociale per celebrare i 20 anni di attività. In questi 20 anni si è passati dalla presenza del Marketing Sociale nella programmazione dei "Piani di Salute" di poche regioni all'attuale Piano Nazionale della Prevenzione che prevede programmi di Marketing Sociale in tutte le regioni d'Italia con la visione One Health.

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGtwCvfRdkmMsmLfzqVXZjnBRJD>

THE LANCET

L'effetto globale delle tecnologie sanitarie digitali sulle competenze degli operatori sanitari e sul posto di lavoro sanitario: una rassegna generale di revisioni sistematiche e meta-analisi. Borges do Nascimento et al., The Lancet

Israele Júnior Borges do Nascimento, Hebatullah Mohamed Abdulazeem, Lenny Thinakaran Vasanthan, Edson Zangiacomi Martinez, Miriane Lucindo Zucoloto, Lasse Østengaard, Natasha Azzopardi-Muscat, Tomas Zapata, David Novillo-Ortiz.

Riepilogo

Le revisioni sistematiche hanno quantificato l'efficacia, la fattibilità, l'accettabilità e l'efficacia in termini di costi delle tecnologie sanitarie digitali (DHT) utilizzate dagli operatori sanitari.

Abbiamo mirato a raccogliere le prove disponibili sull'effetto delle tecnologie sulle competenze e le prestazioni degli operatori sanitari. Abbiamo cercato nel Cochrane Database of Systematic Reviews, Embase, MEDLINE, Epistemonikos e Scopus le revisioni pubblicate dall'inizio del database fino al 1° marzo 2023.

Studi che valutano gli effetti del DHT a livello organizzativo, socioeconomico, clinico ed epidemiologico all'interno del posto di lavoro, e sui parametri di performance degli operatori sanitari. I dati sono stati estratti e raggruppati in 25 domini utilizzando il conteggio dei voti in base alla direzione dell'effetto.

La frequenza relativa di occorrenza (RFO) di ciascun dominio è stata stimata utilizzando il software R.

Lo strumento AMSTAR-2 è stato utilizzato per valutare la qualità dei resoconti e l'approccio Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research sviluppato da Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation è stato utilizzato per analizzare la certezza delle prove tra gli studi inclusi.

Le 12 794 revisioni esaminate hanno generato 132 record idonei per la valutazione. Gli identificatori RFO di alto livello hanno mostrato associazioni di DHT con il miglioramento delle prestazioni degli operatori sanitari (10,9% [IC 95% 5,3-22,5]), il miglioramento della pratica clinica e della gestione (9,8% [3·9–24·2]), e miglioramento dell'assistenza e dell'accesso alle cure (9·2% [4·1–20·9]).

La nostra panoramica ha rilevato che i DHT influenzano positivamente la pratica quotidiana degli operatori sanitari in varie specialità mediche. Tuttavia, la scarsa segnalazione in domini cruciali è ampiamente prevalente nelle revisioni del DHT, ostacolando la generalizzabilità e l'interpretazione dei nostri risultati.

Allo stesso modo, la maggior parte delle revisioni incluse riportava sostanzialmente più dati da paesi ad alto reddito.

Migliorare la segnalazione di studi futuri e concentrarsi sui paesi a basso e medio reddito potrebbe chiarire e rispondere alle attuali lacune di conoscenza. ostacolando la generalizzabilità e l'interpretazione dei nostri risultati.

Allo stesso modo, la maggior parte delle revisioni incluse riportava sostanzialmente più dati da paesi ad alto reddito. Migliorare la segnalazione di studi futuri e concentrarsi sui paesi a basso e medio reddito potrebbe chiarire e rispondere alle attuali lacune di conoscenza. ostacolando la generalizzabilità e l'interpretazione dei nostri risultati.

Allo stesso modo, la maggior parte delle revisioni incluse riportava sostanzialmente più dati da paesi ad alto reddito. Migliorare la segnalazione di studi futuri e concentrarsi sui paesi a basso e medio reddito potrebbe chiarire e rispondere alle attuali lacune di conoscenza.

introduzione

Molteplici tecnologie sanitarie digitali (DHT) hanno rivoluzionato l'assistenza sanitaria fornendo un ambiente integrato, efficiente e decentralizzato per l'erogazione dell'assistenza sanitaria. Il DHT ha migliorato i risultati dei pazienti e l'accesso ai servizi sanitari e alle conoscenze professionali,¹ e include qualsiasi

tecnologia dell'informazione mirata a migliorare l'erogazione delle cure e migliorare l'esperienza dell'utente finale. [2](#) , [3](#)

Ogni anno sono state introdotte nuove soluzioni digitali, tra cui sensori remoti e dispositivi indossabili, telemedicina e informazioni sanitarie, analisi dei dati e approcci di intelligenza artificiale, post medici basati su prove sui social media esistemi di supporto alle decisioni cliniche . [4](#) , [5](#) , [6](#) , [7](#) Molteplici istituzioni sanitarie e parti interessate, tra cui l'OMS, stanno promuovendo l'adozione e l'ampliamento delle innovazioni del DHT in tutto il mondo. [8](#) , [9](#)

Queste iniziative promozionali mirano a tradurre la ricerca scientifica in azione e migliorare la conoscenza attraverso l'impegno scientifico, valutando e collegando le esigenze geografiche con i canali di innovazione e implementando approcci pratici che bilancino benefici e rischi dei DHT.

Numerosi DHT hanno superato i metodi di erogazione delle cure standard, suggerendo un miglioramento delle variabili clinicamente rilevanti e dei risultati psicologici, sociali e finanziari. [10](#) , [11](#) , [12](#) , [13](#) , [14](#) Tuttavia, gli sforzi delle migliori istituzioni scientifiche di tutto il mondo non si concentrano solo sull'effetto del DHT sulle prospettive dei pazienti, ma anche su coloro che li servono. [15](#) , [16](#)

Le indagini pubblicate suggeriscono che queste tecnologie hanno ottenuto una più ampia accettazione tra gli operatori sanitari grazie alla disponibilità ad accedere alle informazioni o al supporto di specialisti senior, all'aumento della comunicazione, alla riduzione dei costi operativi, alla fornitura di feedback dei pazienti basati sui dati e all'aumento dell'agilità e della produttività. [17](#) , [18](#) , [19](#)

Tuttavia, questi risultati sono ancora controversi e il contributo conclusivo apportato dai DHT agli operatori sanitari è ancora indefinito. [20](#) , [21](#)

A causa della rapida creazione e implementazione di tali interventi, diversi studi primari e revisioni sistematiche hanno valutato il rapporto costo-efficacia e l'effetto dei DHT sulle prestazioni e sulla sicurezza degli operatori sanitari e l'utilità percepita dei DHT.

, anche tra le analisi basate sull'evidenza, queste revisioni mostrano un'efficacia incoerente o benefici correlati ai costi. [22](#) , [23](#) , [24](#) Per quanto ne sappiamo, non è stata condotta alcuna panoramica precedente di revisioni sistematiche per comprendere e interpretare l'effetto del DHT sulle competenze degli operatori sanitari e sulle metriche delle prestazioni, né per valutare le prove disponibili degli effetti del DHT su pratica e posto di lavoro.

Pertanto, abbiamo mirato a raccogliere, analizzare e verificare le prove attuali dell'effetto di queste soluzioni digitali sulle prestazioni e le competenze professionali degli operatori sanitari e sulla razionalizzazione della comunicazione fornitore-fornitore, fornitura di cure, acquisizione di conoscenze e redditività per tutti i livelli di cura.

Metodi

Questo progetto (protocollo registrato su PROSPERO [CRD42022304372, [appendice pp 13-23](#)] ha seguito linee guida e metodologie ben note utilizzate nella medicina basata sull'evidenza, tra cui il Manuale Cochrane, PRISMA, la sintesi senza meta-analisi e la qualità della segnalazione di meta -documento di analisi. [25](#) , [26](#) , [27](#) , [28](#)

Estrazione dei dati e valutazione della qualità

Dopo aver selezionato i record idonei, quattro ricercatori (IJBdN, HMA, LTV e LØ) hanno estratto in modo indipendente informazioni riguardanti l'identificazione dello studio, l'obiettivo, l'anno di pubblicazione, il nome della rivista, il numero di database inclusi, il numero di studi inclusi, gli operatori sanitari interessati, il numero di lavoratori arruolati, disegni preliminari dello studio, tecnologia in esame, contesto, malattia o condizione considerata e il nostro risultato primario: gli effetti del DHT sulle prestazioni e le competenze degli operatori sanitari e sui luoghi di lavoro sanitari.

Invece di legare i metodi a una particolare prospettiva epistemologica o teorica, i risultati sono stati riassunti utilizzando un'analisi tematica associata all'analisi del discorso, un metodo che si basa sull'identificazione di modelli o temi all'interno di dati qualitativi che considerano anche i contesti socioculturali e politici. [29](#) , [30](#)

In questo metodo, i principali codici riga per riga vengono generati in base a frasi, parole, modelli lessicali e somiglianze di presentazione all'interno del testo.

Successivamente, i codici generati sono inquadrati in temi analitici (domini di ordine superiore), una traduzione diretta di concetti identificati in ogni studio che contengono messaggi chiave da un gruppo di risultati raccolti.

Contemporaneamente, i codici vengono rivisti per considerare le implicazioni e poi discussi in gruppo per consentire l'emergere di messaggi e temi astratti oltre il contenuto dei materiali originali.

Pertanto, nel nostro studio, durante la prima fase di preparazione dei dati, gli stessi quattro ricercatori hanno riassunto l'effetto di DHT distinti sugli aspetti delle prestazioni degli operatori sanitari, la soddisfazione e l'accettazione dei DHT, e la loro influenza su più variabili del quadro integrato definito durante l'implementazione dello studio per condizioni di salute specifiche.

Abbiamo anche registrato i risultati degli effetti dei DHT sui processi o sui luoghi di lavoro relativi all'assistenza sanitaria. Nella tarda fase di preparazione dei dati, altri quattro collaboratori hanno valutato in modo indipendente i dati riassunti, valutato il contenuto complessivo e, se necessario, ristrutturato i risultati, integrando le informazioni estratte.

Eventuali disaccordi sono stati risolti con la discussione. Dopo la preparazione dei dati, abbiamo raggruppato tutte le conclusioni (conteggio dei voti in base alla direzione dell'effetto) di ciascuna revisione inclusa in base alla loro somiglianza, disposizione e scrittura in 25 domini di risultati principali stratificati (tutti domini di livello superiore). [appendice p 24](#)).³¹

Allo stesso tempo, tutti gli studi sono stati valutati indipendentemente dalla qualità da IJbDn, HMA e LTV applicando 16 criteri di qualità metodologici fondamentali basati sul protocollo Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews 2.³² Dopo aver valutato ciascun dominio, abbiamo utilizzato l'algoritmo della piattaforma AMSTAR 2 per fornire una valutazione finale. L' [appendice \(pp 25–651\)](#) include un giudizio dettagliato per ogni revisione.

Analisi statistiche e sintesi delle evidenze

Abbiamo valutato l'occorrenza e la rilevanza dei domini dei risultati principali identificati utilizzando una meta-analisi di dati aggregati standard per le proporzioni.

Abbiamo ottenuto gli IC al 95% delle frequenze relative di occorrenza (RFO) in ciascun dominio (25 domini principali) utilizzando la funzione metaprop all'interno del pacchetto R versione 4.1.1.

Dopo la stima degli intervalli, abbiamo presentato graficamente i risultati. L'omogeneità tra i DHT è stata testata utilizzando il test di Cochran.

La certezza delle prove è stata valutata per i primi dieci domini principali osservati più di frequente utilizzando una versione modificata dell'approccio di ricerca Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative sviluppato da Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation.

Questo approccio considera i limiti metodologici, la coerenza, l'adeguatezza dei dati e la rilevanza dei risultati.³³

Risultati

Risultati di ricerca

La nostra ricerca del 21 gennaio 2022 ha recuperato 9912 record, di cui 139 sono stati sottoposti a revisione full-text ([figura 1](#)). Sulla base dei criteri di inclusione ed esclusione, sono stati inclusi 52 studi che hanno valutato direttamente l'effetto del DHT sulla routine degli operatori sanitari e sono stati identificati sette studi in corso.

Al 1° marzo 2023 sono state individuate 4150 nuove pubblicazioni attraverso un'ulteriore ricerca nel database ([figura 1](#)). Di questi, 150 studi sono stati selezionati per la valutazione del testo completo e 80 revisioni sono state aggiunte alla nostra revisione generale.

Sono stati identificati due ulteriori studi o protocolli in corso. In totale, questa panoramica delle revisioni sistematiche comprendeva 132 revisioni sistematiche primarie e nove studi in corso ([figura 1](#)).

Uno studio ha richiesto la traduzione esterna (dal cinese all'inglese). L'elenco di riferimento degli studi inclusi è disponibile su richiesta. L' [appendice \(pp 689–693\)](#) include un elenco di tutti gli studi esclusi dal testo completo (n=148) con la giustificazione dell'esclusione.

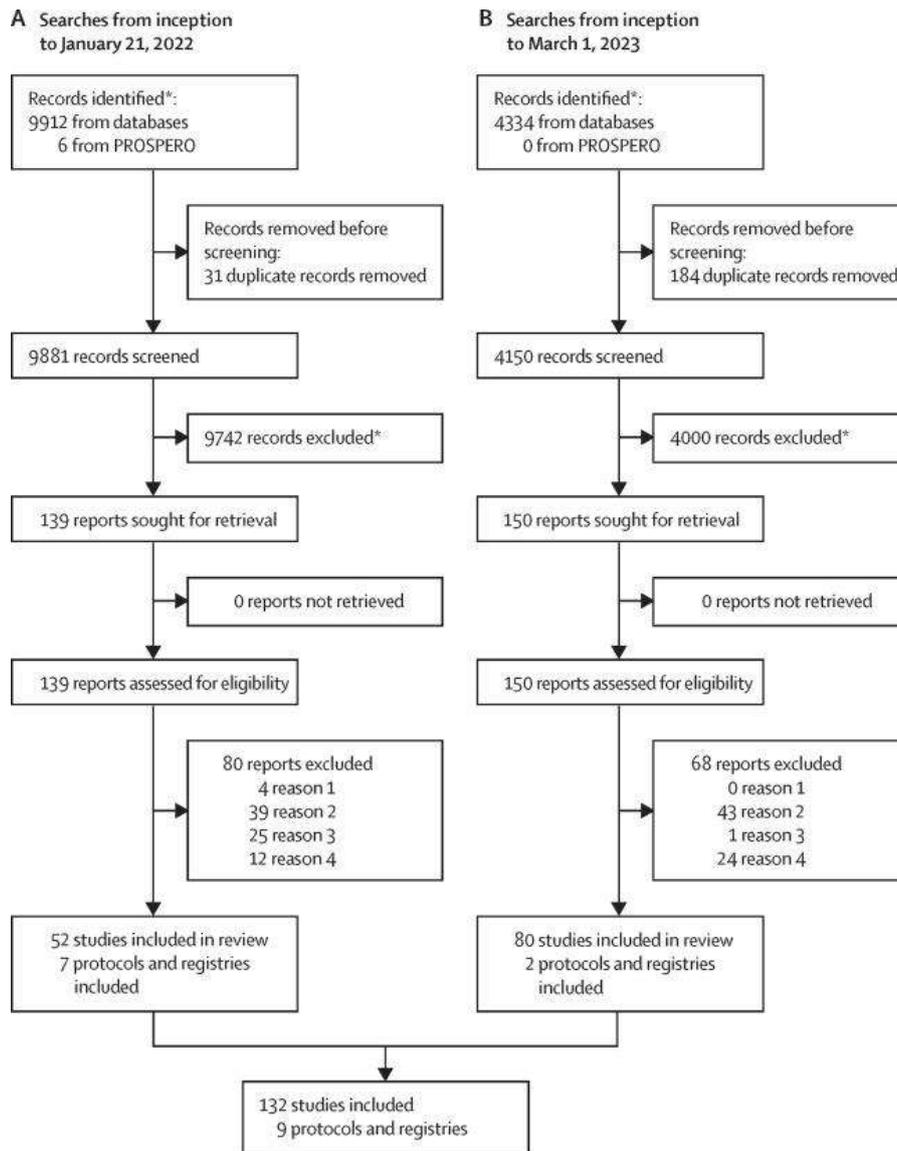


Figura 1 . Diagramma di flusso PRISMA

Motivo 1=l'intervento o la piattaforma sbagliati non erano chiari. Motivo 2=lo studio non ha fornito alcun risultato rilevante che influenzi gli operatori sanitari. Motivo 3=la popolazione target non era costituita da operatori sanitari. Motivo 4= il disegno dello studio utilizzato non corrispondeva ai nostri criteri di inclusione. *Gli studi sono accessibili su richiesta.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589750023000924>

Spesa per sanità digitale a 1,8 mld (+7%) nel 2022 ma fascicolo sanitario "lento". I-Com: promuovere le PPP. Radiocor Plus. Il Sole 24 Ore

Radiocor Plus

Nel 2022 la spesa per la sanità digitale in Italia è cresciuta del 7% rispetto al 2021, raggiungendo quota 1,8 miliardi, ma è ancora lenta la diffusione del Fascicolo sanitario elettronico (Fse) che nel corso del 2023 è stato utilizzato almeno una volta solo dal 35% dei cittadini.

Sono alcuni dei dati dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano e riportati nello studio "Il digitale a supporto della sanità territoriale.

Quali modelli organizzativi?" presentato dall'Istituto per la competitività (I-Com) nel corso di un dibattito promosso insieme a Doctolib, tech company nata in Francia nel 2013 e attiva in Italia dal 2021.

Malgrado l'ancora scarso uso del Fse gli strumenti digitali - come emerge ancora dallo studio - stanno trovando comunque ampio spazio anche nel campo della salute: più della metà degli italiani (dati sempre dell'Osservatorio Sanità digitale del Politecnico di Milano) ha scelto internet per identificare possibili diagnosi e il 42% per cercare informazioni su sintomi e patologie prima di una visita. Il 73% degli specialisti, il 79% dei medici di medicina generale e il 57% degli infermieri utilizza applicazioni di messaggistica per comunicare con i pazienti.

Già prima del Covid circa un italiano su quattro accedeva a una app per trovare le farmacie più vicine e quelle di turno e il 15% se ne serviva per avere informazioni sulle medicine e leggerne i foglietti illustrativi.

Tra i vantaggi della digitalizzazione c'è proprio la possibilità di raggiungere più facilmente un numero maggiore di persone e, come previsto dalle riforme e dagli investimenti legati al Pnrr, avvicinare la sanità ai pazienti, contribuendo anche a ridurre le disparità di accesso e i tempi di attesa.

Tra le novità della "Missione 6 - Salute" contenute nel Pnrr sono le Centrali operative territoriali (Cot), che da giugno 2024 dovranno coordinare la presa in carico della persona e raccordare servizi e professionisti coinvolti nei setting assistenziali. Alla realizzazione delle 600 Cot oggi previste il Piano destina in tutto circa 280 milioni: poco più di 171 mila euro ciascuna mentre il resto degli investimenti, destinato all'acquisto e implementazione di tecnologie abilitanti la loro operatività (177 mln), vale per ogni Cot circa 295 mila euro.

Lo studio I-Com evidenzia alcuni dubbi riguardo alla capacità delle risorse stanziare di coprire le esigenze per la loro implementazione, tenuto conto del personale che sarà necessario. In questo scenario - rilevano dall'Istituto - "l'intervento degli operatori del settore privato dovrebbe essere riconosciuto come integrato e complementare rispetto al pubblico e dipendere dalla valutazione del valore aggiunto che è capace di creare per la gestione ed erogazione di servizi e prestazioni".

«Le partnership pubblico-privato (PPP) manifestano un potenziale senza precedenti nell'innovazione digitale in sanità - commenta la direttrice area Salute I-Com Eleonora Mazzoni -. Le aziende private specializzate in soluzioni digitali possono collaborare con le istituzioni per sviluppare e implementare le piattaforme digitali, adattandole alle esigenze dei medici e dei professionisti sanitari nel rispetto delle normative sia sanitarie che sulla privacy. La collaborazione pubblico-privato permette anche di supportare la formazione continua dei professionisti».

<https://www.sanita24.ilssole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-07-03/spesa-sanita-digitale-18-mld-7percento-2022-ma-fascicolo-sanitario-lento-134349.php?uuid=AE3kzIwD&cmpid=nlqf>

Europa, ForumDD: “Nel Rapporto EU sulle lezioni dalla pandemia anche la nostra proposta di infrastruttura pubblica europea per farmaci e vaccini. Ma serve più coraggio su limitazione brevetti”. Forum Disuguaglianze, Diversità

Il Rapporto, che attualmente è programmato per la discussione in plenaria al Parlamento europeo l’11 luglio prossimo, invita a fissare regole per la trasparenza nella relazione con le aziende farmaceutiche e riformare HERA, l’agenzia per le emergenze sanitarie. Riconosce il ruolo preponderante del pubblico nello sviluppo dei vaccini anti Covid-19, al quale non ha corrisposto però un controllo su prezzi e distribuzione. Ma sull’efficacia del Rapporto gravano forti contraddizioni, specie in merito alla proprietà intellettuale.

La proposta del Forum Disuguaglianze e Diversità di creare un’infrastruttura pubblica europea entra nelle conclusioni e raccomandazioni finali del [Rapporto sulle lezioni della pandemia di Covid-19](#) approvato il 12 giugno dalla Commissione COVI (par. 169, raccomandazione finale 601). Un risultato frutto del lavoro di questi anni di un’alleanza vasta fra scienziati, medici e organizzazioni della cittadinanza attiva. Nel testo finale, che attualmente è programmato per la discussione in plenaria al Parlamento europeo l’11 luglio prossimo, si propone anche di ridisegnare HERA (la direzione della Commissione Europea per le emergenze sanitarie), trasformandola in un’agenzia più autonoma, con budget maggiore, missione più ampia e maggiore trasparenza. Viene poi rimarcato quanto emerso dallo studio indipendente redatto proprio per la Commissione COVI da Massimo Florio e Simona Gamba (Università di Milano) e da Chiara Pancotti (CSIL), ovvero che il rischio finanziario per la realizzazione dei vaccini è stato assunto soprattutto dal pubblico, ossia dai contribuenti, più che dall’industria farmaceutica e quindi Commissione e Stati Membri sono invitati a far sì che in futuro tale contributo “produca adeguati benefici nell’interesse pubblico”, una forte, ancorché implicita, critica alla gestione della Commissione. Si riconosce inoltre un’insufficiente trasparenza nella relazione con le aziende farmaceutiche nei mesi della pandemia e che su questo aspetto servono nuove regole certe, in particolare l’obbligo per le imprese di dichiarare i contributi pubblici ricevuti.

“La portata politica della raccomandazione di creare una infrastruttura pubblica europea per vaccini e farmaci è alta. Un segnale positivo importante. Tuttavia rischia di perdersi, data la dimensione prolissa (617 punti) del Rapporto. Si torna in modo talora contraddittorio sugli stessi argomenti e, segnatamente, a volte si dà un giudizio acriticamente positivo sui diritti di proprietà intellettuale come motore dello sviluppo dei vaccini, pur riconoscendo che i brevetti hanno limitato l’accesso ai vaccini nel mondo. Occorre più coraggio per cambiare il modello dell’innovazione biomedica”, ha affermato Massimo Florio, membro del ForumDD e promotore della proposta di creare un’infrastruttura pubblica europea per la salute.

Infatti, nel Rapporto, pur riconoscendo che l’esclusiva brevettuale può limitare il mercato e l’accesso alle medicine (par. 493), si afferma che il sistema dei brevetti incentiva le imprese a innovare nell’interesse pubblico. E pur ribadendo la posizione del Parlamento Europeo (non fatta propria dalla Commissione) di sospensione temporanea dei brevetti sui vaccini COVID-19 per consentire l’accesso alla produzione nei paesi più poveri, si sostiene, peraltro con linguaggio contorto, che le licenze obbligatorie potrebbero essere inadeguate per aumentare la disponibilità di vaccini.

“Siamo solo all’inizio dell’opera, ma il risultato ottenuto mostra che non esistono Golia imbattibili anche a livello di intera Europa”, ha commentato Fabrizio Barca, co-coordinatore del ForumDD, che ha continuato: “La parte più retriva e monopolista del mondo imprenditoriale farmaceutico si è mobilitata affinché il Rapporto del Parlamento UE levasse un peana alla loro azione che ha visto negare i vaccini a un pezzo del mondo e spendere, noi tutti, cifre spropositate e inique. Eppure, il messaggio della ragione è in qualche misura passato. Ora dobbiamo moltiplicare i nostri occhi e la nostra pressione per sciogliere le ambiguità sui brevetti quando basati su ricerca e finanziamenti pubblici”.

Il Forum Disuguaglianze e Diversità scriverà nuovamente a tutti gli europarlamentari italiani per chiedere di impegnarsi affinché nella votazione in plenaria non siano fatti passi indietro sulla ricerca pubblica e affinché le contraddizioni ora presenti vengano risolte.

La campagna “Salute bene comune”

In occasione del voto al Parlamento europeo del Rapporto sulle lezioni della pandemia Covid-19, il Forum Disuguaglianze e Diversità ha lanciato con un [documentario](#) la campagna “[Salute bene comune](#)”, per rafforzare l’attenzione degli europarlamentari e dell’opinione pubblica sull’urgenza di orientare maggiormente la ricerca nell’interesse pubblico e sulla proposta di un’infrastruttura pubblica europea autonoma e senza finalità di profitto per lo sviluppo di nuovi farmaci e vaccini. Ora che è uscito il Rapporto, il documentario aiuta a comprendere la sua importanza e a coglierne le innovazioni. E consente di diffondere informazione e mobilitarsi ancora più in previsione del dibattito in Assemblea del Parlamento Europeo, affinché non ci siano passi indietro e anzi il messaggio della necessità di una “salute bene comune” assuma un più forte e non ambiguo significato politico. Per supportare la campagna tutti i cittadini e le cittadine possono inoltre firmare la [petizione “Una infrastruttura europea per i vaccini, farmaci e innovazione biomedica”](#) che ha già ricevuto la firma di importanti personalità e associazioni impegnate da anni per il diritto alla salute pubblica.

<https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/europa-forumdd-nel-rapporto-eu-sulle-lezioni-dalla-pandemia-anche-la-nostra-proposta-di-infrastruttura-pubblica-europea-per-farmaci-e-vaccini-ma-serve-piu-coraggio-su-limitazione-brevetti/>



Assistenza domiciliare e telemonitoraggio: le strategie delle aziende sanitarie per affrontare l'ondata di calore. Il Sole 24 Ore

Monitorare i pazienti fragili al proprio domicilio e tenere tutti i canali di comunicazione aperti con i cittadini, dai tradizionali numeri verdi ai social network, per prevenire scompensi cardiaci, respiratori o metabolici le cui complicanze potrebbero rendere necessario il ricovero in ospedale. Il telemonitoraggio e l’assistenza domiciliare fanno parte della strategia che le aziende sanitarie hanno messo in campo per fronteggiare al meglio l’ondata di calore che da alcuni giorni si è riversata sul nostro Paese.

«Far ricorso all’assistenza domiciliare è il modo più efficace per affrontare questa situazione anomala dovuta al perdurare di alte temperature nel nostro Paese - spiega Giovanni Migliore, presidente della Fiaso -. Le aziende si sono organizzate e stanno consolidando nuove modalità di intervento basate anche sulle nuove

tecnologie. Grazie a piattaforme di telemonitoraggio e alla collaborazione dei medici di medicina generale, vengono individuati e chiamati attivamente i pazienti fragili. In caso di fattori di rischio sono raggiunti a casa dal medico.

Dobbiamo mettere in campo la lezione che abbiamo imparato nell'emergenza Covid per evitare che si arrivi a intasare il pronto soccorso negli ospedali», evidenzia il presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere.

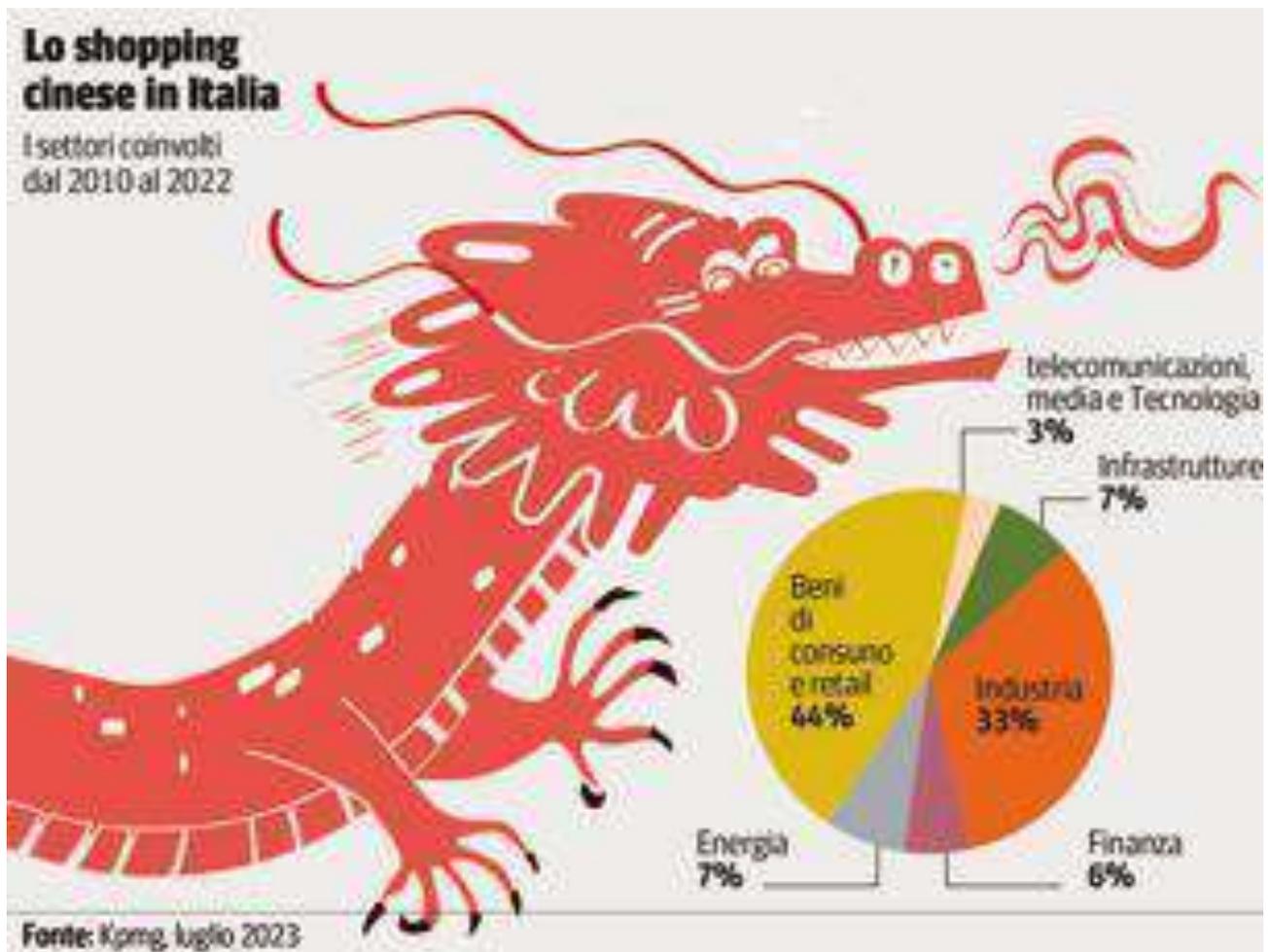
Qualche esempio dei servizi attivati: la Asl Roma 1 utilizza la piattaforma regionale "Lazio advice" per assistere secondo diversi gradi di priorità gli over 65 maggiormente suscettibili alle ondate di calore; l'Asl Roma 4 sta organizzando in due distretti servizi di telemedicina cardiologica; l'azienda Usl di Bologna, con il progetto e-Care, effettua recall periodici sulla popolazione fragile. Servizi analoghi sono previsti dall'Asst della Provincia di Lecco e dall'Agenzia per la Tutela della Salute di Pavia. Nell'azienda Usl di Modena, inoltre, è attivo un supporto caregiver con la consegna a domicilio di medicinali per risparmiare l'uscita di casa ai soggetti fragili.

Comunque nei pronto soccorso si stanno predisponendo posti letto aggiuntivi, come confermato dall'Azienda ospedaliero-universitaria Pisana e si è registrato un aumento degli accessi registrati per colpi di calore al Policlinico Tor Vergata e all'ospedale di Sassari negli ultimi giorni.

Nelle aree turistiche, la Ausl di Ferrara ha predisposto postazioni del 118. La Asm Matera ha attivato guardie mediche aggiuntive sulla fascia costiera jonica. Per i prossimi giorni è previsto un continuo monitoraggio della situazione dalla Asl Napoli 1, dalla Asl Vc Piemonte, dall'ausl-Irccs di Reggio Emilia.

«L'attenzione continuerà ad essere alta anche nei prossimi giorni, le aziende sanitarie garantiranno come sempre la massima cura e assistenza a coloro che ne hanno bisogno. Grazie all'unità e alla collaborazione di tutti, siamo fiduciosi che supereremo con successo questa emergenza legata alle alte temperature, proteggendo la salute dei cittadini fragili e mitigando l'impatto sul sistema ospedaliero», conclude Migliore.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-07-19/assistenza-domiciliare-e-telemonitoraggio-strategie-aziende-sanitarie-affrontare-ondata-calore-113232.php?uuid=AF08rQH&cmpid=nlqf>



la Repubblica

Banca 'Ndrangheta. C Bonini et al., La Repubblica

Da anni le inchieste puntano sulla finanza come vera autostrada dei soldi dei clan. Un giro d'affari monstre, 130 miliardi l'anno, che da solo risanerebbe i conti dello Stato. E che viene ripulito con la complicità di consulenti, hacker e funzionari compiacenti

di Carlo Bonini (coordinamento editoriale), Alessia Candito, Giuliano Foschini. Coordinamento multimediale Laura Pertici. Produzione Gedi Visual

L'ultimo dato, per necessità approssimativo e probabilmente approssimato per difetto, arriva dall'Eurispes. Il giro d'affari delle mafie, stimato dall'istituto, è di 130 miliardi di euro l'anno.

Un terzo, 40 circa, li muove soltanto la 'ndrangheta. Per intenderci, è quattro volte il valore dell'ultima manovra Finanziaria.

Dieci volte i fondi che il Governo vorrebbe impiegare per la realizzazione del Ponte sullo stretto. È una cifra, il capitale di Mafia spa, che metterebbe in ordine i conti del nostro Stato. E il futuro di centinaia di migliaia di famiglie.

E invece sono soldi infetti che esistono eppure non ci sono. Se non per pochissimi.

La maggior parte del capitale della società per azioni gestita dalla criminalità organizzata arriva dalla droga, sequestrata a tonnellate.

Altri, gli spicci, dalle attività sul territorio, piccoli e grandi appalti o investimenti, che finiscono spesso per intercettare anche fondi pubblici. Ma da anni ormai inchieste e indagini puntano sulla finanza – legale, para legale e clandestina - come vera autostrada dei soldi di mafia, a partire da quelli della coca. Per dire: i carichi regolarmente sequestrati sono centinaia eppure non è mai stata intercettata un'operazione di pagamento.

Dov'è quel denaro?

Alcune tracce esistono. Nel 2017, gli investigatori che lo intercettano sentono Domenico Pelle, rampollo dello storico casato di 'ndrangheta, lamentarsi dell'arretratezza dei narcos brasiliani che ancora non vogliono farsi pagare in bitcoin. Dove? A San Luca, un paio di migliaia di anime in mezzo all'Aspromonte.

Passa qualche anno e sempre lì la procura antimafia di Reggio Calabria individua un circuito di pagamento clandestino, molto simile al sistema hawala - una sorta di money transfer informale, in grado però di spostare miliardi di euro nel giro di pochi secondi - gestito dalla criminalità cinese, in grado di ritirare materialmente enormi somme di denaro e renderle subito disponibili dall'altra parte del globo. Esempi, a cui si aggiunge l'allarme solo un anno fa arrivato dal Cesi, che ha segnalato il sempre più frequente utilizzo dei "monero" - una delle criptovalute più difficilmente intercettabili - da parte dei clan.

Ulteriori segnali d'allarme poi arrivano dalla nuova frontiera delle "cripto", quei mixer o tumbler che alzano una cortina fumogena sulle blockchain d'origine. Ma sono transazioni che si ipotizzano, si immaginano. Uno di quei flussi - che si sappia - non è stato intercettato mai.

"Sono soldi che in Italia non rientrano, anzi non lo hanno mai fatto". La confessione è di un vecchio dissociato di 'ndrangheta, che dopo una breve esperienza da collaboratore, si è ritirato ai margini. Ma sa. E di soldi ne ha maneggiati tanti.

"Li spostavamo a bancali", racconta a **Repubblica**. "Erano gli anni Novanta, a Milano i calabresi raffinavano eroina e io la facevo bianca, perché la mandavamo in America e lì la brown non piaceva. I narcos mi mandavano tre chili di coca per un chilo di eroina". Significava soldi, a palate.

"Fai conto che facevamo 100-120 chili al mese, la vendevamo a 65-70 milioni al chilo".

Erano gli inizi, poi è arrivata la coca. A tonnellate. "L'obiettivo era prendere in mano Milano, perché era il centro economico dell'Italia, quindi di riflesso ci si prendeva tutta l'Italia e si creava il ponte con l'estero, sia in entrata che in uscita".

Da allora sono passati trent'anni. Il business non si è mai interrotto. Dove sono questi soldi? È il tesoro dei clan che da sempre si cerca.

"Non servono tutti in Italia - svela il vecchio 'ndranghetista a **Repubblica** - È come regalarli allo Stato. Se la mia famiglia in un anno spende un milione, non è necessario averne dieci perché avrei difficoltà a tenerli in casa, in banca, metterei in allarme la magistratura, le forze dell'ordine, gli organi di controllo". E quindi rimangono fuori.

"In conti esteri, in paradisi fiscali o investiti anche in Sud America stesso, in grandi catene di alberghi, in banche". Tutte, spiega, le più grandi. "Io ci ho lavorato lì. Sono ancora oggi consulente finanziario di uno di quegli istituti", confida.

Cosa e quanto sia effettivamente vero, è difficile da verificare. Meglio: impossibile.

Le nuove forme di riciclaggio e investimento



Riciclaggio e investimento finanziario

Conti dormienti

Conti correnti storici o di deceduti. Ci si accede alterando documenti e codici di accesso. Per individuarli, fondamentali i direttori di banca

Piattaforme finanziarie segrete

Sono cinque, gestite da cinque trader. Intercettato, il boss Nicolino Grande Aracri assicura di poterle utilizzare per fare prestiti anche agli Stati sovrani

Piattaforme finanziarie

Gestite da trader, sono spazi virtuali di investimento in cui vengono conferiti azioni, bond, titoli, valori che assicurano rendimenti del 70-80% a settimana

Bank guarantees

Garanzie bancarie vere o fasulle, servono per ottenere linee di credito trasformabili in denaro contante

Schede nere

Carte di credito costruite ad hoc che se usate in modalità off line permettono di svuotare conti senza che l'operazione sia tracciabile

Ma di certo l'ex uomo del clan parla di istituti bancari che nella storia delle inchieste di mafia tornano fin dagli anni Novanta, quando l'indagine della procura di Locri "Europa 1" ha svelato come la 'ndrangheta abbia fatto shopping di fabbriche, immobili, terreni, casinò e catene di alberghi nei Paesi dell'ex Unione sovietica prima del crollo del muro "con la complicità - scrivono il procuratore capo di Catanzaro Nicola Gratteri e lo studioso Antonio Nicaso - di 'nomi' sparsi in ovattati istituti di credito svizzeri, lussemburghesi e austriaci, tramite banche del calibro del Crédit Lyonnais e della Deutsche Bank". Anni dopo, l'operazione "Artù" ha intercettato negoziazioni con banche nazionali e internazionali per la monetizzazione di un certificato di deposito da 870 milioni di dollari emesso da Credit Suisse e intestato al dittatore indonesiano Sukarno.

Più di recente, un'informativa della Mobile di Palmi, finita dentro il procedimento "Euphemos 2" della procura di Reggio Calabria, ha raccontato le scorribande finanziarie di Roberto Recordare - mai oggetto di misura cautelare - per almeno un anno seguito dagli investigatori mentre carambola fra Malesia, Tagikistan, Turchia, Tunisia, Danimarca nel tentativo di monetizzare bond miliardari.

Sono solo alcuni dei tanti esempi possibili.

Però tutti mostrano un problema strutturale per i clan: i capitali sporchi per essere utilizzati devono essere lavati e questo succede - ormai innumerevoli indagini lo dimostrano - grazie alla complicità non solo di singoli bank officer infedeli, ma di interi sistemi finanziari che di quella liquidità hanno bisogno. E diventa un'arma. In pancia a istituti di credito, finanziarie, società di investimenti, quel denaro inizia una nuova vita. Matura interessi, viene usato per prestiti, costruzione di prodotti finanziari con cui intossicare mercati e società, come

i mafia bond in cui è inciampata Generali anni fa. Ed è strumento di ricatto. “Allora se tu hai una banca, se hai una linea di credito che ti blocca cinquecento milioni e te li manda in una banca, tu ti blocchi i 500 milioni (con un’operazione chiamata “blocco fondi” ndr) e poi io stesso la copro e l’affitto allo Stato Americano, francese, inglese”, spiega intercettato Nicolino Grande Aracri.

Nessuno lo ha mai descritto semplicemente come un capo feroce, con l’italiano ci fa un po’ a botte, ma è stato stratega capace di contaminare con i suoi buona parte dell’Emilia Romagna, mettere a servizio politici, professionisti, imprenditori non solo calabresi. In pochi però lo avrebbero immaginato in grado di sviscerare – e con dovizia di particolari – artifici e meccanismi finanziari segreti che il suo, come gli altri clan più potenti, hanno a disposizione.

“Quei soldi là, da quella banca – spiega - li affittiamo sulla piattaforma, che a sua volta li affitta all’America, li affitta alla Russia, non li affitta a Piero, ma a uno Stato”. Che strutturalmente non può fallire, ma da quella provvista finanziaria potrebbe essere influenzato, mentre gli interessi lievitano. “Ci sono certe banche che li moltiplicano per cinque volte” sottolinea il boss, che soddisfatto dice “noi possiamo interferire nella Cina, nel Congo, nell’America, in Italia dove vogliamo, a livello bancario”.

Un mondo in cui i clan si muovono grazie a un esercito assai diverso da quei picciotti e soldati che tanta narrativa racconta come espressione più pura della ‘ndrangheta. Al servizio dei più potenti casati di mafia calabresi – ha svelato Glicine, l’ultima inchiesta della procura di Catanzaro, diretta da Nicola Gratteri - ci sono hacker, trader, consulenti, direttori di banca che sanno benissimo con chi si stanno rapportando. E non mancano neanche gli spioni. Spesso russi o dell’ex Ddr. Ma ci sono anche tanti italiani, spiegano pentiti come Gennaro Pulice.

Paesi coinvolti nelle operazioni di riciclaggio



Grafica e mappe di Paola Cipriani - Accenture MediaTech

Killer con la laurea, con interessi che vanno da una lavanderia a Serravalle Scrivia a società di consulenza finanziaria, uno studio in Svizzera ha personalmente curato lo svuotamento di alcuni conti in Spagna, con denaro fittiziamente spostato in Germania per un falso investimento in prodotti finanziari, in realtà trasformato in linee di credito aperte in Svizzera, grazie alla complicità di funzionari di Deutsche bank e ai buoni uffici di società e trader.

“I controlli interbancari fra Spagna e Germania - racconta - sono stati elusi grazie all’intervento di personale dei servizi segreti italiani”.

Di uno spione nostrano disponibile ad operazioni del genere, in un’altra conversazione ascoltata dagli uomini del Ros, salta fuori anche il nome, Donato Cossi. A farlo è Stefano Strini - l’ex genero di Calisto Tanzi, la

mente del crack Parmalat che ha messo in ginocchio migliaia di lavoratori e risparmiatori – intercettato mentre chiacchiera con il boss dei papaniciari Mario Megna di schede nere, conti da svuotare, soldi da “scaricare”. Ma questo è solo uno dei grandi canali del riciclaggio finanziario venuti fuori dall’inchiesta Glicine. Un’indagine enorme – la richiesta di misura cautelare è di oltre 4mila pagine – in grado di mostrare la ‘ndrangheta in tutte le sue sfaccettature: quella che controlla un territorio in cui la politica si muove come in un suq in cui tutto – carriere, concorsi, incarichi – risulta in vendita in cambio di voti e quella che ha infettato il mondo con soldi sporchi in quantità difficile da stimare. E per la prima volta inizia ad essere individuata in maniera chiara la filiera che ha permesso di lavarli.

L’inchiesta Glicine

L’ultima indagine da cui questo racconto parte è l’ultimo lavoro della procura di Catanzaro con i carabinieri del Ros. “L’epicentro dell’indagine – spiega il procuratore di Nicola Gratteri – è la provincia di Crotona con il locale di ‘ndrangheta dei papaniciari che ha rapporti sistematici con la pubblica amministrazione che partono dal 2014 fino al 2020.

Una pubblica amministrazione asservita all’organizzazione ‘ndranghetistica con rapporti diretti con la politica regionale”. L’inchiesta partiva infatti dall’aiuto che la criminalità organizzata ha dato nelle elezioni dal 2019 al 2024. “Abbiamo documentato una serie di illecite ingerenze in una serie di enti – spiegano i Carabinieri - il Comune di Crotona, le partecipate, la Provincia di Crotona soprattutto per quanto riguarda il settore “strade e viabilità”, l’Aterp regionale, l’Asp di Crotona”.

Nell’inchiesta ci sono ingerenze nelle nomine e negli appalti: dal progetto di recupero e valorizzazione archeologica dell’antica Kroton agli incarichi tecnici.

Ci sono concessioni edilizie, non dovute, rilasciate a mafiosi o assunzioni fasulle nelle partecipate. Gli indagati sono 123.

Tra gli altri l’ex governatore della Regione di centrosinistra, Mario Oliverio, l’ex assessore regionale Nicola Adamo, l’ex consigliere Enzo Sculco e una serie di amministratori locali.

Hacker e trader i nuovi protagonisti



Le figure del riciclaggio

Trader

Gestiscono l’accesso a piattaforme finanziarie, mettono insieme la documentazione fasulla per ottenere fidejussioni o garanzie bancarie, società e conti per monetizzarla.

Direttori di banca infedeli

Nodo fondamentale che permette di aggirare i controlli su documenti e movimentazioni, spesso forniscono i codici poi alterati dagli hacker dei clan.

Facilitatori

Sono l'anello di congiunzione fra i trader e i clan. Non necessariamente hanno competenza specifica in artifici finanziari, ma possono contare su una rete di contatti ampia

Hacker

Alterano i codici bancari, bucano le procedure di controllo, trasferiscono garanzie bancarie fasulle, alterano i codici e permettono di accedere e svuotare i cosiddetti "conti dormienti"

Consulenti

Esterni o interni ai clan, sono i colletti bianchi che permettono ai massimi vertici dell'organizzazione di entrare in contatto con i circuiti finanziari "grigi"

Le praterie finanziarie dei clan

Piccinerie, scambi da poco, che il territorio paga e ai clan servono. Gli affari però sono altrove, in un mondo assolutamente virtuale ma in cui si muovono cifre a sei o sette zeri, movimentate per il mondo, ripulite, fatte fruttare, rimesse in circolo.

Il campo è ancora tutto da esplorare, non è ancora chiaro quante delle operazioni di cui gli investigatori hanno sentito parlare in dettaglio siano andate a buon fine, ma adesso si inizia a capire il perimetro in cui i clan si muovono anche grazie agli hacker che ormai da anni reclutano.

I canali sono sostanzialmente quattro – schede nere, conti dormienti "come quelli di Bin Laden", bank guarantees, blocco fondi e altre operazioni su piattaforme finanziarie segrete – e spesso si incrociano fra loro. Per tutti smanettoni informatici, trader, consulenti finanziari e colletti bianchi sono fondamentali. Alcuni vengono da contesti di 'ndrangheta, come Gennaro Pulice o Alfonso Diletto, imprenditore al servizio dei cutresi in Emilia, che per i pentiti "ha utilizzato false garanzie bancarie per accaparrarsi lavori in Africa, dove ha costruito strade, ospedali e appartamenti".

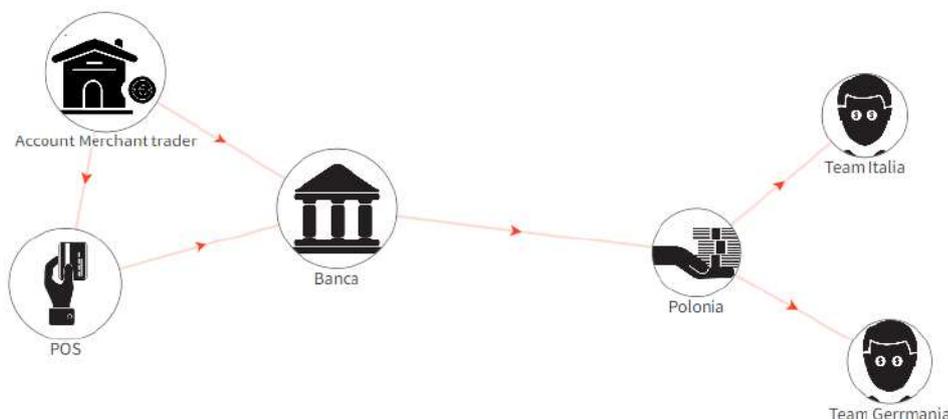
Altri sono dei professionisti della finanza, a cui non importa poi molto da dove arrivino i soldi. Quando una maxi-inchiesta smantella pezzi dell'impero dei Grande Aracri in Emilia Romagna, gli investigatori li sentono solo ridacchiare. Si mostrano consapevoli del rischio, ma ci guadagnano abbastanza da decidere di rischiare. Quanto? Almeno il 4% su ogni singola transazione. Milionaria.

Che vengano da mondi di "ndrangheta o no, sono a disposizione solo dei clan, ma di tutti. "Posso citare i casi del Como Calcio, del Botev Plodiv e del Viren Sundaski - dice il pentito Pulice sotto interrogatorio – trattasi di squadre di calcio che abbisognavano di fidejussioni o linee di credito per l'iscrizione al relativo campionato. Le fidejussioni di cui sto parlando erano false: in pratica si predispose una documentazione a garanzia che viene mostrata al funzionario di banca estero compiacente, che attiva la corrispondente linea di credito garantita".

E poi ci sono gli hacker, altro nodo necessario. Al servizio dei papanicari il Ros nell'indagine Glicine ne ha individuati almeno due. Si chiamano Salvatore Lumare e Mark Ulrich Goke, sono due signori di mezza età ed erano totalmente a disposizione del clan. "Questi sono dei cervelloni, non so... hanno preso due hacker, che hanno lavorato accoppiati, c'hanno messo tre anni".

Come "bucare" le banche

Il memo distribuito dall'hacker dei clan agli imprenditori complici



Account Merchant trader

È necessario aprire in banca un conto bancario "Merchant/Trader" con il quale è possibile effettuare pagamenti con carta di credito, al "Merchant/Trader" viene abbinato un dispositivo Pos.

POS

Il dispositivo POS ha un software (non della banca) hackerato e non tracciabile.

Banca

La banca provvede alla registrazione del dispositivo POS utilizzando un ID specifico.

Polonia

La banca si impegna a trasferisce il denaro delle transazioni fuori dall'Italia.

Team Italia

Dop 72 ore che il denaro è uscito dall'Italia viene trasferito nei conti del Team Italia e del Team Germania.

Team Germania

Dop 72 ore che il denaro è uscito dall'Italia viene trasferito nei conti del Team Italia e del Team Germania.

Il loro ruolo? Fondamentale: alterano i codici bancari, bucano le procedure di controllo, trasferiscono garanzie bancarie fasulle, alterano i codici e permettono di accedere e svuotare i cosiddetti "conti dormienti".

Lumare è l'esperto di schede nere, viene intercettato in mezza Italia mentre cerca di reclutare imprenditori da coinvolgere nell'affare. Goke però sembra un passo oltre. E all'ombra della sua "balia di 'ndrangheta" Mario Megna - nipote del capo dei papanicari, Domenico – mette i suoi servigi a disposizione anche di altre organizzazioni criminali, come quei narcos che avevano necessità di spostare dal Portogallo danari provenienti dal narcotraffico.

Quando il Ros lo ascolta è spaventato perché "sono delinquenti pericolosi, quella gente là ci elimina senza pensarci. Immagina che noi andiamo a prendere quella roba e non riusciamo a portarla dove va portata". Ma Megna lo rassicura, "ognuno ha il suo territorio, non dimenticarlo. Se si va in Portogallo la cosa è pericolosa, se siamo qui no".

Goke è uno sveglio dicono tutti. A Crotone si accontenta di poco, "sta sempre buttato al computer, non si alza mai – commenta Megna con uno dei suoi - se vai la sera lo trovi al computer, vai la notte e lo trovi al computer". E da lì surfava fra istituti di credito e banche sparse in tutto il mondo. Secondo l'imprenditore e faccendiere tedesco Johan Mair - specialista nel confezionamento di falsi contratti e procure in grado di legittimare operazioni totalmente illegali - era stato in grado anche di costituire la sua propria banca "perfettamente operativa".

Per gli inquirenti, Goke "era stato individuato come il fulcro internazionale di queste operazioni miliardarie, capace di coordinare l'operato clandestino di banchieri tedeschi della Deutsche Bank e di imprenditori miliardari".

Gli schemi

Ma questo è solo uno e forse il più tracciabile dei canali. L'inchiesta inizia a squarciare il velo su un mondo in cui i confini fra lecito e illecito scompaiono, seppelliti da una valanga di soldi. Pecunia non olet e l'importante per una serie di professionisti del settore è farli girare.

È lo stesso per i clan che quel denaro hanno bisogno di muoverlo, pulirlo ed utilizzarlo. E la finanza è diventata una galassia perfetta allo scopo. Ci gravitano personaggi diversi – broker, trader, facilitatori, commercialisti, semplici faccendieri – ma tutti con un ruolo specifico.

A decine sono stati a lungo ascoltati nell'inchiesta Glicine, la maggior parte sono stati identificati, alcuni formalmente indagati. Tutti hanno una caratteristica comune: non domandare mai da chi arriva il denaro. Mai fare le pulci agli "investitori", quali che siano.

Del resto, sono spesso personaggi abituati a lavorare sul filo della legalità, più di uno è scivolato su inchieste per riciclaggio o altri reati finanziari e qualcuno in pedigree ha anche qualche condanna.

Gli investigatori ascoltano per esempio il broker Gaetano D'Amore (ndr, non indagato) vantarsi di poter attivare linee di credito in diversi istituti europei: "Li ho sia in Svizzera, che a Montecarlo e anche qualcuna a Londra sono già attive, le ho sia Zurich, Hsbc e in Barclays". E non è l'unico che Salvatore Aracri, il "consulente finanziario" dei clan del crotonese che ha aperto loro le porte della finanza tedesca, porti alla corte delle famiglie di 'ndrangheta.

Più a valle ci sono i facilitatori, l'anello di congiunzione fra i trader e i clan. Si tratta di soggetti che non necessariamente hanno competenza specifica in artifici finanziari, ma possono contare su una rete di contatti ampia. Ma a volte non ce n'è neanche bisogno, perché trader e esperti sono già interni al clan.

Antonio Valerio era uno di loro, stava all'ombra dei Grande Aracri e adesso che si è pentito a inquirenti e investigatori sta spiegando in dettaglio le strategie finanziarie di famiglie e casati di 'ndrangheta. Una delle più semplici è la garanzia bancaria fasulla. E la usano tutti i clan, non solo quelli del crotonese, magari con un aiuto dall'esterno.

"I Papalia – spiega interrogato l'ex capolocale di Belvedere Spinello, Francesco Oliverio, oggi collaboratore – mi confidavano di sapere che dietro l'attivazione di false operazioni bancarie per il rientro di capitali esteri spesso risultavano coinvolti i servizi segreti".

In più, aggiunge il pentito Pulice "In Svizzera diverse cosche calabresi avevano studi di consulenza e/o faccendieri capaci di procurare fidejussioni". Alcuni, come Vincenzo Donato, stanno a Lamone, in Svizzera "vogliate considerare che è paese gemellato con Mesoraca, nel crotonese".

Il meccanismo è complesso ma è stato individuato. Basta una rete di imprese, spesso fittizie – quasi sempre inconfondibili ltd di diritto britannico, magari schermate da un trust o detenute a catena da altre ltd – che stipulino un finto contratto di joint venture per altrettanto inesistenti progetti. Un direttore di banca compiacente fa il resto: valuta quella spazzatura come oro colato ed emette la garanzia. È uno dei metodi, non l'unico.

A volte, capita che la fidejussione – che spesso è un codice bancario – sia manomessa da un hacker. "L'importante – sottolinea il commercialista del clan Grande Aracri, oggi pentito Paolo Signifredi – è far sì che la banca ricevente attivi un credito da monetizzare". Ne può parlare perché una di queste fidejussioni l'ha avuta in mano: "pesava" 600 milioni di euro, era stata fornita dall'Hsbc di Londra e "utilizzata per far fronte ai debiti del Parma calcio".

A corredo di operazioni di questo genere – confermano diversi colletti bianchi diventati collaboratori – viene costituita anche una fondazione o una onlus "per due scopi principali: primo – sottolinea Valerio - è un ente anonimo, secondo, la movimentazione di denaro non suscita sospetto in quanto non viene fatta a fini di lucro". Almeno formalmente.

Una di quelle usate dai papaniciari si chiamava Fondazione Cavaliere Dino Leone, i conti li aveva in Puglia nel circuito "Banca prossima" e doveva servire per ricevere, via Brasile, una "donazione" di 300 milioni proveniente da conti off shore catalogati nei "Panama Papers". È il fascicolo riservato digitalizzato composto da 11,5 milioni di documenti confidenziali su oltre 214 000 conti off shore – spesso riferibili a organizzazioni criminali - messo insieme fin dagli anni Settanta dallo studio panamense Mossak Fonseca e nel 2015 finito nelle mani di giornalisti di tutto il mondo. Lì in mezzo ce n'era almeno uno che i papaniciari conoscevano o detenevano e stavano provando a movimentarlo.

La testa dell'operazione, coordinata dal consulente finanziario della cosca Salvatore Aracri, stava in Germania: lì lavoravano Goke, per gli investigatori "fulcro del gruppo di trader tedeschi", Mair (non indagato in Italia),

immobiliarista e faccendiere tedesco con ampio portafoglio di contatti “che fungeva da raccordo con altri broker clandestini che operavano a Panama e in Brasile e Marco Cordovado (non indagato in Italia), incaricato di mantenere i contatti con altri trader, solo in parte identificati, che operavano in Germania, Panama e Brasile.

Fatturati in miliardi di euro

● Mafie ● 'Ndrangheta in Italia



I facilitatori

Altro anello della catena per quell'affare erano “receiver facilitator”. Allo stato, nessuno di loro risulta indagato ma il Ros li identifica in Maurizio Medici, Gaetano D'Amore e Ivano Melchionda “incaricati di individuare le persone fisiche e giuridiche in grado di ricevere il denaro e di sistemare carte e documenti perché risultasse legale”, si legge nelle carte. Alla fine c'erano i receiver, Osvaldo Catucci e Leonardo Leone (non indagati) rappresentanti di quella fondazione che avrebbe dovuto ricevere il denaro. Altro elemento fondamentale, i sender, spesso funzionari e dirigenti di banca corrotti - i b.o. li chiamano in gergo - in grado di avviare il processo. E non solo per questo schema di riciclaggio sono nodo fondamentale.

Sono loro, spiega il pentito Valerio, a permettere ai clan di mettere a segno le truffe più diverse “dall'estrapolazione di denaro dai conti dormienti, fino all'ottenimento di sconti e castelletti bancari con assegni falsi, che vengono comunque liquidati”.

Il rischio c'è, ovvio. “Ma è anche vero che l'alta remunerazione di queste operazioni fa sì che il direttore trovi più conveniente essere licenziato che perdere il guadagno”. E se succede, non è detto che non sia ancora una risorsa per i clan, almeno stando a quanto assicura intercettato Salvatore Aracri, che con Goke sognava in grande: “Apriamoci una bella banca tutta per noi. Questo è più importante di tutte le altre cose. Insieme al leader della banca HSBC possiamo trafficare quando vogliamo”.

Non era una proposta buttata lì, ma un vero e proprio progetto di lavoro. Anche perché nell'affare – si legge nelle carte dell'inchiesta Glicine – Aracri era sicuro di poter cooptare anche il banchiere tedesco Heinz-Martin Humme, in passato presidente del Consiglio della “Stadtsparkasse” di Düsseldorf, accusato di corruzione e destituito. “Questo qua ha concesso diversi crediti che poi sono scoppiati e ha perso il suo lavoro. Ma è l'unico che ha una licenza bancaria e la licenza bancaria è indispensabile affinché la banca possa essere operativa. E questo qua ce l'ha, lo hanno licenziato ma non gli hanno ritirato la licenza bancaria. Infatti mi aveva detto che se mai avessi avuto una banca sottomano di farglielo sapere e che avrebbe ben volentieri accettato”.

È la conferma di uno degli scenari che più preoccupa inquirenti e investigatori, da tempo convinti che i clan di 'ndrangheta – tutti, non solo i crotonesi – abbiano in mano finanziarie e istituti di credito. Ma non è certo l'unico.

A inquietare di più è forse quello che a stento si intuisce dalle conversazioni intercettate e di cui qualche collaboratore ha parlato: la galassia delle piattaforme di trading clandestine attraverso cui la 'ndrangheta –

stando a quanto assicura intercettato il boss Nicolino Grande Aracri - sarebbe riuscita a diventare uno dei grandi creditori degli Stati.

Di base e formalmente le piattaforme finanziarie non sono strumenti illegali, i controlli ci sono. In estrema sintesi, potrebbero essere raccontate come uno spazio virtuale che permette all'utente di acquistare o vendere bond, titoli di Stato, oro, petrolio, azioni. Sono tutte operazioni che creano un bacino economico su cui maturano interessi. A volte sono legate o agganciate a istituti bancari o finanziari, di certo sempre sono gestite da un trader.

Ma dietro – o forse dentro, su questo si sta investigando – si nasconde un altro mondo, riservato a pochissimi, gestito da un ridotto numero di professionisti. È quello delle piattaforme clandestine, in cui nessuno sta troppo attento a controllare l'origine dei fondi, “che generano tra il 70 e l'80 per cento di interessi settimanali rispetto all'investimento effettuato che – spiega il collaboratore Signifredi – deve essere di almeno dieci milioni di euro”. Sono pochissime, solo cinque, e sono in mano ad altrettanti broker. I loro nomi Signifredi non li sa, ma agli inquirenti dà una pista per rintracciarli: sono i faccendieri che sono in grado di contattarli. “Vincenzo Nocera, di origine siciliana, un arabo conosciuto a Parma con il nome di Nabil, sulla piazza di Torino, tale ingegnere Giancarlo Mongarli, mentre sulla piazza di Trento conosco tale Renzo Foladori”.

AMOUNT	CURRENCY	STATUS	DESCRIPTION
0.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvraWDjd1oqiXF4g82lmMc
0.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvrS0Djd1oqiFXffUxd40E
0.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvrQGDjd1oqiFXFPjhp01a4
0.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvrIrDjd1oqiXF4b84MZII
0.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvrD0Djd1oqiFXFTWNj6vxn
0.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvrBIDjd1oqiXF6f6Sn7v2
0.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1Dvp1tDjd1oqiFXFpZOyaVPv
0.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvrilDjd1oqiFXfkVRoW8E

€1,000.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1Dvt7oDjd1oqiFX
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1Dvt0dDjd1oqiF
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1Dvt02Djd1oqiF
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvszHDjd1oqiF
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvsygDjd1oqiF
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvsvDjd1oqiF
€1,000.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvssDjd1oqiF
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvsmVDjd1oq
€1,000.00	EUR	Succeeded ✓	ch_1DvsigDjd1oqi
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1DvsfNDjd1oqi
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1Dvsd0Djd1oq
€1,000.00	EUR	Failed ✗	ch_1Dvsd7Djd1oq

Movimentazioni finanziarie

È in questo limbo che la 'ndrangheta, che per il pentito Valerio “riesce a investirci in quanto notoriamente si sa dell'enorme disponibilità e la serietà dei componenti”, pulisce il suo tesoro.

“Si conferisce oro, prodotti finanziari, anche titoli storici di ingente valore”, spiega Valerio, che a quanto pare li ha anche personalmente trattati, tanto da poter fare esempi precisi. “Posso citarvi il cosiddetto “Black Eagle” emesso dagli Usa nel '900. Tali titoli vengono autenticati da notai appositi e conferiti agli istituti bancari come Ubs, City Bank e Hsbc”. Con bond e titoli di Stato italiani e esteri, persino buoni postali – veri, falsi, verosimili – la 'ndrangheta traffica da tempo. Ma il paniere però è composto per lo più da bond fresh, obbligazioni in teoria destinate esclusivamente ad investitori istituzionali.

Che non sia tutto frutto di pura fantasia, lo conferma l'inchiesta Glicine. “Tra agosto e ottobre 2019 gli indagati – sintetizza il gip – tentavano di effettuare un'operazione finanziaria illegale, rientrando in possesso di un flusso di denaro proveniente da una “piattaforma di trading clandestina”. Valore dell'operazione, 120 milioni da trasferire dal Sud Est asiatico all'Europa. Un'altra operazione è del mese successivo, ma è andata a buon fine solo per metà: 49 milioni di euro scaricati e bonificati poi su una serie di conti svizzeri gestiti da Lorenzo Colombo (allo stato non indagato ndr), trader del gruppo “Centi”, un'altra filiera di trader, broker, facilitatori

e receiver che non avrebbe esitato a mettersi al servizio della 'ndrangheta. Che forse però già è andata oltre. Perché a un potenziale investitore mai individuato, Nicolino Grande Aracri dopo aver assicurato di poter addirittura assicurare linee di credito agli Stati, giurava: “La piattaforma sono io”.

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/07/16/news/banca_ndrangheta_inchiesta_glicine_riciclaggio_mafia-407787629/?ref=RHLF-BG-P4-S1-T1

la Repubblica

Evasione fiscale, con la modifica al Pnrr 15 miliardi di tasse non recuperate. V. Conte. La Repubblica

Valentina Conte

Tra gli obiettivi appena tagliati dal governo nella revisione del Piano, la riduzione del tax gap dal 18 al 15%. Il governo non indica chiare misure alternative e mette in salita il prossimo confronto con la Commissione Ue

ROMA – Appena 18 righe per chiedere all'Europa di rinunciare alla [lotta all'evasione](#).

Almeno nelle modalità concordate nel Pnrr all'epoca del governo Draghi: ridurre di 2,7 punti il tax gap, la propensione all'evasione in Italia misurata dalla differenza tra imposte incassate e imposte attese. Si tratta di 10-15 miliardi per passare dal 18,5% del 2019 - tra le percentuali più alte in Ue - al 15,8% alla fine del prossimo anno.

Questo era scritto nel Pnrr.

Ma il governo Meloni ferma tutto.

E infila la richiesta di stop tra le 144 modifiche al Pnrr ufficializzate dal ministro Raffaele Fitto il 27 luglio. Mettendo così in salita il confronto con Bruxelles.

Il governo cambia strada

Perché la lotta all'evasione era stata aggiunta all'ultimo, dietro pressione della Commissione, come clausola di garanzia per la buona riuscita del Piano.

Quasi un'assicurazione che l'Italia - [al top per evasione](#) dell'Iva in Europa, 100 miliardi di tasse non riscosse all'anno, 1.153 miliardi di cartelle nel magazzino fiscale di cui appena 114 miliardi recuperabili - fa sul serio. Un test di affidabilità. E invece ora Palazzo Chigi cambia a sorpresa strada. E in quelle 18 righe scrive che «vi sono alcune ragioni oggettive che suggeriscono la modifica del target».

Ne cita solo una: «La crisi di liquidità delle imprese» che «può incidere negativamente sulla regolarità dei versamenti tributari».

In altre parole, lo stesso governo che non perde occasione per esaltare i numeri dell'economia italiana, locomotiva d'Europa meglio di quella francese e tedesca, ora invece dice di non essere in grado di abbassare di tre punti scarsi il tax gap portandolo al 15,8% nel 2024, ovvero di recuperare 10-15 miliardi di tasse, perché la stessa economia zoppica.

Lo fa senza peraltro indicare una chiara e plausibile alternativa a quell'indice.

Fa solo notare che serve un altro target su cui essere giudicati, «rientrante nella sfera di controllabilità dell'amministrazione finanziaria e dell'autorità di governo».

Le preoccupazioni dell’Agenzia delle entrate

Una frase probabilmente dettata dalle preoccupazioni dell’Agenzia delle entrate che riesce a incidere su strumenti come il numero di letterine spedite al contribuente per sollecitarlo a mettersi in regola o sul numero degli accertamenti. Ma che non è in grado di controllare le tendenze macroeconomiche che possono sballare la capacità di famiglie e imprese di pagare le tasse.

Una tendenza acclarata dagli economisti, specie durante crisi o forti recessioni come il biennio Covid 2020-2021. E certo questi due anni pesano sul percorso di compressione del tax gap che come detto va dal 2019 al 2024. Ma è evidente che la richiesta di cambio dell’indice a Bruxelles dovrà essere motivata con ben più di 18 righe.

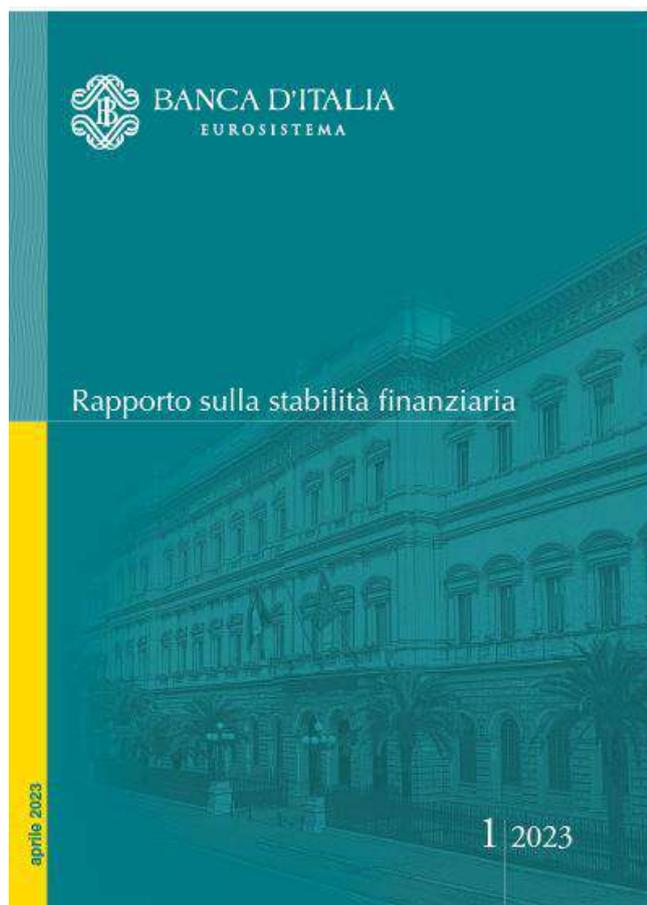
Il confronto alla fine sarà molto più politico che tecnico.

Come concedere all’Italia di modificare in corsa un indice concordato con un altro, quando il governo Meloni sin dalla sua prima legge di Bilancio non ha fatto altro che occhieggiare all’evasione?

Dai dodici condoni in manovra, poi diventati **tredici** , alla delega fiscale piena di sanatorie, concordati preventivi, adempimenti collaborativi. D

alla battaglia sulla soglia del contante e la non obbligatorietà del Pos alla lotta all’evasione verso i piccoli letta dalla premier come «**pizzo di Stato**»? Con un vicepremier, il leghista Matteo Salvini, che non perde occasione per invocare stralci, rottamazioni, pulizie tombali delle cartelle. In questo quadro culturale oltre che politico sarà molto difficile per il governo Meloni modificare una delle riforme abilitanti del Pnrr.

https://www.repubblica.it/economia/2023/07/31/news/tax_gap_evasione_pnrr-409541741/?ref=RHLF-BG-I409547467-P2-S2-T1



INDICE

SINTESI	5
1 I RISCHI MACROECONOMICI, FINANZIARI E SETTORIALI	7
1.1 I rischi globali e dell'area dell'euro	7
1.2 La condizione macrofinanziaria dell'Italia	9
1.3 I mercati finanziari	10
1.4 I mercati immobiliari	14
1.5 Le famiglie e le imprese	15
2 I RISCHI DEGLI INTERMEDIARI FINANZIARI	21
2.1 Le banche	21
2.2 Le assicurazioni e l'industria del risparmio gestito	33
3 LE POLITICHE PER LA STABILITÀ FINANZIARIA	43
APPENDICE	45

INDICE DEI RIQUADRI

Il credito al consumo in Italia nel 2023	16
Gli effetti sul rischio di credito del rialzo dei costi energetici: un'analisi per i principali paesi dell'area dell'euro	23
L'andito del rischio informatizzato connesso con i profili di digitalizzazione delle banche: verso significati	32
I rischi per la stabilità finanziaria derivanti dall'attività dei fondi investibili	41

https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/rapporto-stabilita/2023-1/RSF_1_2023.pdf

VENTI FAVOREVOLI SULLA ROTTA DELL'ECONOMIA ITALIANA NELLA PRIMA PARTE DEL 2023. CONFINDUSTRIA

Venti favorevoli sulla rotta dell'economia italiana nella prima parte del 2023. Il PIL è andato meglio del previsto a inizio anno, l'inflazione è in lento calo sebbene ancora elevata, i tassi di interesse sono alti e in salita. La dinamica dell'industria è positiva solo grazie al trascinamento da fine 2022, mentre i servizi e il turismo sono in forte espansione. Gli investimenti fissi in Italia sono frenati soprattutto dalla carenza di risorse delle imprese e dai tassi elevati per il credito. I consumi sono penalizzati dal precedente balzo dei prezzi, mentre continua a crescere l'export. L'Eurozona è in rallentamento, gli USA meno brillanti, frena di nuovo la Cina, ma accelera l'India.

L'economia italiana e internazionale in breve

- **Meglio del previsto il PIL.** Il 1° trimestre ha visto una ripartenza del PIL sopra le attese (+0,5%) e questo porta la variazione acquisita per il 2023 a +0,8%. Ciò grazie a servizi e industria (sebbene quest'ultima solo grazie al trascinamento da dicembre scorso) che include le costruzioni. Bene l'export, anche se in un contesto internazionale meno favorevole. Il calo del prezzo del gas alimenta la fiducia in Italia, oltre a favorire la riduzione dell'inflazione, che però sarà lenta e continuerà a frenare i consumi.
- **Inflazione: lenta discesa.** Prosegue il calo dell'inflazione italiana, che resta alta (+7,6% annuo a marzo, +11,8% a ottobre). La variazione dei prezzi energetici (+10,8%) è ora più bassa di quella degli alimentari (+12,9%). Infatti, le materie prime con i maggiori rincari sono quelle alimentari: a marzo restano al +55% rispetto al 2019, mentre il prezzo del gas è relativamente basso (43 euro/mwh in aprile) e quello del petrolio sale poco (86 dollari al barile). La dinamica dei prezzi al consumo al netto di tali due componenti è elevata (+4,8%), per la trasmissione dei rincari dell'energia anche agli altri beni e servizi.
- **Tassi alti e in salita.** Il costo del credito per le imprese italiane è salito a 3,55% a febbraio (da 1,18% a fine 2021) e a marzo la quota di imprese industriali che ottiene credito solo a condizioni più onerose è al 44,3% (da 7,3%). La stretta segue il rialzo dei tassi di riferimento: quello BCE è arrivato al 3,50% a marzo (da zero) e secondo i future ci sarà un ultimo rialzo entro l'estate, poi un taglio nel 2024; il BTP italiano si è stabilizzato negli ultimi mesi su un aumento di oltre 3 punti (4,13% in aprile, da 0,97%).
- **Industria: positiva grazie al trascinamento.** La produzione industriale a febbraio ha subito un'altra flessione (-0,2%), dopo che a gennaio era diminuita di -0,5%; la variazione acquisita per il 1° trimestre è di poco positiva (+0,1%), grazie alla buona eredità di dicembre. I dati qualitativi dipingono uno scenario complesso: il PMI a marzo, pur frenando, è rimasto in area di espansione (51,1 da 52,0), ma la fiducia delle imprese è di nuovo calata in aprile, con la flessione di ordini e di attese sulla produzione.
- **Servizi in espansione.** Bene il turismo in Italia, che è molto sopra i valori del 2019 (a febbraio +8,3% in termini di spesa dei viaggiatori stranieri). Ottime le indicazioni sui servizi: a marzo il PMI è balzato, indicando più crescita (55,7 da 51,6) e la fiducia delle imprese in aprile ha proseguito il suo recupero.
- **Consumi frenati.** Nel 4° trimestre 2022 l'impennata dei prezzi ha eroso il reddito delle famiglie (-3,7% reale): ne è derivato un calo dei consumi (-1,6%), in particolare alimentari (-5,3%). La domanda è rimasta fiacca a inizio 2023: le vendite al dettaglio di beni si sono ridotte a febbraio (-0,9%; -1,8% gli alimentari). L'indicatore ICC a marzo conferma il "taglio" agli alimentari (-3,9% annuo), pur registrando una crescita dei consumi totali (+1,1%), coerente con la risalita della fiducia (105,5 ad aprile, da 100,9 a gennaio) e con un mercato del lavoro che resta solido (a febbraio +10mila occupati, +0,3% nel 1° bimestre).

- **Cresce l'export.** L'export italiano resta in espansione a inizio 2023 (+0,5% a febbraio; +0,6% acquisito nel 1° trimestre); migliori ragioni di scambio hanno riportato in positivo il saldo commerciale. Fanno da traino le vendite nei paesi extra-UE, specie Cina; deboli i mercati europei (Germania). Tra i prodotti spicca l'espansione dei farmaceutici. Positive le prospettive, grazie a minori costi e restrizioni nelle filiere mondiali, confermate dagli ordini manifatturieri esteri. Tuttavia, gli scambi globali sono deboli: in calo a gennaio per il quarto mese, con indicazioni negative per febbraio-marzo dal PMI ordini esteri.
- **Eurozona in rallentamento.** Nel 1° trimestre la dinamica del PIL è stata deludente: +0,1% (da +0,2%). Ciò soprattutto a causa del mancato rimbalzo tedesco (+0,0% da -0,5%). Meglio Francia (+0,2%) e soprattutto Spagna (+0,5%). La stima flash del PMI in aprile (54,4 da 53,7) rileva un miglioramento dell'attività economica nell'Area, grazie ai servizi, mentre scende in zona contrazione la manifattura, più sensibile alla stretta sui tassi. Ancora in calo l'inflazione (+6,9% a marzo) ma più difficile il credito.
- **USA meno brillanti.** La FED ha rivisto al ribasso le previsioni sul PIL nel 2023 (da +0,5% a +0,4%) e nel 2024 (da +1,6% a +1,2%); i dati hanno poi mostrato un rallentamento superiore alle attese nel 1° trimestre (+0,3%, da +0,6% nel 4° 2022). A marzo, però, l'industria ha registrato un miglioramento: +0,3% la produzione (zero nel trimestre, dopo il -0,6% nel 4° 2022); in aumento il PMI manifatturiero (ma ancora su valori recessivi). Viceversa, le vendite al dettaglio sono scese in modo rilevante (-1,0%).
- **Frena la Cina, accelera l'India.** La manifattura cinese è andata in stallo a marzo (PMI a 50), dopo la ripartenza di febbraio (51,6); nonostante la buona domanda, le imprese restano caute, pure nel ricostituire scorte. In Brasile si accentua il calo (47,0 da 49,2); resta in espansione l'industria russa (53,2 da 53,6); l'India accelera (56,4 da 55,3), grazie alla domanda rivolta soprattutto a imprese domestiche.

La fiammata dei prezzi taglia i consumi, specie di alimentari...

(Italia, dati e medie trimestrali, var. %)



Focus del mese - Investimenti frenati soprattutto da carenza di risorse

- **Investimenti in moderazione.** Gli investimenti fissi in Italia restano su un sentiero di espansione, dopo l'eccezionale +9,4% nel 2022, di cui +2,0% registrato nel 4° trimestre. Ma sono attesi molto indeboliti nella media del 2023: la variazione già acquisita per l'anno in corso è del +1,8%, cui va aggiunto un profilo trimestrale che però sarà fiacco, soprattutto nella prima metà. E per il 2024 si prevede solo una limitata accelerazione, non tale da rilanciare con forza il PIL.
- **Aziende ancora pessimiste.** Gli indicatori qualitativi diffusi a inizio 2023 forniscono segnali un po' più confortanti rispetto alla fine del 2022, ma le imprese continuano a valutare negativamente lo

scenario per gli investimenti. Dall'indagine Banca d'Italia sul 1° trimestre emerge che i giudizi sulle condizioni per investire sono divenuti meno negativi, sia per industria e servizi (-17,6% il saldo delle risposte, -45,0% in media nel 2022), che per le costruzioni (-26,4% da -46,3%). Ma la quota di imprese che si aspetta di accrescere gli investimenti nei prossimi sei mesi è in calo (industria e servizi 14,7%, da 21,1%; costruzioni 18,1% da 23,1%), sebbene resti storicamente alta (8,3% e 2,9% nel 2019).

- **Non solo imprese.** Gli investimenti fissi, in Italia come nelle altre economie avanzate, sono realizzati soprattutto dalle imprese: il 67,6%, includendo il settore finanziario e le imprese individuali; a prezzi correnti, nel 2022, si tratta di 266 miliardi su un totale di 416. Non va dimenticato, dunque, che sono investimenti fissi anche le spese delle famiglie in abitazioni (19,6% del totale) e le spese in conto capitale realizzate dal settore pubblico (12,8%). L'espansione degli investimenti nel 2022 è stata ottenuta soprattutto con i +37 miliardi delle imprese, ma anche grazie ai +14 miliardi di spese strutturali in abitazioni sostenute dalle famiglie.
- **Motivi della frenata.** Vari fattori contribuiscono al ridimensionamento della crescita degli investimenti nel 2023-24, insieme all'indebolimento della domanda domestica e internazionale soprattutto quest'anno:

1) la graduale riduzione delle agevolazioni fiscali in campo edilizio, che attenuerà quest'anno il contributo delle costruzioni rispetto al 2021-22, in particolare nell'ambito degli investimenti in abitazioni delle famiglie;

2) i margini operativi delle imprese italiane che sono stati messi sotto pressione nell'ultimo biennio dai rincari di commodity ed energia. Nella manifattura, in media, il MOL si è ridotto nel 2022 di 1,8 punti di fatturato dal 2019, con flessioni in quasi tutti i settori industriali (stime CSC). Ciò riduce la capacità di autofinanziamento;

3) il maggior onere per interessi a carico delle imprese che, ai valori attuali dei tassi (che potrebbero però salire ancora), crescerà di quasi 7 miliardi in un anno, pesando sui margini operativi già compressi;

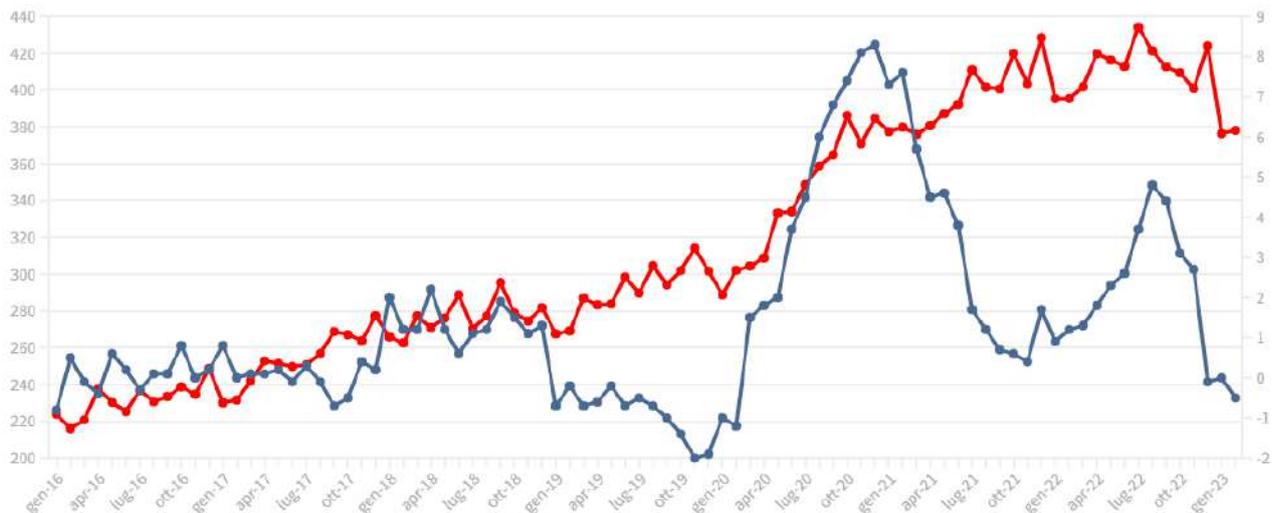
4) le condizioni di offerta più stringenti per il credito che, insieme al minor fabbisogno a breve per le bollette energetiche e al freno che i maggiori tassi pongono alla stessa domanda, hanno bruscamente fermato da fine 2022 i prestiti bancari erogati alle imprese, portandoli poi in negativo (-0,5% annuo a febbraio 2023);

5) i depositi bancari delle imprese, cresciuti molto nel 2020-21, hanno subito di recente un brusco ridimensionamento, pari al -12,9% a febbraio 2023 rispetto a luglio scorso (-56 miliardi). Tale calo è ancor più preoccupante se si considera che le disponibilità liquide delle imprese sono storicamente correlate alla crescita economica e quindi normalmente hanno un trend crescente, simile a quello del PIL nominale.

- **Cruciale l'implementazione del PNRR.** Per i motivi indicati sopra, non vi sono nei bilanci delle imprese italiane risorse facilmente utilizzabili per finanziare nuovi investimenti fissi. In positivo, può però agire la crescita attesa per gli investimenti in fabbricati non residenziali e in macchinari e attrezzature legata alla spesa delle risorse previste dal PNRR e dagli altri fondi europei. Ciò richiede di implementare bene tale Piano per sostenere gli investimenti, in particolare quelli in tecnologie digitali e per l'efficienza energetica, e per alzare finalmente il potenziale di crescita dell'economia italiana nei prossimi anni.

Meno risorse: brusco stop ai prestiti e flessione dei depositi (Italia, imprese non finanziarie, dati mensili)

■ Prestiti da banche (var. % annue*) ■ Depositi in banca (stock in mld €; scala sinistra)



* Corretto per l'effetto di cartolarizzazioni e altre cessioni di prestiti.
Fonte: elaborazioni Centro Studi Confindustria su dati Banca d'Italia.



<https://www.confindustria.it/home/centro-studi/temi-di-ricerca/congiuntura-e-previsioni/dettaglio/congiuntura-flash-aprile-2023>