

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia

n. 4 luglio 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'AVANTAGE



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 (maggiore 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 sono reperibili su: www.asiquas.org

- **“ASIQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30, 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	13
<i>“Eguaglianza”, “Equità” e “diseguaglianze di salute”, G.Banchieri, L. Franceschetti, A.Vannucci, Quotidiano Sanità</i>	13
<i>Appropriatezza in sanità pubblica: parliamone. G. Banchieri, A. Vannucci, Quotidiano Sanità</i>	24
<i>La nuova era e i vecchi problemi. Silvia Scelsi, SCENARIO</i>	33
DOCUMENTI ISTITUZIONALI	34
<i>Le performance regionali. Crea Sanità, XI Edizione 2023</i>	34
<i>Disuguaglianza di salute. ISS</i>	35
<i>I dilemmi del Servizio Sanitario Nazionale presente e futuro. Laboratorio futuro dell’Istituto Toniolo</i>	36
<i>Noi Italia 2022, ISTAT</i>	37
<i>Relazione sullo stato di attuazione del PNRR. Italia domani</i>	38
<i>COVID-19 weekly epidemiological update</i>	39
<i>Rapporto Crea: 8 Regioni promosse, 7 rimandate e 6 bocciate nelle performance sanitarie 2023. Il Sole24</i>	41
A PROPOSITO DI SOSTENIBILITÀ	43
<i>Osservasalute: italiani a rischio tra cattivi stili di vita e crisi dell’assistenza. Il Sole24ore</i>	43
<i>La teoria della catastrofe. Ivan Cavicchi, Quotidiano Sanità</i>	47
<i>La pedanteria che a nulla porta. Bruno Agnetti, Quotidiano Sanità</i>	49
<i>C’è un limite alla “cattiva” politica in sanità? Claudio Maria Maffei. Quotidianosanita.it</i>	51
<i>Le ricerche in sanità e l’invarianza dei risultati. Ivan Cavicchi, quotidianosanita.it</i>	53
<i>Non bastano i LEA per un buon funzionamento del Ssn. Roberto Polillo, Mara Tognetti. quotidianosanita.it</i>	56
<i>COVID-19. La lezione. Salute Internazionale</i>	59
<i>Raggiungere la giustizia nell’attuazione: la Lancet Commission on Evidence-Based Implementation in Global Health. Peterson et al. The Lancet</i>	63
<i>Resistere al pragmatismo incontrollato nella salute globale. Smith et al. The Lancet</i>	64
SCENARIO SSN	66
<i>Eurispes-Enpam: un italiano su tre rinuncia alle cure, gli stipendi dei medici sono o più bassi d’Europa. Il Sole24ore</i>	66
<i>Tutti intorno al tavolo col Governo Meloni per firmare un accordo sulla sostenibilità del Ssn. Ed ecco quello che ci scrivereì. Ivan Cavicchi, quotidianosanita.it</i>	68
<i>Dopo la pandemia. Quali spunti per una sanità nuova. Carla Collicelli. quotidianosanita.it</i>	75
<i>Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità. C. Caporale, C. Collicelli, L. Drust. Edizioni CNR</i>	78
<i>È successo. Gavino Maciocco, SALUTE INTERNAZIONALE</i>	81
<i>La ricerca qualitativa in salute: valore e visibilità. Qian Lungo e Hong Jiang, THE LANCET</i>	83

<i>L'OMS mette fine all'emergenza sanitaria pubblica COVID-19. Talha Burki, THE LANCET</i>	85
<i>Il fenomeno Fauci 1. The New England Journal of Medicine</i>	87
<i>Il fenomeno Fauci, parte 2. R.Gotbaum New England Journal of Medicine</i>	93
<i>Innovations in care delivery. Catalyst NEJM</i>	98
<i>Tutta la persona, punteggio di salute: uno strumento incentrato sul paziente per misurare i determinanti non medici della salute. Khurana et al., Catalyst NEJM</i>	101
<i>Le origini del Covid-19: perché è importante (e perché no). Gostin et al. The New England Journal of Medicine</i>	104
<i>Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità. C. Caporale, C. Collicelli, L.Drust, CNR</i>	108
<i>Anthony FAUCI. Pandemie Preparedness and response. Lesson from COVID-19. Accademia dei Lincei, Palazzo Corsini Roma</i>	109
SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA	110
<i>Istat: spesa sanitaria pubblica a 3.747,2 \$ per abitante nel 2020. Spesa sanitaria privata è 24,4% della complessiva. Radiocor PlusS 24</i>	110
<i>Rilanciare il servizio sanitario pubblico anche attraverso un ridisegno del rapporto pubblico privato. Roberto Polillo, Mara Tognetti. quotidianosanita.it</i>	111
<i>Privatizzazione del Servizio sanitario nazionale: di cosa stiamo parlando? Isabella Mastrobuono quotidianosanita.it</i>	114
<i>Sanità pubblica tra problemi e narrazioni. La voce info</i>	117
ONE HEALTH, CLIMA, SALUTE E AMBIENTE	119
<i>Unione europea della salute: s'intensifica la lotta alla resistenza antimicrobica con l'approccio "One Health". Il Sole24ore</i>	119
<i>Lo studio: "Gli umani hanno estratto talmente tanta acqua dal sottosuolo che l'asse della Terra si è spostato". Enrico Franceschini, La Repubblica</i>	121
<i>Nuotare in mezzo al Covid, tracce del virus trovate al largo di mari e oceani. Donatella Zorzetto, La Repubblica</i> ..	122
<i>El Niño, gli effetti che preoccupano gli scienziati: eventi meteorologici estremi e temperature record. Matteo Marini, La Repubblica</i>	124
<i>Le nostre strisce climatiche. Cosa è successo all'Italia dagli anni Novanta. Jaime D'Alessandro. La Repubblica</i>	130
<i>Ambiente e Salute. Iss: "Il mare è malato per colpa dell'uomo, i segni dal Mediterraneo al Polo Nord" quotidianosanita.it</i>	136
<i>Non c'è 'One Health' senza 'One Water'. Andrea Piccioli, quotidianosanita.it</i>	139
<i>Oms-Unicef: "Nel mondo si muore ancora per mancanza di acqua pulita ed elettricità nei servizi sanitari. Ogni anno 8 milioni di morti". quotidianosanita.it</i>	141
<i>Inquinamento: studio Usa, anche a bassi livelli danneggia lo sviluppo del cervello. Valentina Arcovio. Sanità. Informazione</i>	143
<i>Abitare la città. Fondazione Franca e Franco Basaglia</i>	145

PANDEMIE OGGI E DOMANI	147
<i>Indicatori di Stress SSN. Altems, Università Cattolica.....</i>	<i>147</i>
<i>Gimbe: nel 2022 recuperato il 65% delle prestazioni ma oltre 7 milioni sono ancora da erogare, troppe differenze tra le Regioni. Fondazione Gimbe. Il Sole24ore</i>	<i>151</i>
<i>Covid, dall'Inghilterra accuse a Pechino: "Il virus nato in un laboratorio del ministero della Difesa". Antonello Guerrera. La Repubblica</i>	<i>154</i>
<i>Studio di fase I randomizzato, in cieco con osservatore, controllato con placebo su un vaccino mRNA SARS-CoV-2 PTX-COVID19-B. Orozco et al. Scientific reports</i>	<i>156</i>
<i>Cinetica anticorpale anti-SARS-CoV-2 a lungo termine e correlazione della protezione contro l'infezione da Omicron BA.1/BA.2. Saez et al. Scientific reports</i>	<i>157</i>
<i>Gli anticorpi specifici per la proteina del picco del coronavirus indicano frequenti infezioni e reinfezioni nell'infanzia e tra gli operatori sanitari vaccinati con BNT162b2. Kolehmainen et al. Scientific reports</i>	<i>158</i>
<i>Stima dell'impatto delle disuguaglianze del vaccino COVID-19: uno studio di modellazione. Gozzi et al. Nature communications.....</i>	<i>159</i>
<i>GRT-R910: un vaccino mRNA SARS-CoV-2 autoamplificante aumenta l'immunità per ≥6 mesi negli anziani precedentemente vaccinati. Palmer et al. Nature communications</i>	<i>161</i>
<i>Il modello di criceto per la rigenerazione alveolare post-COVID-19 offre l'opportunità di comprendere le sequele post-acute di SARS-CoV-2. Heydeman, Nature communications</i>	<i>162</i>
<i>Cambiamenti climatici possono «resuscitare» virus «zombie» e scatenare nuove epidemie. V. Arcovio, Sanità Informazione</i>	<i>163</i>
<i>Gli 11 migliori articoli su cosa possiamo aspettarci dal coronavirus. Nature Canada</i>	<i>167</i>
<i>Monitoraggio fase tre Report settimanale. Ministero della salute</i>	<i>168</i>
<i>COVID-19 Weekly Epidemiological Update. WHO</i>	<i>169</i>
PIANO NAZIONALE RINASCITA E RESILIENZA	171
<i>Kammer (Fmi): "Il Pnrr vale per l'Italia il 12% di Pil. Ma dovete completarlo". P. Mastrolillo. La Repubblica</i>	<i>171</i>
<i>Senza l'effetto fiducia del PNRR l'Italia sarebbe in recessione. C.Bastasin. La Repubblica</i>	<i>173</i>
<i>PNRR, nei primi due mesi spesi solo 1,2 miliardi su un totale programmato di 40,9 per il 2023. G. Colombo, La Repubblica.....</i>	<i>176</i>
<i>PNRR. Le maggiori criticità su Case e Ospedali di Comunità e adeguamento antisismico. In ballo oltre 4 mld di euro. E anche sui target del 2023 la strada è tutta in salita. La Relazione di Fitto. G.Rodriguez, quotidianosanita.it</i>	<i>179</i>
<i>Pnrr. Ministero Salute: "Al primo trimestre 2023 raggiunti i target nazionali previsti per Case Comunità e Ospedali Comunità", quotidianosanita.it</i>	<i>183</i>
OSPEDALE CHE CAMBIA.....	185
<i>Sanità del futuro, a Milano il primo Next Generation Hospital. V.Balocco CORCOM</i>	<i>185</i>
<i>Ospedale del futuro. L'Oms raccomanda le linee guida del Politecnico di Milano. Quotidiano Sanità.....</i>	<i>187</i>
<i>Ospedali del futuro: un brief tecnico sul ripensamento dell'architettura degli ospedali. WHO Europa</i>	<i>189</i>

<i>Ospedale del futuro. WHO</i>	190
<i>L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro. G. Banchieri, I Quaderni di Quotidiano Sanità.</i>	191
<i>High-value referrals. Learning from challenges and opportunities of the COVID-19 pandemic. Concept paper. WHO</i>	194
<i>Hospitals of the future. A technical brief on re-thinking the architecture of hospitals. WHO</i>	195
NURSING	196
<i>Analisi CREA Sanità, FNOPI: sul territorio servono più infermieri e più qualificati. FNOPI</i>	196
<i>“Su infermieri stranieri Ordini centrali per certificare la qualità dei professionisti”. FNOPI</i>	197
<i>Transizione dei laureati magistrali in Scienze infermieristiche alla pratica clinica. Relster et al., Nurse Education Today</i>	197
<i>Infermieri e studenti di infermieristica come seconde vittime: revisione della letteratura. Sahay, L. McKenna. Nursing Outlook</i>	200
<i>Far avanzare la formazione infermieristica italiana nell'era post-pandemia: risultati di uno studio di ricerca qualitativa nazionale. Bassi et al., BMC Medical Education</i>	201
<i>Un nuovo percorso formativo e professionale per MMG e personale infermieristico. Roberto Polillo, Saverio Proia, Quotidiano Sanità</i>	201
MEDICINA TERRITORIALE	204
<i>Toscana: inaugurata la Casa della Comunità di Sinalunga, la prima dell'Azienda Sud Est. Il Sole24ore</i>	204
<i>Cure sul territorio/ Per riparare agli errori d'avvio del Pnrr servono soldi e volontà politica. E la "nuova" Medicina generale modello Schillaci. Ettore Jorio, Il Sole24ore</i>	206
<i>Assistenza primaria, perché non condividiamo il Ddl della Lega. A. Nobili, F. Lonati, Quotidiano Sanità</i>	208
<i>Riprendiamoci la nostra autonomia. O. Mancin, Quotidiano Sanità</i>	209
<i>Medici di famiglia: parte la rivoluzione? Dalla specializzazione universitaria alla dipendenza arriva il Piano del Ministero della Salute. Quotidiano Sanità</i>	211
<i>La riforma delle cure primarie del ministro Schillaci e i suoi nemici. R. Polillo, S. Pavia, Quotidiano Sanità</i>	212
<i>Aspettando il ministro della Salute Orazio Schillaci. R. Polillo, Quotidiano Sanità</i>	213
<i>Mmg. Ecco perché va mantenuto il rapporto di convenzione libero professionale. A. Panti. Quotidiano Sanità</i>	214
SANITÀ, SOCIALE E LONG TERM CARE	215
<i>Disuguaglianze e salute. Intervista a Sir Michael Marmot. Biblioteca Alessandro Liberati del Servizio Sanitario Regionale del Lazio</i>	215
<i>Determinanti commerciali della salute: una nuova collana dedicata della rivista “The Lancet”. Disuguaglianze di Salute</i>	216
<i>Cure primarie e Salute mentale. L. Negro. Salute Internazionale</i>	220

<i>Il personale indipendente SARS-CoV-2 ha testato le istituzioni accademiche e sanitarie protette nel nord-ovest di Londra. Bailey et al., The Lancet</i>	222
<i>Non assicurati e non immuni: colmare il divario tra copertura vaccinale per gli adulti. Wallender et al., The New England Journal of Medicine</i>	225
<i>Le origini del Covid-19: perché è importante (e perché no). Gostin and Gronwall. The New England Journal of Medicine</i>	228
<i>I costi delle RSA. F. Pesaresi. Welfare oggi</i>	232
DIGITALIZZAZIONE TELEMEDICINA	233
<i>L'OMS chiede un'IA sicura ed etica per la salute. WHO</i>	233
<i>Cittadini e competenze digitali. Istat</i>	235
ECONOMIA E SANITÀ	237
<i>Le turbolenze del mercato alimentare spiegate bene. A. Pascale, Il Foglio. Agrifoglio</i>	237
<i>Corporate America, da Tim Cook a Elon Musk perché i ceo americani sono andati in Cina. F. Santelli, La Repubblica</i>	240

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento, formato e di letteratura scientifica
 Lunedì 21 novembre 2022 ore 8:30/11:00 / 13:00/17:00
 AULA CONVEGNI P. O. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

Help Desk Asiteramo
 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>

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
- 2 Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari - SECONDA PARTE
Help Desk Asiteramo • 20 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 3 SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - prima parte
Help Desk Asiteramo • 22 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 4 SEMINARIO PNRR e Distretti sociosanitari - 28nov22 - seconda parte
Help Desk Asiteramo • 19 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 5 SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - Prima parte
Help Desk Asiteramo • 31 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 6 SEMINARIO PNRR e Case di Comunità - 29nov22 - seconda parte
Help Desk Asiteramo • 18 visualizzazioni • 3 mesi fa

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
- 8 SEMINARIO PNRR e Ospedali di Comunità - 5dic22 - Seconda parte
Help Desk Asiteramo • 21 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 9 CONVEGNO Appropriately Prescrittiva - 10dic22 - Prima parte
Help Desk Asiteramo • 30 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 10 CONVEGNO Appropriately Prescrittiva - 10dic22 - Seconda parte
Help Desk Asiteramo • 16 visualizzazioni • 3 mesi fa
- 11 SEMINARIO PNRR e Centrali Operative Territoriali - 12dic22 - Prima parte
Help Desk Asiteramo • 24 visualizzazioni • 3 mesi fa

- 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 Appropriately Prescrittiva - 10dic22 - Prima parte**
Help Desk Asiteramo • 30 visualizzazioni • 3 mesi fa
4:01:26
- 10 **CONVEGNO Appropriately 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

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

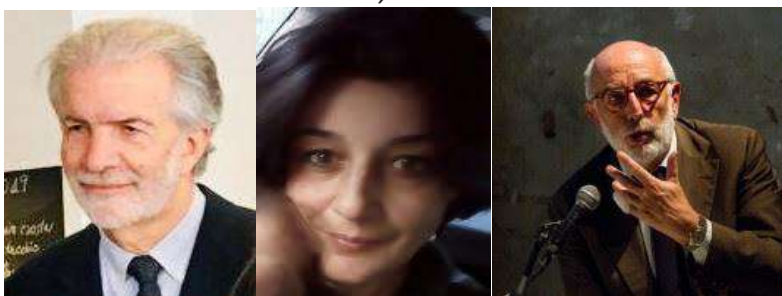
BREAKING ARTICLES

“Eguaglianza”, “Equità” e “diseguaglianze di salute”, G.Banchieri, L. Franceschetti, A.Vannucci, Quotidiano Sanità

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

Laura Franceschetti, Professoressa presso DiSSE, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università “Sapienza” di Roma.

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



SSN e “universalismo” ed “eguaglianza”.

Sin dalla sua istituzione, il Servizio Sanitario Nazionale è stato caratterizzato dai principi di “universalità” ed “eguaglianza”, come da riforma del 1978 che si apriva con l'affermazione che **“il Servizio Sanitario Nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio”**.

Venne sancita l'obbligatorietà dell'assicurazione contro le malattie superando così, il sistema mutualistico a favore di un sistema di sicurezza sociale caratterizzato dalla “universalità dell'assistenza” per tutta la popolazione tramite il SSN e finanziato con la fiscalità generale.

La definizione di “universalità” è stata progressivamente precisata con riferimento alla situazione reddituale dei beneficiari prevedendo la compartecipazione (o esenzione) al costo delle prestazioni, e sulla natura della prestazione sanitaria richiesta, che deve risultare “appropriata”.

Quanto sopra ha contribuito alla affermazione di una idea di universalità “forte” basata sul modello del “tutto a tutti a prescindere dai bisogni”, basata sulla ipotesi di una sostanziale “uniformità organizzativa” sull'intero territorio nazionale, a un'idea di universalità “mitigata” rappresentata dal modello delle “prestazioni necessarie ed appropriate a chi ne ha bisogno”, a sua volta basato sulla possibilità di differenziazione organizzativa nei singoli territori – vedi anche la Riforma del Titolo V della Costituzione - ferma restando la garanzia del progressivo superamento delle disuguaglianze e degli squilibri sociali e territoriali, finalità assicurata anche in sede di programmazione sanitaria – vedi i “Piani di Rientro” imposti alle Regioni non performanti.

Le prestazioni erogabili da parte del SSN/SSR sono state selezionate in base al principio di “appropriatezza”, inteso sia come “appropriatezza clinica” delle prestazioni più efficaci a fronte del

bisogno accertato e di *“appropriatezza come regime di erogazione della prestazione più efficace”* ma al tempo stesso a minor consumo di risorse.

Quindi il principio di *“eguaglianza”* e il principio di *“universalità”* del SSN sono anche i presupposti per assicurare la coesione sociale del Paese e per contrastare le conseguenze sulla salute dovute alle disuguaglianze sociali, derivate dalle diverse condizioni socio-economiche dei singoli territori.

L’idea iniziale di *“eguaglianza”* in base alla quale *“gli individui con lo stesso stato di salute (o di bisogno) devono venire trattati egualmente”*, è evoluta nella idea che *“gli individui con peggiore stato di salute o con maggiore bisogno devono venire trattati più favorevolmente”* (*“equità verticale”*).

Questa evoluzione del principio di *“eguaglianza”* ha consentito di individuare tre diversi ambiti in cui l’*“equità”* deve trovare realizzazione:

- *L’accesso alle prestazioni ed ai servizi sanitari,*
- *I risultati di salute in capo ai singoli soggetti,*
- *L’allocazione delle risorse e dei servizi secondo i bisogni.*

La tutela della *“salute”* nella Costituzione Repubblicana.

Nella Costituzione Italiana gli articoli concorrenti a creare il *“contesto italiano”* per sviluppare policy attive di *“salute/One Health”* sono i seguenti:

- *Art. 2. “La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell’uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l’adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”.*
- *Art. 3. “Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [292, 371, 481, 511, 1177], di razza, di lingua [6], di religione [8, 19], di opinioni politiche [22], di condizioni personali e sociali. È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l’effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all’organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.*
- *Art. 32. “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*
- *Art. 41. (1) “L’iniziativa economica privata è libera. Non può svolgersi in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all’ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. La legge determina i programmi e i controlli opportuni perché l’attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali e ambientali [43]”. [Senato della Repubblica, “Costituzione Italiana”, Testo Vigente, aggiornata alla Legge Costituzionale n.1 dell’11 febbraio 2022 n. 1]*

***“Salute”* e progresso economico sociale.**

Le opportunità sociali di poter godere di un buon livello di salute sembravano poter essere garantite dal progresso che la società vive in questi anni. Tuttavia questo fenomeno non si riscontra in modo omogeneo e uniforme per tutti i cittadini. Infatti, nonostante l’evoluzione delle condizioni di vita e il progresso del sistema di tutela sanitaria e sociale fino all’inizio degli anni ’90 abbiano migliorato le aspettative di vita e lo stato di salute in molti Paesi, non si è verificata una tendenziale distribuzione omogenea nel rapporto benessere/malattia, come per altro nella distribuzione dei redditi.

La globalizzazione ha impattato sulla struttura economico sociale delle democrazie occidentali determinando una tendenziale crisi dei ceti medi, una perdita di importanza dei così detti *“corpi intermedi”* contribuendo alla affermazione di una società *“liquida”* e alla sfiducia verso le istituzioni e la politica.

In pratica, la popolazione vive più a lungo ma l'agiatezza economica, l'istruzione scolastica, la posizione lavorativa ed altri fattori incidono, diversamente per ognuno, sulla qualità della salute e sulle garanzie di un complessivo benessere della persona.

Margaret Whitehead precisava già nel 1990 che: *“Il termine “equità” possiede una dimensione morale ed etica. Esso si riferisce alle differenze sociali ritenute evitabili, non necessarie ma anche ingiuste. Quindi, per poter ritenere un fenomeno non equo, bisognerebbe identificare la sua causa e valutarla ingiusta nel contesto sociale dove agisce”.*

“Determinanti di salute” e “diseguaglianze di salute”

I determinanti di salute sono quei fattori che influenzano e determinano la salute e il benessere degli individui. In letteratura scientifica vengono distinti in ¹:

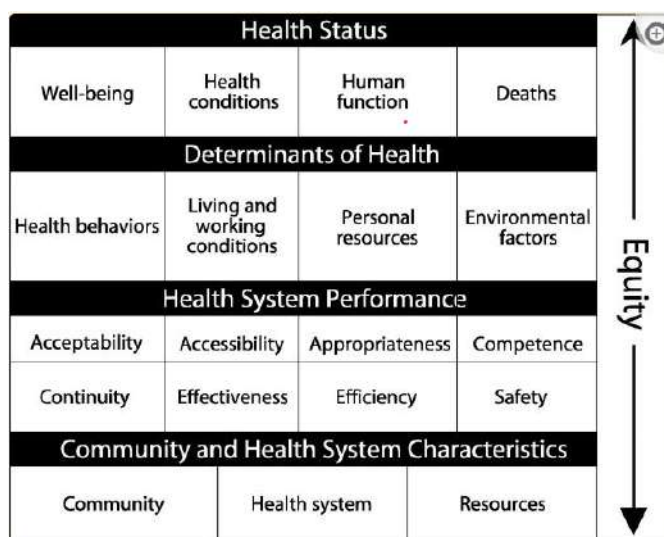
A) Determinanti prossimali che includono:

1. I fattori individuali non modificabili (età, sesso, etnia, caratteristiche genetiche);
2. Gli stili di vita individuali, alcuni dei quali possono essere a rischio (es.: abitudine al fumo, abuso di alcol, sedentarietà, consumo di droghe): si tratta di fattori modificabili con opportune politiche e interventi di prevenzione e promozione della salute;

B) Determinanti distali: che comprendono quei fattori individuali e ambientali che sono responsabili delle disuguaglianze sociali e che influenzano l'azione degli altri determinanti di salute:

1. Le reti sociali in cui l'individuo è inserito all'interno della comunità (se deboli, esse rappresentano un fattore di rischio per lo stato di salute e benessere psico-sociale dell'individuo; al contrario se forti, sono una risorsa per la comunità intera);
2. Il contesto specifico individuale (es.: livello di istruzione, condizione professionale, alloggio) o locale (es.: acqua e igiene, servizi sanitari locali) e, a livello più macro;
3. Le condizioni socioeconomiche e culturali del contesto generale.

Figura 1- Determinanti di salute



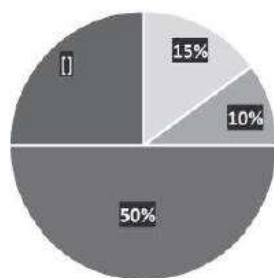
¹ Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*. Institute for Future Studies, Stockholm.

Il contributo relativo dato da questi determinanti alla longevità (raggiungimento dell'età di 75 anni) è stato stimato da diverse istituzioni internazionali, in particolare dal *Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002*.

Il peso del settore sanitario al conseguimento di questo obiettivo (generalmente enfatizzato) è stato valutato nel range 10-25%, quello del patrimonio genetico 15-20%, il contributo dell'ecosistema 10-20%, mentre l'influenza dei fattori socioeconomici e dei comportamenti salutari, di gran lunga la più importante, è stata stimata intorno al 50%.

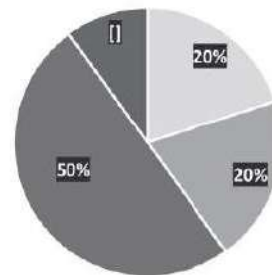
Figura 2 Determinanti di salute

Dati 2002 su popolazione del Canada



■ Patrimonio Biologico/Genetico ■ Ambiente Fisico
■ Ambiente Sociale ed Economico ■ Sistema Sanitario

Dati 2010 su popolazione del Canada

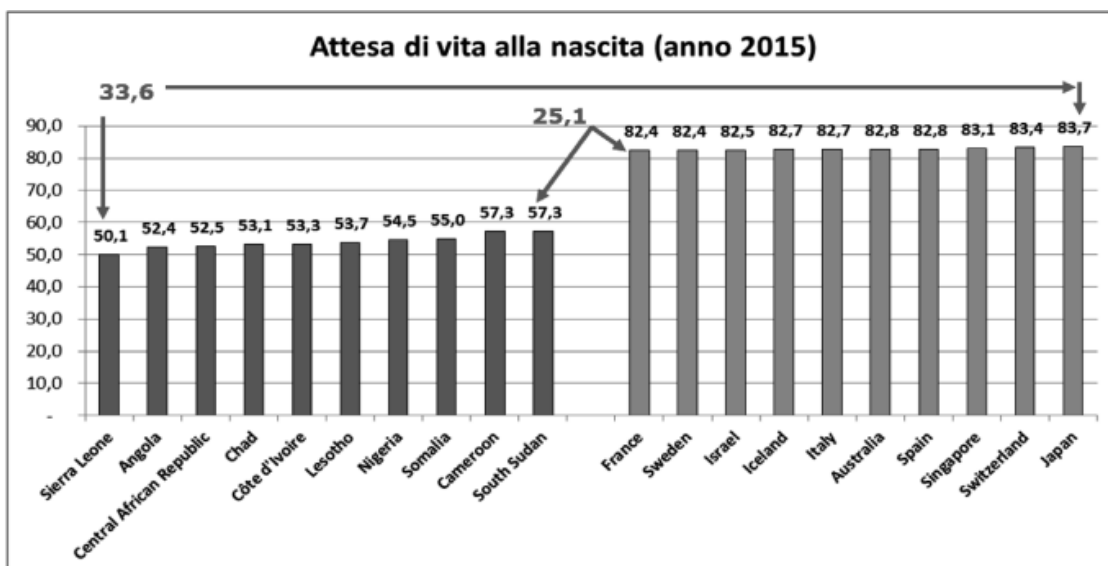


■ Patrimonio Biologico/Genetico ■ Ambiente Fisico
■ Comportamenti salutari ■ Sistema Sanitario

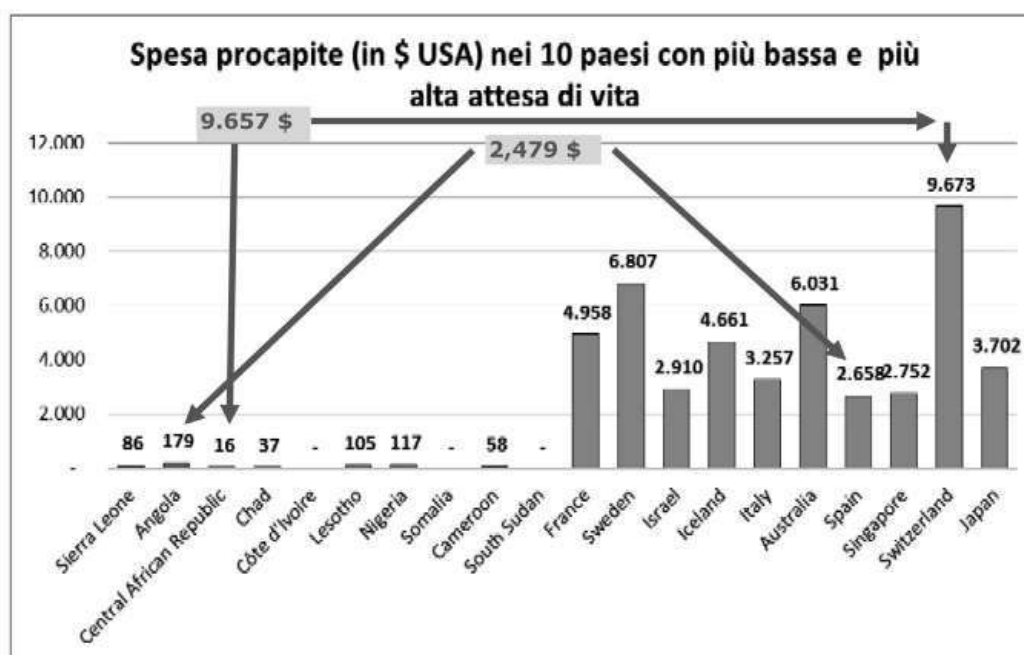
I dati W.H.O. (Figura 3, Figura 4) di alcuni indicatori chiave sullo stato di salute delle popolazioni:

- *Attesa di vita alla nascita;*
- *Mortalità a cinque anni;*
- *Spesa sanitaria pro-capite*

mostrano differenze talmente rilevanti tra i Paesi più poveri e quelli più ricchi che appare superfluo commentarli se non auspicando che la lotta alle disuguaglianze sociali e la tutela della nostra biosfera rappresentino le due sfide ineludibili per i prossimi decenni.



- Differenza tra il più alto degli ultimi Paesi e il più basso dei primi: 25.1 anni (82.4-57.3)
- Differenza tra il più basso degli ultimi Paesi e il più alto dei primi: 33.6 anni (83.7-50.1)
- Range anni di vita attesa alla nascita: meno 25.1-33.6 anni nei Paesi svantaggiati.



Quindi la *salute* è un *bene sociale* la cui tutela non dovrebbe dipendere solo dal servizio sanitario, ma dall'impegno di tutti i settori che possono avere un impatto sulla distribuzione dei determinanti del benessere fisico e mentale dei cittadini e della comunità, come richiesto dalla dichiarazione di Roma "*Salute in Tutte le Politiche*". I livelli di salute rilevabili in una società (e la loro distribuzione tra gruppi sociali) non dipendono unicamente dalla capacità dei servizi sanitari di provvedere alla cura o alla prevenzione delle malattie, ma anche dalle scelte delle istituzioni a capo delle politiche che producono e distribuiscono opportunità e risorse in un territorio (e quindi ad esempio di quelle economiche, fiscali, ambientali, culturali, urbanistiche, del lavoro, dell'istruzione e così via), e di tutti gli *stakeholder* che operano in questi settori.

Per ridurre le conseguenze delle disuguaglianze sociali sulla salute occorre, quindi, intervenire con azioni e politiche, sanitarie e non, capaci di interrompere i vari meccanismi che le innescano. In particolare, i *meccanismi principali di origine delle disuguaglianze di salute* che devono essere intercettati con le azioni sono i seguenti:

1. *Il contesto economico e sociale e le politiche di sviluppo e welfare sono i principali corresponsabili della posizione sociale a cui ogni persona approda nella sua vita*: dalla posizione sociale dipende il grado di controllo che la persona ha sulla propria vita che è garantita da quei determinanti sociali, le risorse materiali, di *status* e di aiuto, che servono a condurre una vita dignitosa e corrispondente alle aspettative;

2. *La posizione sociale influenza la probabilità di essere esposto ai principali fattori di salute fisica e mentale*, tra i quali:

- a) *I fattori di rischio dell'ambiente sociale e fisico che caratterizzano le condizioni e gli ambienti di vita e di lavoro;*
- b) *I fattori di rischio psicosociali, ovvero lo squilibrio tra quello che si esige da una persona e il grado di controllo, remunerazione e supporto di cui il soggetto fa esperienza nelle quotidiane condizioni di vita e di lavoro;*
- c) *Gli stili di vita insalubri, come il fumo, l'alcol, l'obesità, l'inattività fisica, la cattiva alimentazione, il sesso non protetto;*
- d) *Le limitazioni all'accesso alle cure appropriate.*

3. *Inoltre, la posizione sociale influenza la vulnerabilità agli effetti sfavorevoli sulla salute dei fattori di rischio*; in molti casi le persone di bassa posizione sociale esposti allo stesso fattore di rischio manifestano effetti sfavorevoli sulla salute più severi di quanto non succeda alle persone di alta posizione sociale;

4. *Infine, i gruppi più svantaggiati hanno meno risorse per far fronte o prevenire le conseguenze sociali delle malattie* (si pensi al rischio di impoverimento per le spese sanitarie o di difficoltà di carriera lavorativa in presenza di una malattia propria o di un familiare).

I quattro meccanismi di origine delle disuguaglianze di salute sono altrettanti punti di ingresso per politiche e azioni di contrasto e moderazione. Il Servizio Sanitario Nazionale è, oltre alla scuola, l'unico grande presidio sociale distribuito nel Paese, che avrebbe dovuto trasferire i benefici della assistenza sanitaria in tutto il Paese e in tutti gli strati sociali senza distinzioni di diritto nell'accesso. Dunque il SSN rappresenterebbe un presidio universalistico importante da valorizzare per le sue capacità di realizzare uguaglianza di opportunità e spesso anche di risultato.

I “determinanti sociali di salute” nelle policy della Unione Europea.

Il tema dei *determinanti sociali di salute* è diventato prioritario nell'agenda europea degli ultimi dieci anni. La Commissione Europea con la Comunicazione 2009 sulla “*Solidarietà nella salute*” aveva invitato i Paesi Membri, le Regioni e le forze ² economico-sociali a fare la loro parte per ridurre le persistenti disuguaglianze di salute.

La Commissione Salute della Conferenza delle Regioni, in risposta al mandato della Commissione Europea, ha commissionato ad un gruppo di lavoro interregionale il compito di elaborare una revisione italiana sullo stato dell'arte delle disuguaglianze in Italia, delle cause e delle azioni di

² G. Costa, M. Bassi, G.F. Gensini, M. Marra, A.L. Nicelli, N. Zengarini. *L'Equità della Salute in Italia: Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Fondazione Smith Kline – Editore Franco Angeli, 2014

contrasto, che possa suggerire indirizzi per la programmazione delle politiche attenta all'equità nella salute.

Il gruppo di lavoro denominato "*Equità nella salute e nella sanità (ESS)*" ha elaborato un Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia, insieme con una proposta di raccomandazioni che rispondono alle principali implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie dello stato delle disuguaglianze in Italia documentato dal rapporto. Più recentemente è stato presentato il documento "*l'Italia per l'equità nella salute*"³ che ha la finalità di fornire un quadro sistematico sulle disuguaglianze socioeconomiche in Italia e sui loro effetti sulla salute dei cittadini, a partire dalle evidenze scientifiche, con una particolare attenzione alla recente crisi economica e alle barriere, anche immateriali, per l'accesso alle cure.

Il documento fornisce una vasta ricognizione delle principali politiche pubbliche avviate nei recenti anni per contrastare tali disuguaglianze e avanza alcune proposte di intervento condivise tra i responsabili dei diversi settori della vita pubblica che influenzano, da varie prospettive, la salute dei cittadini.

In Italia: le tipologie di disuguaglianze esistenti

Disuguali nell'aspettativa di vita

Le disuguaglianze nel tasso di mortalità generale, che in Italia risulta pari a 75 ogni 10.000 abitanti per le donne e 128 per gli uomini.

Come per l'aspettativa di vita, questi valori sono più elevati al Sud e nelle Isole, sia tra le donne (81,5), sia tra gli uomini (136,2), a parità di età. Sempre a parità di età gli uomini meno istruiti hanno il 50% di probabilità in più di morte prematura rispetto ai più istruiti, il 60% nel Nord-Ovest e il 30% per le donne, che sale al 40% nel Meridione.

Disuguali nelle malattie che conducono a morte

In testa alla graduatoria ci sono malattie come l'AIDS associata con l'abuso di droghe e sesso non protetto; la cirrosi epatica e i tumori del fegato associati con i già menzionati comportamenti a rischio o all'abuso di alcool. Seguono i tumori delle vie aeree e digestive superiori (VADS) tra gli uomini, associati con tabacco e alcool; i tumori dello stomaco associati alle infezioni e legate a scarsa igiene alimentare; gli incidenti da mezzi di trasporto tra gli uomini legati alla sicurezza stradale; le malattie del sistema respiratorio tra gli uomini associate ai rischi da lavoro e al fumo; il diabete mellito, soprattutto tra le donne, associato all'obesità e alla qualità delle cure; la salute mentale (suicidi) legata al disagio sociale; i tumori del polmone tra gli uomini correlati al fumo. Ma a questo punto della lista tutte le altre malattie continuano a segnare eccessi di mortalità tra i meno istruiti, ancora intorno al 20- 50%.

Disuguali nella salute percepita

Le persone a minor reddito riferiscono di essere in uno stato di salute non buono più spesso delle persone ad alto reddito, sistematicamente in tutti i periodi e in tutte le fasce di età analizzati. Il miglioramento di salute non è stato quindi in grado di eliminare il divario tra maggiore e minore reddito, che rimane superiore ai 10 punti percentuali nelle classi di età più anziane.

³ Ministero della Salute - *L'ITALIA per L'EQUITÀ nella SALUTE*. Novembre 2017

Disuguali nella scuola

L'Italia rimane agli ultimi posti in Europa per l'elevato numero di ragazzi e ragazze che nella minore età accumulano ritardi e poi rimangono fuori da percorsi di istruzione superiore o formazione professionale. Essi sono il 10% circa a 16 anni e il 20% a 18 anni. L'accesso e soprattutto la conclusione del ciclo di istruzione superiore rimangono ancora ambiti di forte differenziazione per origine sociale. Lo stesso vale per l'università, in cui il livello di abbandono, intorno al 40%, è elevatissimo.

Abbiamo il primato in Europa di giovani Neet, "*neither in employment nor in education or training*" e indica quei giovani tra i 15 ed i 34 anni che non lavorano, non studiano e non sono in formazione professionale. Nel 2020 sono **più di 3 milioni**, con una **prevalenza femminile di 1,7 milioni**. L'incidenza dei Neet **raddoppia nel Sud rispetto al Nord**, ed è maggiore tra le donne.

Disuguali nel lavoro

Per la salute sono fondamentali l'occupazione e la qualità del lavoro. La crisi iniziata nel 2008 ha avuto un impatto molto forte sull'occupazione. Mentre il Nord ha recuperato i livelli di occupazione del 2007, il Sud rimane sotto di 6 punti percentuali. Sul benessere e la salute percepita sul lavoro l'Italia è nelle migliori posizioni in Europa riguardo alla qualità fisica degli ambienti di lavoro (seconda su 35), mentre è nelle ultime (quintultima) per la qualità sociale degli ambienti e delle relazioni di lavoro.

Disuguali nel reddito

Il reddito familiare disponibile di fonte Banca d'Italia dal 2007 al 2012 ha subito una diminuzione del 13,8%, una perdita che ha coinvolto tutti gli strati sociali, anche la classe media, ma che è stato proporzionalmente più pronunciato per le basse classi sociali. È evidente che l'Italia abbia attraversato due importanti crisi con dinamiche sperequative differenti: la prima del 1992 con un forte aumento delle disuguaglianze sociali per il crollo dei redditi medi e l'aumento di quelli alti; e quella del 2007 e soprattutto del 2011 con impoverimento complessivo di tutti gli strati della popolazione, in un contesto di economia stagnante e a rischio di declino, ed un significativo peggioramento delle disuguaglianze per i meno protetti, soprattutto i giovani.

Infine se incrociamo il tutto con i dati sui differenziali di PIL regionali previsti per quest'anno il quadro di frammentazione si consolida e non fa sperare bene sulle capacità di rinascita e resilienza del SSN e dei SSR:

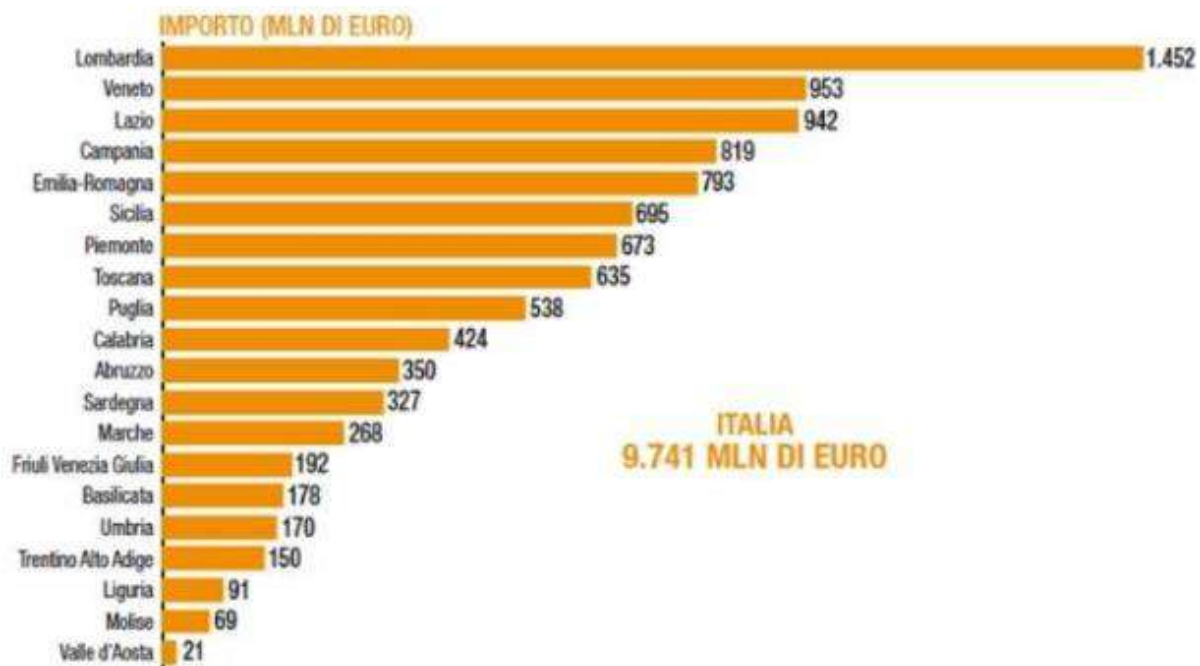
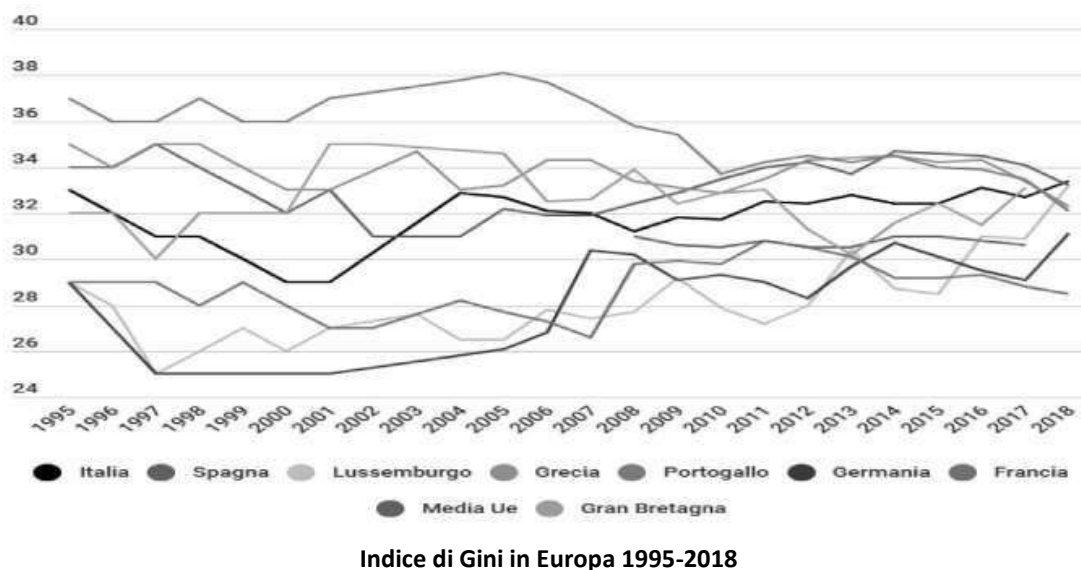


Figura 4 – Il PIL delle Regioni italiane nel 2023. Fonte: MEF

In merito alle *disuguaglianze di reddito* è opportuno riferirsi all'indice di Gini ⁴, l'indicatore internazionalmente riconosciuto come il più preciso per misurare la disuguaglianza nella distribuzione del reddito.



Disuguali nelle condizioni abitative

Nell'ultimo rapporto *“Benessere Equo e Sostenibile”*⁵ circa l'11,5% della popolazione residente in Italia risulta gravemente deprivata (tra gli ultimi posti in Europa), anche per difficoltà a riscaldare

⁴ AA.VV., “Corrado Gini: innovator and leader of Italian statistics”, Special Issue of *Statistica Applicata - Italian Journal of Applied Statistics*, Vol. 28 (2-3), 2016

⁵ Istat Rapporto BES 2019 – *Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Roma 2019 Istituto Nazionale di Statistica

l'abitazione o a pagare le bollette e mantenere l'abitazione. Il 9,6% della popolazione è in condizioni abitative difficili, per sovraffollamento (27,8%, quasi il doppio della media europea) e per la presenza di problemi strutturali (quasi un quarto della popolazione lamenta presenza di infiltrazioni, umidità e simili su muri, soffitti o infissi).

Disuguali nei comportamenti a rischio per la salute

Fumo, abuso di alcol, sedentarietà, alimentazione scorretta e, infine, obesità e sovrappeso sono, in Italia, stili di vita insalubri influenzati dallo svantaggio sociale ma in misura variabile e spesso soltanto in alcune aree territoriali o in uno dei due sessi. A parità di età, la differenza nel fumo tra coloro con la licenza elementare e coloro che hanno conseguito maturità o laurea è quasi del doppio nel Nord ed è di oltre dieci punti percentuali nel resto del Paese. In entrambi i sessi sussistono preoccupanti livelli complessivi di sovrappeso e di obesità, specialmente in Meridione, seppur con prevalenze minori rispetto all'Europa, con importanti e più intense disuguaglianze a svantaggio dei meno istruiti, specie se donne.

Disuguali nella prevenzione

Le persone più svantaggiate per istruzione, difficoltà economiche o cittadinanza straniera si sottopongono meno spesso di quelle più avvantaggiate ai test di diagnosi precoce dei tumori della mammella, del collo dell'utero e dell'intestino, che sono offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con programmi organizzati di screening a gruppi specifici di popolazione. Ad esempio i tassi di immunizzazione contro la rosolia in donne in età fertile sono pari al 60% fra le italiane, e del 36% fra le immigrate.

Disuguali nell'accesso alle cure

Gli italiani di bassa istruzione a parità di altre condizioni ricorrono più spesso alle visite generiche e all'ospedale mentre usano di meno gli esami e le visite specialistiche e che tali differenze sono rimaste stabili negli ultimi 15 anni. Questa rinuncia all'assistenza specialistica potrebbe essere correlata alle barriere economiche all'accesso. Le rinunce ad una prestazione sanitaria in Italia tra il 2004 e il 2015 sono cresciute in chi ha un reddito inferiore alla mediana mentre sono diminuite in chi ha un reddito superiore; in tal modo la forbice tra le due categorie rispetto alla percentuale delle rinunce è cresciuta sempre più, sino a raddoppiarsi.

Categorie di azioni per la riduzione delle disuguaglianze:

In letteratura scientifica le possibili azioni per ridurre le "disuguaglianze" sono:

- A. *Azioni di sistema, rivolte a tutta la popolazione in modo proporzionale al bisogno;*
- B. *Azioni strumentali, finalizzate a far funzionare le altre azioni con dati, regole e processi;*
- C. *Azioni selettive, rivolte ai gruppi più vulnerabili.*

A) Le azioni di sistema

- *Rendere esigibili in modo equo i diritti e le risorse;*
- *Moderare gli effetti diseguali delle barriere alle cure;*
- *Promuovere l'equità nel governo clinico (Health Technology Assessment, Linee Guida, Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali – PDTA, Piano Nazionale Cronicità);*
- *Promuovere l'equità nella prevenzione;*
- *Adottare il bilancio sociale per valutare l'impatto sull'equità;*
- *Sviluppare azioni intersettoriali e multilivello.*

B) Le azioni strumentali

- *“Follow-up” della mortalità e degli eventi sanitari tracciabili nel NSIS relativamente a popolazioni arruolate ai censimenti;*
- *Follow-up prospettico della mortalità per causa e dei ricoveri ospedalieri, sviluppato nell’ambito delle indagini campionarie ISTAT sulla salute;*
- *Follow-up prospettico del rischio di infortunio sul lavoro, di ricovero e di morte per causa, sviluppato a partire da un campione numeroso (circa 8%) della forza lavorativa del settore privato italiano; investire nella ricerca sulle principali lacune conoscitive circa i meccanismi che generano disuguaglianze di salute e circa l’efficacia degli interventi di contrasto;*
- *Coinvolgere e formare il personale sanitario allo scopo di introdurre l’“equity audit” nell’ambito delle proprie attività e funzioni, anche includendo l’equità tra gli obiettivi prioritari nei programmi ECM.*

C) Le azioni selettive rivolte ai gruppi più vulnerabili

I gruppi più vulnerabili – quindi - sono quelli in condizioni di *estrema povertà e marginalità* (come i senza dimora), e quindi maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute correlati allo svantaggio sociale, oppure quelli che hanno una particolare suscettibilità agli *effetti sfavorevoli sulla salute e alle ricadute dell’esperienza di malattia sulla carriera sociale* (come i disabili). Spesso le due condizioni sono entrambe presenti nello stesso gruppo.

Conclusioni

Pertanto siamo un Paese NON per giovani, con molti anziani, come molte disuguaglianze e diversità sociali, culturali e territoriali. In questo contesto si parla di *“autonomia differenziata”* e si continua, in continuità con gli altri Governi precedenti, a finanziare il *“Job Acts”* nella sua componente del *“welfare aziendale”* al cui interno c’è per l’80% dei finanziamenti previsti la *“sanità integrativa”* assolutamente *“privata”* e intermediata da assicurazioni e mutue ... E poi si parla di crisi del SSN ... In realtà è il modello di sviluppo del Paese che va ripensato e modificato.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114906

Giorgio Banchieri, Segretario Nazionale ASQUAS, Dipartimento di Scienze Sociali ed Economiche della Università "Sapienza" di Roma.

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, Professore a contratto DISM Università di Siena, socio Accademia Nazionale di Medicina, Genova.

Definizione di "appropriatezza"

In letteratura scientifica la definizione base di "appropriatezza" viene ricondotta alla seguente:

*"Utilizzo corretto (basato sulle evidenze e/o esperienza clinica e/o buone pratiche) di un intervento sanitario efficace, in pazienti che ne possono effettivamente beneficiare in ragione delle loro condizioni cliniche"*⁶.

Quando si parla di appropriatezza clinica si fa riferimento alla capacità di un intervento sanitario preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo di rispondere al bisogno del paziente (o della collettività) con un bilancio favorevole tra benefici e rischi, sulla base di modalità e standard riconosciuti.

Le "buone pratiche"

Nel concetto di appropriatezza clinica è quindi insito il concetto di applicazione delle *buone pratiche* e di aderenza a *linee guida basate sulle evidenze*.

Dell'espressione "buone pratiche" non esiste una definizione univoca ed esaustiva⁷, ma si può utilmente far riferimento a quella fornita da AGENAS⁸, condivisa con il Ministero della Salute e con le Regioni e PP.AA.:

... sono buone pratiche per la sicurezza dei pazienti interventi/esperienze attuati dalle organizzazioni sanitarie che abbiano dimostrato un miglioramento della sicurezza dei pazienti (suddivisi per tipologia in "raccolta dati", "coinvolgimento del paziente", "cambiamenti specifici", "interventi integrati") che rispondono ai seguenti criteri:

- *Attuati a livello regionale, aziendale o di unità operativa;*
- *Basati su evidenze di letteratura;*
- *Realizzati secondo i principi del miglioramento continuo della qualità e rappresentati in accordo con linee guida internazionali (SQUIRE), con particolare attenzione alla metodologia di valutazione dell'efficacia e dei costi;*
- *Sostenibili nel tempo;*
- *Potenzialmente riproducibili/trasferibili in altri contesti..."*

Le Linee Guida di pratica clinica

Sono *"... dichiarazioni che includono raccomandazioni, intese a ottimizzare l'assistenza ai pazienti, raccomandazioni che sono informate da una revisione sistematica delle evidenze e da una*

⁶ Arah OA, Westert GP, Hurst J, Klazinga NS. 2006. *A conceptual framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project*. Int J Qual Health Care 18 Suppl 1:5-13.

⁷ Labella B, Caracci G., Tozzi Q. e De Blasi R: *L'Osservatorio Buone Pratiche di AGENAS*. In Monitor (Trimestrale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali) Anno XI numero 31 2012 pag 21-34

⁸ Tozzi Q., Caracci G., Labella B.: *Buone pratiche per la sicurezza in sanità*. Il Pensiero Scientifico Editore (febbraio 2011) pag. 41.

valutazione dei benefici e dei danni delle opzioni di cure alternative”⁹ e rappresentano il punto di riferimento più importante per gli operatori sanitari e per gli stessi pazienti, uno standard di qualità dell’assistenza e uno strumento essenziale per prendere molte decisioni di politica sanitaria.

Esse sono il frutto di una “*revisione sistematica della letteratura con una valutazione esplicita della qualità delle prove e la formulazione di raccomandazioni la cui forza e direzione è basata su giudizi trasparenti*”, e si differenziano dalle conferenze di consenso, dai *position papers*, dai percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali, dai protocolli tecnico-operativi, dai pareri di esperti come pure dai criteri di appropriatezza d’uso di tecnologie e dispositivi sanitari.

Nella pratica clinica, il giudizio di appropriatezza di un intervento sanitario deve prendere in considerazione da un lato il “*profilo rischio-beneficio*” dell’intervento, e quindi il livello di raccomandazione degli stessi in relazione alla qualità delle evidenze disponibili, dall’altro le “*preferenze/aspettative*” del paziente¹⁰.

EBM e “appropriatezza”

Attualmente, la mancanza di un approccio *Evidence Based* rappresenta una delle maggiori minacce all’erogazione di trattamenti di qualità. Sebbene numerose evidenze riguardo ai trattamenti ottimali delle patologie siano state prodotte e diffuse attraverso la letteratura scientifica e le relative Linee Guida, l’aderenza ed il rispetto delle evidenze risulta variabile nell’ambito dei Sistemi Sanitari, soprattutto in termini di modalità di erogazione e tempestività dei processi di diagnosi e cura^{11,12}.

Distaccandosi poi dal concetto di appropriatezza riferito all’intervento destinato al singolo paziente e valutando la situazione da una prospettiva più ampia, ci si rende conto dell’impossibilità di parlare di appropriatezza in un contesto di risorse esauribili senza far riferimento anche alla dimensione del costo, e quindi all’“*appropriatezza organizzativa*”¹³. Questo vale tanto di più oggi in permanenza di un finanziamento tendenziale del FSN pari al 6,2% del PIL, dopo la fase transitoria della pandemia da SARS-COV-2.

“Inappropriatezza” e sprechi in sanità

Negli USA abbiamo un mercato sanitario privato pari al 16% del PIL. La stima degli sprechi alias “*inappropriatezze*” esistenti è tra il 21% e il 47,6% della spesa sanitaria globale.

In Italia si stimavano alcuni anni fa circa 25 mld di Euro di sprechi su circa 112 mld del FSN (il 22% del totale della spesa diretta) e circa il 17% della spesa sanitaria globale, pubblica e privata (pari a

⁹ *Consensus report, Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. March 23, 2011.*

¹⁰ *Di Stanislao F e altri, “La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale”, ASQUAS, Roma, 2013 pagg. 246*

¹¹ Jollis JG, Granger CB, Henry TD, Antman EM, Berger PB, Moyer PH, Jacobs AK. 2012. *Systems of care for ST-segment-elevation myocardial infarction: a report From the American Heart Association’s Mission: Lifeline. Circulation Cardiovascular quality and outcomes* 5(4), 423–8. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.111.964668

¹² Jernberg T, Johanson P, Held C, Svennblad B, Lindback J, Wallentin L. 2011. *Association between adoption of evidence-based treatment and survival for patients with ST-elevation myocardial infarction. JAMA* 305(16), 1677–84. doi:10.1001/jama.2011.522

¹³ *Di Stanislao F e altri, “La qualità nell’integrazione tra sanità e sociale”, ASQUAS, Roma, 2013 pagg. 246*

146 mld di Euro). Ad una prima lettura, nonostante che non siamo contenti, stiamo comunque meglio che negli USA e ancora una volta si constata come una gestione fortemente privatistica della sanità è meno performante di quella a maggioranza “pubblica”.

Tipologia sprechi	Ipotesi Bassa	Ipotesi Media	Ipotesi Alta
Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci	3.8 %	4.8 %	5.8 %
Frammentazione e inadeguato coordinamento assistenza	0.9 %	1.3 %	1.7 %
Sovra utilizzo di interventi diagnostici e terapeutici	5.9 %	7.2 %	8.5 %
Asimmetria costi acquisto tecnologie	4.0 %	9.3 %	14.6 %
Complessità amministrative	3.2 %	4.9 %	6.7 %
Frodi e abusi	3.1 %	6.7 %	10.2 %
Totale sprechi in USA	21.0 %	34.3 %	47.6 %

Fonte da Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating waste in US health care.

La “appropriatezza organizzativa”

Ripartiamo dalla definizione di “appropriatezza organizzativa” in letteratura che è la seguente “... erogazione di un intervento/prestazione in un contesto organizzativo idoneo e congruente, per quantità di risorse impiegate, con le caratteristiche di complessità dell’intervento erogate e con quelle cliniche del paziente”¹⁴

Quindi l’“appropriatezza organizzativa” attiene al “contesto operativo” in cui viene erogata l’assistenza.

Come riportato nella definizione il contesto operativo “... deve essere idoneo e congruente ...”, con le caratteristiche di “... complessità clinica del paziente e della tipologia di intervento/assistenza da erogare ...” in modo che il paziente ottenga una assistenza con identico beneficio e con un minore impiego di risorse.

Nell’ambito del “Progetto Mattoni SSN”, il mattone “Misura dell’appropriatezza” ha ampliato e approfondito molti aspetti teorici e operativi, fra cui le modalità di misurazione ed incentivazione dell’appropriatezza ospedaliera, delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche.

(<http://www.mattoni.salute.gov.it/mattoni/paginaInternaMenuMattoni.jsp?id=10&menu=mattoni>).

Nel 2007 nel documento del Comitato Scientifico del Progetto Mattoni SSN “Misura dell’Appropriatezza” si specificava che “l’appropriatezza organizzativa”, concerneva:

- L’ambito nel quale sono erogati gli interventi;
- Le azioni tese a individuare e rimuovere incentivi perversi (es. Tariffe di rimborso incongrue) che possono stimolare l’esecuzione di prestazioni anche quando i rischi individuali superano i benefici o quando sono disponibili modalità differenti di erogazione (per esempio, nella scelta fra ricovero ordinario, ricovero diurno e prestazione ambulatoriale);
- L’efficienza produttiva, intesa come minimizzazione dei costi per unità prodotta;
- La soddisfazione del paziente.

Venivano inoltre analizzati i sistemi di controllo analitici effettuati “ex-post”:

¹⁴ Ministero della Salute: *Manuale di formazione per il governo clinico: monitoraggio delle performance cliniche.* Roma, dicembre 2012

- PRUO - protocollo per la Revisione dell'Uso dell'Ospedale;
- MAAP - modello di Analisi della Appropriatezza per elenchi di Procedure;
- APPRO – che rappresenta un approccio articolato alla valutazione dell'appropriatezza organizzativa dell'ospedale per acuti basata sull'analisi degli archivi informatici delle dimissioni e sul calcolo di soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari¹⁵.

“Appropriatezza” e “clinical governance”

La definizione di “appropriatezza clinica” e di “appropriatezza organizzativa” sono, a loro volta, riconducibili a quella di “Clinical Governance”¹⁶. Comparsa nel 1998 sulla rivista scientifica [British Medical Journal](#): “... la Clinical Governance è un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l'eccellenza dell'assistenza sanitaria...”.

Il significato concettuale è l'utilizzo di una modalità di gestione in ambito sanitario basato su un nuovo modello di come fare le cose (nuove logiche operative): è quindi un nuovo modo di gestire e governare le attività che poggia su quattro aspetti fondamentali: la responsabilità, la trasparenza, il coinvolgimento e la partecipazione, l'etica e il valore del lavoro.

Tutte dimensioni della “qualità” che richiedono “competenze professionali, organizzative e tecnologiche” degli operatori sanitari, socio sanitari e sociali così come la partecipazione attiva dei pazienti, in una logica di “comunità”, che deve essere “proattiva” e “partecipante”.

“Slow Medicine Italy”

In Italia il movimento “Slow Medicine Italy”, promosso da “Slow Food” e dall'allora SIQUAS VRQ, ha lavorato fin dall'inizio sull'assioma che cure appropriate e di buona qualità e un'adeguata comunicazione fra le persone sono in grado di ridurre i costi dell'organizzazione sanitaria e gli sprechi, promuovono l'appropriatezza d'uso delle risorse disponibili, la sostenibilità e l'equità dei sistemi sanitari e migliorano la qualità della vita dei cittadini nei diversi momenti della loro vita.

Una medicina “sobria, rispettosa, giusta” è il motto di “Slow Medicine Italy”, che sintetizza una idea di cura basata sulla “sostenibilità”, sull’“attenzione alla persona e all’ambiente”, sull’“equità” e sull’“appropriatezza delle cure”.

La “sobrietà” viene connotata con una frase: “fare di più non sempre significa fare meglio”. Questo in un contesto attuale in cui lo spreco di farmaci, trattamenti ed esami sembra rimane significativo. Il “rispetto” ci ricorda che tutte le donne e gli uomini così come gli altri esseri viventi e l'ambiente che ci circonda hanno diritto ad una ricerca continua della loro salute, prima di ogni altra cosa, e a politiche di rispetto della vita in tutte le sue forme e della singolarità di ogni persona e di ogni cultura di cui fanno parte.

Oggi questo ci riporta alla visione e all'approccio “One Health”. (vedi i nostri articoli su “Quotidiano sanità”: “One Health in Italia” e “L'approccio “One Health” e le policy per la sua gestione”, 2023)

¹⁵ Di Stanislao F e altri, “La qualità nell'integrazione tra sanità e sociale”, ASIQUAS, Roma, 2013 pagg. 271

¹⁶ G. Scally e L.J. Donaldson, [British Medical Journal](#), 1998.

E La parola *“giusto”* significa almeno due cose: la prima è l'*uguaglianza* di tutti i cittadini, tutte le persone, nei confronti del loro diritto alla prevenzione, cura e assistenza; la seconda è l'*appropriatezza* delle prescrizioni e dei trattamenti sulla base dell'EMB.

Il progetto *“Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy”*

Il progetto più significativo sviluppato da *“Slow Medicine”* in Italia, a partire dal 2012, è stato *“Fare di più non significa fare meglio – Choosing Wisely Italy”* che ha l'obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di *“inappropriatezza”* per giungere a scelte informate e condivise. Le società scientifiche/associazioni di professionisti che hanno aderito al progetto hanno individuato ciascuna una lista di almeno cinque test diagnostici o trattamenti¹⁷, che in Italia venivano effettuati molto comunemente. Trattamenti che non apportano benefici significativi, secondo evidenze scientifiche di efficacia alle principali categorie di pazienti ai quali vengono generalmente prescritti e possono invece esporli a rischi. Attualmente l'elenco è disponibile sul sito di *“Choosing Wisely Italy”*¹⁸.

Ad oggi le pratiche assistenziali censite dalle 49 società scientifiche partecipanti al progetto non basate su EBM sono oltre 2.400 e molte sono ancora di uso diffuso.

Decreto ministeriale, detto *“Lorenzin”*, del 9 dicembre 2015 e nuovi LEA

Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 20 gennaio 2016, Il decreto elencava le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza di prestazioni di alcune specifiche branche specialistiche: Odontoiatria, Genetica, Radiologia diagnostica, Esami di laboratorio, Dermatologia allergologica, Medicina nucleare.

Pochi mesi dopo, il 15/07/2016 sono stati presentati i nuovi LEA ed è stato abrogato il *“Decreto appropriatezza”*. Niente sanzioni per medici e maggiore libertà prescrittiva, ma l'*appropriatezza* resta (?!).

Fu di fatto un dietrofront sul *“Decreto appropriatezza”*. La novità, prevista nei nuovi LEA, era la risultato di una concertazione tra Ministero della Salute e FNOMCeO.

Venne presentato anche un *“Manifesto sull'appropriatezza”*, realizzato dal Ministero della Salute e dalla FNOMCeO, diffuso poi in tutti gli studi medici, ospedali e sedi delle ASL per informare i cittadini sulla novità introdotte dai nuovi Livelli Essenziali di Assistenza ... Ad anni di distanza osserviamo però che c'è ancora strada da fare ... per una costante azione di recupero dell'*“appropriatezza”*.

Tornando su *“appropriatezza”* e sprechi in sanità

In sanità, tutti i processi che non migliorano la salute delle persone generano *“sprechi”*, anche se la loro esistenza è motivata da nobili motivazioni.

Secondo l'OCSE possono essere considerati sprechi:

¹⁷ Brody H. *Medicines ethical responsibility for health care reform: the Top Five list*. N Engl J Med. 2010;362(4):283-285

¹⁸ <https://choosingwiselyitaly.org/>

- Sia le risorse erose da servizi e processi dannosi e/o che non determinano alcun beneficio, alcun valore;
- Sia i costi che potrebbero essere evitati utilizzando alternative meno onerose che producono gli stessi benefici.

Secondo l'OCSE circa il 20% della spesa sanitaria (2017) apporta un contributo minimo o nullo al miglioramento della salute delle persone. Gli sprechi si annidano a tutti i livelli (politica, management, aziende sanitarie, professionisti, pazienti).

Tutti sono chiamati a trovare soluzioni adeguate a ridurre gli sprechi attraverso due strategie:

- *Smettere di fare cose che non generano valore;*
- *Utilizzare, se esistono, alternative di efficacia/sicurezza sovrapponibili, ma dal costo inferiore.*

Secondo l'OCSE si possono identificare tre macro categorie di sprechi:

- *Wasteful clinical care* (sovra utilizzo);
- *Operational waste* (acquisti a costi eccessivi e inadeguato coordinamento dell'assistenza);
- *Governance related waste* (complessità amministrative).

cui si possono aggiungere:

- Il sotto utilizzo di interventi sanitari dal "value" elevato con conseguente peggioramento degli "outcome" di salute;
- Frodi e abusi,

Il sovra-utilizzo di prestazioni inappropriate, in particolare quelle diagnostiche, può essere imputato:

- Alla medicina difensiva con conseguenti scelte diagnostiche terapeutiche finalizzate non tanto all'erogazione della migliore prestazione sanitaria, quanto piuttosto alla riduzione delle possibili cause di denunce da parte dei pazienti;
- Alle perverse logiche di finanziamento e incentivazione di aziende e professionisti basate sulla produzione delle prestazioni, e non sull'appropriatezza;
- Alla medicalizzazione della società;
- Alle crescenti aspettative di cittadini e pazienti per una sanità infallibile;
- Al continuo turnover delle tecnologie.

La Sanità del 21° secolo sarà dominata dai "pazienti" e dal concetto di "valore".

Questo perché i bisogni e la domanda stanno aumentando più velocemente delle risorse disponibili per soddisfarli. Le cause sono legate all'invecchiamento della popolazione, a nuove malattie e all'innovazione e allo sviluppo degli strumenti e delle tecnologie.

Nel contesto di un probabile incremento nel volume e nell'intensità delle attività cliniche, le conseguenze presumibili, di segno positivo e negativo, saranno:

- Il coinvolgimento di sempre più professionalità;
- Un maggior numero di esami;
- Più approfondimenti specialistici;
- Più trattamenti e un maggior numero di trattamenti complessi;
- Un maggiore coinvolgimento dei pazienti;
- Più dati e informazioni da gestire;
- Più controversie legali.

Uno sguardo al domani

Se abbiamo ripercorso la storia, spesso controversa, dell'incremento dell'appropriatezza nel sistema sanitario pubblico, che va riconosciuto è almeno in parte avvenuto, lo abbiamo fatto anche per guardare ai mutamenti di oggi e domani e proseguire il cammino, che sarà ancora impegnativo, con nuove prospettive e nuovi strumenti.

“Appropriatezza clinica” e “Health literacy”

L'appropriatezza clinica e la “*health literacy*” sono due concetti strettamente correlati che contribuiscono a migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria e il coinvolgimento dei pazienti nella gestione della propria salute.

Se l'appropriatezza clinica si riferisce all'adeguatezza e alla pertinenza delle cure fornite ai pazienti in base alle loro esigenze e alle migliori evidenze disponibili, la “*health literacy*” si riferisce alla capacità di una persona di ottenere, comprendere e utilizzare le informazioni relative alla salute per prendere decisioni informate e gestire la propria salute perché sarà diventata capace di ascoltare, leggere e comprendere le indicazioni mediche, valutare criticamente le informazioni e saper comunicare con i curanti.

Una persona con un buon grado di “*health literacy*” è più propensa a partecipare attivamente alla gestione della propria salute, facendo domande, cercando informazioni affidabili e prendendo decisioni informate. Il coinvolgimento attivo dei pazienti aumenta la probabilità di scelte appropriate.

La “*health literacy*” aiuta i cittadini a valutare criticamente le informazioni sulla salute provenienti da varie fonti, come la rete o i media. Una valutazione critica è essenziale per distinguere informazioni accurate da quelle errate o fuorvianti, evitando di cadere in terapie o cure non appropriate

Un buon grado di “*health literacy*” facilita la comprensione delle istruzioni mediche, del dosaggio dei farmaci, della loro modalità di assunzione ed effetti collaterali possibili, aumentando l'aderenza al trattamento, che è un fattore cruciale per l'“*appropriatezza clinica*”.

Pertanto, promuovere la “*health literacy*” tra i pazienti è un aspetto fondamentale per garantire l'“*appropriatezza clinica*” e favorire risultati di salute positivi. Ciò può essere fatto attraverso strategie educative, materiali informativi chiari e accessibili e una comunicazione aperta e collaborativa tra medici e pazienti.

“Appropriatezza clinica” e alfabetizzazione digitale

Anche l'“*appropriatezza clinica*” e l'alfabetizzazione digitale sono due aspetti che possono lavorare insieme per garantire cure mediche appropriate e consapevoli nell'era della sanità digitale, perché buoni livelli di alfabetizzazione digitale determinano competenza e capacità di utilizzare le tecnologie digitali in modo efficace e consapevole.

Nell'ambito della salute l'alfabetizzazione digitale riguarda la capacità di accedere alle informazioni sulla salute *online*, comprendere e valutare le risorse digitali e utilizzare le tecnologie per gestire la propria salute e può promuovere “*appropriatezza*” se le istituzioni politiche e scientifiche preposte alla tutela e alla produzione della salute saranno presenti e non lasceranno il campo ad iniziative e soggetti che seguono altre logiche.

L'alfabetizzazione digitale può contribuire all'“*appropriatezza clinica*” in diversi modi:

- *Accesso alle informazioni sulla salute: i pazienti diventano capaci di accedere a una vasta gamma di informazioni sulla salute online. Questo può consentire loro di ottenere conoscenze approfondite sulle loro condizioni di salute, sui trattamenti disponibili e sulle migliori pratiche. L'accesso a informazioni affidabili e aggiornate può aiutare i pazienti a prendere decisioni informate e a partecipare attivamente alle decisioni sulla loro cura;*
- *Valutazione critica delle informazioni: l'alfabetizzazione digitale aiuta i pazienti a valutare criticamente le informazioni sulla salute trovate online. Essere in grado di discernere tra fonti affidabili e non affidabili, valutare la qualità delle informazioni e considerare i dati basati sull'evidenza può contribuire a evitare informazioni fuorvianti o errate. Ciò promuove l'appropriatezza clinica, poiché i pazienti saranno in grado di prendere decisioni basate su informazioni accurate e valide;*
- *Utilizzo delle applicazioni e delle risorse digitali: l'alfabetizzazione digitale consente ai pazienti di utilizzare applicazioni mobili, dispositivi di monitoraggio della salute e altre risorse digitali per gestire la propria salute. Ad esempio, i pazienti possono utilizzare applicazioni per monitorare i propri livelli di attività fisica, gestire la dieta, registrare i sintomi o tracciare il dosaggio dei farmaci. Queste risorse digitali possono aiutare i pazienti a seguire il trattamento prescritto in modo adeguato e a collaborare con i medici nella gestione della loro salute;*
- *Comunicazione con i professionisti sanitari: l'alfabetizzazione digitale può agevolare la comunicazione tra i pazienti e i professionisti sanitari attraverso canali digitali come e-mail, portali dei pazienti o piattaforme di telemedicina. Questo può consentire ai pazienti di comunicare con i medici in modo rapido e conveniente, fare domande, richiedere referti o ricevere consigli. Una comunicazione efficace con i professionisti sanitari promuove l'appropriatezza.*

“Appropriatezza clinica” ed intelligenza artificiale

Infine, se l'“appropriatezza clinica” è una misura dell'adeguatezza e della pertinenza dei trattamenti medici rispetto alle condizioni specifiche dei pazienti e vogliamo garantire che i pazienti ricevano le cure, basate sulle migliori evidenze disponibili e tenendo conto delle loro caratteristiche individuali, l'intelligenza artificiale (IA) può svolgere un ruolo importante.

L'IA ha la capacità di analizzare grandi quantità di dati medici, come record elettronici dei pazienti, dati di imaging, risultati di test di laboratorio e studi scientifici. Utilizzando algoritmi avanzati, l'IA può identificare modelli e tendenze che possono aiutare i medici a prendere decisioni migliori e più informate sulla diagnosi e il trattamento.

Ecco alcuni modi in cui l'IA può contribuire all'“appropriatezza clinica”:

- *Diagnosi più accurate: L'IA può analizzare dati clinici e segni diagnostici per identificare patologie o condizioni specifiche con maggiore precisione. Ciò può consentire ai medici di ottenere una diagnosi più tempestiva ed accurata;*
- *Personalizzazione del trattamento: L'IA può analizzare dati individuali dei pazienti, come la storia clinica, i dati genetici e i fattori di rischio, per suggerire trattamenti personalizzati. Questo può aiutare i medici a evitare terapie inappropriate o inutili e a scegliere l'opzione migliore per ogni paziente;*
- *Gestione delle terapie: L'IA può aiutare a monitorare e gestire il trattamento dei pazienti nel tempo. Ad esempio, può suggerire aggiustamenti delle dosi dei farmaci o fornire avvisi in caso di interazioni farmacologiche per migliorare l'appropriatezza del regime terapeutico;*
- *Supporto alle decisioni cliniche: L'IA può fornire ai medici accesso istantaneo a informazioni e evidenze scientifiche aggiornate per supportare le decisioni cliniche. Attraverso sistemi di supporto alle decisioni cliniche basati su intelligenza artificiale, i medici possono ottenere consigli mirati basati sulle migliori pratiche e sull'esperienza di esperti.*

Importante ricordare però che l'IA può fornire informazioni e raccomandazioni, ma spetterà sempre ai clinici valutare le informazioni fornite e prendere decisioni considerando il contesto specifico del paziente.

Conclusioni

Se quindi l'“*appropriatezza clinica*” è una dimensione della qualità che fa riferimento alla validità tecnico scientifica, all'accettabilità e alla pertinenza delle prestazioni sanitarie, gli strumenti, le opportunità e le azioni per accrescerne i potenziali benefici sono oggi molteplici e potenti.

Nel concetto di “*appropriatezza clinica*” è insito il concetto di applicazione delle buone pratiche e di aderenza a Linee Guida basate sulle evidenze. Entrambe oggi possono accrescere il loro potenziale se aggiungiamo la possibilità di usarle in modo sempre più mirato e personalizzato sul singolo paziente. Questo dovrebbe essere tanto più vero in un sistema sanitario “*pubblico*”, “*universalistico*” ed “*equo*” come il nostro SSN.

Abbiamo raccontato la storia e le prospettive dell'appropriatezza ma, a questo punto, è giusto anche tenere a mente che come in tutte le sfide impegnative ci sono e ci saranno “*zone grigie*” nelle gestioni aziendali, che non aiuteranno nell'uso “*appropriato*” delle risorse disponibili. Ci sono e ci saranno difficoltà “*politiche*” di “*trasparenza*” nelle scelte tendenziali dei “*poteri forti*” del nostro Paese relativamente alle politiche sanitarie e alle policy della salute.

Ci sono e ci saranno organizzazioni sindacali e professionali che si chiudono nel loro “*particolare*” mancando in un confronto su una visione di insieme della sanità “*pubblica*” e nel contributo ad un pensiero riformatore adeguato ai tempi.

Abbiamo il PNRR che potrebbe essere l'ultima affermazione di una policy e d'investimenti nella direzione di una sanità “*pubblica*”, ma sappiamo che ci sono già dei rischi di correzione che potrebbero ridimensionare lo sforzo di far crescere l'assistenza territoriale.

Con la globalizzazione il nostro Paese è cambiato, come tutti i Paesi sviluppati o presunti tali. Scompaiono i “*corpi intermedi*”, si semplifica la gestione politica con l'assioma della “*società liquida*”, manca una coscienza diffusa dei propri doveri e dei propri diritti. Il rischio è una forte disgregazione sociale e una pauperizzazione diffusa. La privatizzazione strisciante della sanità si inserisce in queste tendenze. Attenzione però che “*quando tutto sarà privatizzato ... perderemo tutto*”, ovvero i diritti costituzionali e lo stato sociale. A chi conviene? I segni di una disgregazione sociale del Paese ci sono già tutti ... https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114569

La nuova era e i vecchi problemi

Silvia Scelsi

Presidente ANIARTI

Abbiamo superato l'emergenza pandemica e siamo tornati alla cosiddetta normalità.

Rifletterei, in tutti i sensi, su cosa abbiamo imparato da questa emergenza. Ad uno sguardo generale direi: nulla.

La sanità sembra quella delle grandi riforme dell'inizio degli anni 80' e 90', epoche di riforme eroiche basate sul concetto di salute come diritto, di responsabilità nell'ambito delle organizzazioni e di professionisti da riconoscere, quando le risorse erano definite, o meglio ridotte, e invece di guardare a cambiamenti nei processi di cura e nelle organizzazioni si guardava a cambiamenti nelle strutture. Allora gli infermieri hanno lottato per la necessità di modificare i processi attraverso le competenze, e per il diritto a che l'infermieristica fosse riconosciuta come una disciplina scientifica autonoma, perché consapevoli di fare la differenza. Da allora il loro viaggio culturale non si è più fermato.

Oggi gli infermieri parlano di specialistica clinica, come previsto fin dal DM 739/94, una competenza specialistica che già esercitano nei fatti in molti campi, soprattutto in area critica, dove vorrebbero che nell'ambito delle organizzazioni ci fosse un reale riconoscimento di queste competenze. Tuttavia per farlo dobbiamo guardare diversamente al processo di cura e presa in carico, complessivamente al percorso di salute della persona, e riconoscere che gli esiti in termini di salute e qualità della vita non sono mai il frutto di un singolo lavoro, ma l'intervento di una pluralità di competenze che vedono gli infermieri svolgere un ruolo centrale. Riprendendo i concetti espressi di recente da Marisa Cantarelli, la prima teorica dell'infermieristica italiana, l'invito è ad uscire dal guscio, pretendere di avere una facoltà di infermieristica, pretendere di essere e rappresentare la voce dell'assistenza nei luoghi dove si decide la politica sanitaria: università, enti e istituzioni. In fondo siamo la professione sanitaria più numerosa nel sistema salute e rappresentiamo un determinante fondamentale per la salute delle persone, perché le assistiamo.

In questo gli infermieri di area critica sono sempre stati più sensibili, e hanno levato la loro voce già nel 1992 per pretendere

di entrare in università. Oggi dovremmo alimentare il dibattito sul sistema salute parlando di futuro e della garanzia che la salute sarà ancora un diritto e non un bene acquistabile, intervenendo nei processi a livelli clinico, organizzativo, e legislativo, a tutela delle persone assistite e delle loro famiglie.

Care colleghe e cari colleghi, questa società scientifica, che ha compiuto 42 anni, ha accompagnato tutta la mia vita professionale e quella di molti colleghi, facendoci guardare oltre, ad un futuro che poteva essere diverso, nel quale essere agenti di cambiamento. Oggi si sta rinnovando con lo scopo di continuare ad essere un punto di riferimento, non solo in ambito tecnico-scientifico, anche attraverso questa rivista, ma soprattutto in ambito culturale, senza dimenticare da dove veniamo. Come diceva Bernardo di Chartres "siamo nani sulle spalle di giganti", e quindi solo attraverso il dibattito e il confronto con il resto di una comunità di pensiero potremo continuare insieme a guardare lontano.

Quest'anno quando ci ritroveremo per il nostro convegno nazionale a Bologna il 21 e 22 novembre: parleremo di competenze avanzate con uno sguardo al mondo e uno alla nostra realtà, mettendo come sempre a confronto le nostre esperienze, provando a far sintesi di percorsi da seguire e a lanciare sfide nuove.

Non potrei concludere con le parole che ci sono state dedicate di recente, in occasione della giornata mondiale dell'infermiere, per riflettere insieme che ancora una volta, al di là della battuta, sono proprio le persone che curiamo che sanno esattamente chi siamo e che cosa significa nel profondo *assistere*.

"[...] sei tu ci vedi veri, fragili, smarriti, tu che ci vedi piangere, soffrire, disperarci perché tu sei la prossimità, tu vedi la nostra paura, tu maneggi la nostra vergogna, il nostro corpo nudo noi lo offriamo a te con imbarazzo e tu lo curi con discrezione, paziente con noi pazienti... Grazie per quando in pandemia hai curato chi ti insultava dicendo che il COVID era tutta un'invenzione e mentre ti faceva una capa tanta tu rischiavi la vita per lui..."

Luciana Littizzetto

Correspondence: Silvia Scelsi, Presidente ANIARTI, Via Francesco Nullo 6A, 16147 Genova (GE), Italia.
E-mail: presidenza@aniarti.it

Parole chiave: sanità pubblica, infermieri di area critica, competenze avanzate.

Ricevuto per la pubblicazione: 31 Maggio 2023. Accettato per la pubblicazione: 31 Maggio 2023.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (CC BY-NC 4.0).

©Copyright: the Author(s), 2023

Licensee PAGEPress, Italy (on behalf of ANIARTI, Italy).

Scenario 2023; 42:545

doi:10.4081/scenario.2023.545

Publisher's note: all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers. Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.

“Le Performance Regionali”

Executive summary



**XI edizione
2023**

D. d'Angela
B. Polistena
F. Spandonaro





Istituto Superiore di Sanità

Documento Programmatico della

Struttura di Missione Temporanea Interdipartimentale:

“Disuguaglianze di Salute”

Centro Nazionale per la Salute Globale

Coordinatore della struttura: Raffaella Bucciardini

**LABORATORIO
FUTURO**
DELL'ISTITUTO TONIOLO

LE RICERCHE

I dilemmi del Servizio Sanitario Nazionale presente e futuro

di **Massimo Bordignon** e **Gilberto Turati**

Maggio 2023

Noi Italia *in breve*

100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo

Edizione 2022

Ogni anno dal 2008 l'Istat offre una selezione di oltre 100 indicatori statistici sulla realtà del nostro Paese, fornendo un quadro d'insieme dei diversi aspetti ambientali, demografici, economici e sociali dell'Italia, delle differenze regionali che la caratterizzano e della sua collocazione nel contesto europeo. Si tratta di un prodotto articolato in 6 aree tematiche e 19 settori corredati da grafici, glossario, riferimenti a pubblicazioni e *link* utili, con possibilità di esportare l'intera base di dati. Per ogni settore e contesto territoriale (Italia, Regioni, Europa), è possibile consultare la *dashboard* interattiva che consente la visualizzazione, la condivisione, il *download* di dati e grafici, nonché la personalizzazione delle tavole di dati e il relativo trasferimento sul proprio computer o dispositivo mobile in formato *csv*.

POPOLAZIONE E SOCIETÀ

Popolazione

Nel 2020, in Italia, la pandemia da *COVID-19* accentua la crisi demografica. Si acuisce, infatti, la diminuzione della popolazione residente, già riscontrata negli anni precedenti. Per tutte le ripartizioni, l'ammontare della popolazione al 31 dicembre 2020 è inferiore a quello del 2019. Oltre un terzo dei residenti è concentrato in sole tre Regioni: Lombardia, Lazio e Campania. Il Mezzogiorno si conferma l'area più popolata del Paese, ma è anche quella che va perdendo più residenti (-1,1% rispetto al 2019). A livello europeo, l'Italia, con quasi il 13% dei 447 milioni di abitanti dell'Ue, è il terzo Paese per importanza demografica, dopo Germania e Francia.

Non si ferma la crescita degli indici di vecchiaia e di dipendenza che, al 1° gennaio 2021, raggiungono, rispettivamente, quota 182,6 (anziani ogni cento giovani) e 57,3 (persone in età non lavorativa ogni cento in età lavorativa). Tra le Regioni, è sempre la Liguria a detenere il valore più elevato dell'indice di vecchiaia (262,3%), mentre la Campania (138,6%) presenta il valore più basso. In ambito Ue, l'Italia si mantiene al primo posto nella graduatoria decrescente per l'indice di vecchiaia e fa parte del gruppo dei Paesi con indice di dipendenza più elevato della media europea (55,5).

Nel 2021, la speranza di vita alla nascita, dopo un decremento nel 2019, è in aumento per entrambi i generi, attestandosi su livelli simili a quelli registrati nel 2015: 84,7 anni per le femmine e 80,1 anni per i maschi. Si vive mediamente più a lungo al Centro-Nord. È la Campania ad avere il valore minimo di speranza di vita sia per le femmine (82,9 anni), sia per i maschi (78,3 anni). Nell'Ue, la speranza di vita è di 84,0 anni per le femmine, e 78,5 anni per i maschi (dati 2019). L'Italia è tra i Paesi europei con una speranza di vita alla nascita più elevata.

Nel 2020, il numero medio di figli per donna è pari a 1,24, valore di gran lunga inferiore alla soglia minima a garantire il ricambio generazionale (circa 2,1figli). L'età media della madre al



Beyond Applause? Improving Working Conditions in Long-Term Care





*Il Ministro per gli Affari europei, il Sud,
le Politiche di Coesione e il PNRR*

Relazione sullo stato di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lettera e), del decreto-legge 31 maggio 2021, n.77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n.108

TERZA RELAZIONE
31 maggio 2023

SEZIONE I



Italiadomani
PIANO NAZIONALE DI RIPRESA E RESILIENZA



COVID-19 Weekly Epidemiological Update

Edition 148 published 22 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 18 June 2023

Globally, over 1.2 million new cases and over 7100 deaths were reported in the last 28 days (22 May to 18 June 2023) (Figure 1, Table 1). The African region has reported a slight increase in deaths but a decrease in cases, while the other five WHO regions have reported decreases in both cases and deaths. As of 18 June 2023, over 768 million confirmed cases and over 6.9 million deaths have been reported globally.

Reported cases are not an accurate representation of infection rates due to the reductions in testing and reporting globally. During this 28-day period, only 56% (133 of 234)ⁱ of countries and territories reported at least one case – a proportion that has been consistently declining since mid-2022. Additionally, data from previous weeks are continuously being updated to incorporate retrospective changes in reported COVID-19 cases and deaths made by countries. Data presented in this report are therefore incomplete and should be interpreted in light of these limitations.

Some countries continue to report high burdens of COVID-19, including increases in newly reported cases and, more importantly, increases in hospitalizations and deaths – the latter of which are considered more reliable indicators given the reductions in testing.

We present changes in epidemiological trends using a 28-day interval. Disaggregated data are still accessible on the [WHO COVID-19 dashboard](#) where the full dataset is available for download. Global and national data on SARS-CoV-2 PCR percent positivity is available on [WHO's integrated dashboard provided by the Global Influenza](#)

[Programme](#)

ⁱ The denominator of 234 includes all countries and territories that have reported at least one case of COVID-19 since the beginning of the pandemic. In contrast, the denominator of 243, which was used in previous editions of the COVID-19 Weekly Epidemiological Update, encompassed not only countries and territories but also conveyances.



Otto tra Regioni e Province autonome promosse, sette rimandate e sei bocciate' alla prova delle performance sanitarie 2023, valutate su sei elementi: appropriatezza, equità, sociale, esiti, economico-finanziari, innovazione.

A scattare la fotografia è l'XI edizione del rapporto 'Le performance regionali' del Crea Sanità, Centro per la ricerca economica applicata in sanità, presentato oggi a Roma che divide in due l'Italia, con "circa 29 milioni di cittadini residenti nelle prime 8 Regioni che possono stare relativamente tranquilli e altri 29 milioni nelle Regioni rimanenti, quasi tutte del Centro Sud, che potrebbero avere serie difficoltà nei vari aspetti considerati".

Un quadro in cui si sottolinea la nuova impostazione dell'assistenza che punta sul territorio e sulla domiciliarità, come 'prescritto' dal Pnrr e dal decreto 77/2022 di riordino dell'assistenza territoriale e che si affianca al nuovo sistema di garanzia per il controllo dei Livelli essenziali di assistenza.

Nel dettaglio i dati restituiscono un'Italia divisa in due, con circa 29 milioni di cittadini nelle prime otto Regioni che possono stare relativamente tranquilli e altri 29 milioni nelle Regioni rimanenti che potrebbero avere serie difficoltà nei vari aspetti delle dimensioni considerate.

Veneto, Trento e Bolzano hanno ottenuto il miglior risultato 2023 (con punteggi che superano la soglia del 50% del risultato massimo ottenibile, rispettivamente: 59%, 55% e 52%).

Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche vanno abbastanza bene, con livelli dell'indice di performance compresi tra il 47% e il 49%. Ma le buone notizie finiscono qui: se Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo raggiungono livelli di performance abbastanza omogenei, seppure inferiori, compresi nel range 37-43%, Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, hanno livelli di performance che risultano inferiori al 32%. Nel rapporto le performance sono chiaramente indicate Regione per Regione nel modo più semplice: i valori degli indicatori sono stati associati a due colori differenti, verde se il valore è migliore della media nazionale e rosso se è peggiore.

Così, ad esempio, il Veneto (Regione che ha ottenuto i risultati migliori) presenta tutti gli indicatori delle prime quattro dimensioni per importanza 'verdi'. E solo nella dimensione economico-finanziaria ha due 'rossi' per quanto riguarda la spesa sanitaria pubblica e l'incidenza dei consumi sanitari sul totale dei consumi; e nella dimensione innovazione non va l'attuazione del fascicolo sanitario elettronico.

La Calabria (la Regione coi risultati peggiori) è quasi tutta 'rossa': su 18 indicatori, in verde ha solo quelli sull'ospedalizzazione evitabile per malattie croniche (unico nelle dimensioni maggiori), l'indice di salute mentale, la spesa pro-capite standardizzata, l'implementazione della rete oncologica e lo sviluppo del fascicolo sanitario elettronico.

Le valutazioni sono state assegnate quest'anno da oltre 100 esperti, messi insieme in cinque grandi gruppi: istituzioni, management aziendale, professioni sanitarie, utenti, industria medica, che hanno anche ideato un sistema di monitoraggio dinamico degli effetti dell'autonomia differenziata, che da oggi è oggetto di valutazione da parte del Crea e dei suoi esperti: oltre ai rappresentanti del panel, il Crea si avvale di docenti universitari nei campi dell'economia, del diritto, dell'epidemiologia, dell'ingegneria biomedica, della statistica medica. In prospettiva, obiettivo del Crea e degli oltre 100 stakeholder sarà verificare che con l'autonomia differenziata non si generino arretramenti regionali,

ovvero che tutte le Regioni procedano in un processo di miglioramento, evitando peggioramenti attribuibili al rischio che l'autonomia diventi più competitiva che cooperativa.

Come? Osservando le variazioni di un nucleo di indicatori 'permanententi, per comprendere le dinamiche, in particolare attraverso tre indicatori: il primo, basato sulle variazioni dell'area delle performance peggiori regionali; il secondo, sul numero di miglioramenti o peggioramenti di tali performance ed il terzo, sulla diversa dinamica registrata dagli indicatori nelle Regioni a cui sarà stata riconosciuta un'autonomia differenziata in sanità, rispetto alle restanti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-06-21/rapporto-crea-8-regioni-promosse-7-rimandate-e-6-bocciate-performance-sanitarie-2023-142429.php?uuid=AEtIY2mD&cmpid=nlqf>

A PROPOSITO DI SOSTENIBILITÀ

Osservasalute: italiani a rischio tra cattivi stili di vita e crisi dell'assistenza. Il Sole24ore



La salute degli italiani è in serio rischio, colpita da cattivi stili di vita e poca prevenzione, nonché da un invecchiamento irrefrenabile della popolazione che vede, in assenza di una quota sufficiente di nuovi nati (nel 2021 i nati sono stati poco più di 400 mila, 4.500 in meno rispetto al 2020), l'età media degli italiani superare i 46 anni; l'età media del Bel Paese supererà i 50 anni tra meno di 30 anni, quando con pochi bambini diverremo un popolo di anziani e adulti attempati.

Tutto ciò rischia di entrare in rotta di collisione con un sistema sanitario sempre più fragile e sotto-finanziato, specie se lo si confronta con i sistemi sanitari dell'Unione Europea.

È quanto emerge in estrema sintesi dal XX Rapporto Osservasalute 2022, curato dall'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni italiane che opera nell'ambito di Vihtali, spin off dell'Università Cattolica, presso il campus di Roma.

Questa nuova edizione di 628 pagine è frutto del lavoro di 225 ricercatori distribuiti su tutto il territorio italiano che operano presso Università, Agenzie regionali e provinciali di sanità, Assessorati regionali e provinciali, Aziende ospedaliere e Aziende sanitarie, Istituto Superiore di Sanità, Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori, Ministero della Salute, Agenzia Italiana del Farmaco, Istat.

“Il settore della sanità -commenta il direttore scientifico di Osservasalute Alessandro Solipaca - sta uscendo faticosamente dalla crisi generata dalla pandemia. Non siamo ancora in grado di stabilire quali ‘danni collaterali’ alla salute degli italiani abbia causato l'emergenza sanitaria.

Quel che è certo è che non ci sarà un aumento consistente del finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale da parte dello Stato, come testimonia lo stanziamento previsto nel DEF 2023 che prevede, per il 2025, 135 miliardi di euro e, per il 2026, 138 miliardi di euro. Si tratta di stanziamenti che lasciano sostanzialmente invariata la quota di ricchezza nazionale allocata sulla sanità pubblica, il 6,2% del Pil”.

I dati parlano chiaro, nel 2022 la spesa sanitaria pubblica si è attestata a 131 miliardi (6,8% del PIL), la spesa a carico dei cittadini a circa 39 miliardi (2% del PIL). I confronti internazionali evidenziano, nel 2020, che la spesa sanitaria dell'Italia, a parità di potere d'acquisto, si è mantenuta significativamente più bassa della media UE-27, sia in termini di valore pro capite (2.609€ vs 3.269€) che in rapporto al PIL (9,6% vs 10,9%).

Il nostro Paese si colloca al tredicesimo posto della graduatoria dei Paesi UE per la spesa pro capite, sotto Repubblica Ceca e Malta e molto distante da Francia (3.807€ pro capite) e Germania (4.831€), mentre la Spagna presenta un valore di poco inferiore a quello dell'Italia (2.588€).

Germania, Olanda, Austria e Svezia sono i Paesi con la spesa pro capite, a parità di potere d'acquisto, più elevata, prossima o superiore ai 4.000€. Per la spesa sanitaria rispetto al PIL, l'Italia occupa la decima posizione insieme alla Finlandia.

Francia e Germania sono i Paesi con l'incidenza più elevata, superiore al 12%; i confronti internazionali confermano che la spesa sanitaria in Italia, anche nel primo anno di pandemia, si colloca su livelli inferiori rispetto a quelli di altri importanti Paesi dell'UE (Francia e Germania) e al

di sotto della media europea, sia in termini di valore pro capite (2.609€ vs 3.269€) sia in rapporto al PIL (9,6% vs 10,9%).

Il peso della pandemia si avverte con l'eccesso di mortalità registrato in Italia nel 2020 rispetto al periodo pre-pandemico, che è del +10,2%, tra i più elevati in Europa (anche se il dato potrebbe essere in realtà l'effetto di una sotto-notifica dei decessi COVID-19 negli altri stati membri), superato solo da alcuni Paesi come Spagna e Polonia (rispettivamente 11,0% e 13,2%). La media dei Paesi UE-27 è pari a +5,7%. Nel 2021 l'eccesso italiano (+3,6%) scende sotto la media europea (+7,0%), che rimane elevata a causa dell'impennata nell'eccesso di mortalità nei Paesi dell'Est-Europa (tra questi Bulgaria con +32,3% e Polonia con +21,6%).

L'elevato eccesso di mortalità registrato nei due anni di pandemia si è tradotto in una diminuzione della speranza di vita in quasi tutti i Paesi europei con una perdita in media di 1,2 anni di vita attesa nel 2021 rispetto al 2019.

L'effetto complessivo sulle aspettative di vita è ancora negativo in tutti gli Stati membri dell'UE, ad eccezione di Lussemburgo (+0,1 anni), Malta e Svezia (stesso livello nel 2019 e nel 2021).

L'analisi della mortalità evitabile riconducibile ai servizi sanitari (amenable mortality) - che nel periodo 2018-2019 è pari a 63,98 per 100.000 mentre era 65,53 nel biennio 2016-2017-, mostra che, nonostante la diminuzione complessiva del dato, è ancora molto alta la quota di decessi attribuibili ai tumori e alle malattie cardiocircolatorie: infatti, il 70% dei decessi evitabili registrati negli ultimi 2 anni disponibili è dovuto, ai tumori maligni del colon e del retto (19,13%), alle malattie cerebrovascolari (17,96%), ai tumori maligni della mammella (16,88%) e malattie ischemiche del cuore (16,03%).

Questi decessi si sarebbero potuti evitare se le condizioni che li hanno causati fossero state intercettate per tempo con le campagne di screening. I valori più bassi tra le regioni si registrano nella PA di Trento (46,42 per 100.000) e più alti in Campania (81,41 per 100.000).

“In Italia si corre il rischio di avere una tempesta perfetta- sottolinea dal canto suo Walter Ricciardi, direttore di Osservasalute e ordinario di Igiene generale e applicata Dipartimento di Scienze della Vita e Sanità Pubblica Università Cattolica, Campus di Roma, nonché presidente del Mission Board for Cancer, Commissione europea – , cioè da un lato l'aumento dei fattori di rischio per diverse malattie legati sia alla demografia della popolazione, sia all'epidemiologia con un importante aumento delle malattie croniche e dall'altro il deterioramento forte di un Servizio sanitario nazionale che riesce sempre meno a garantire anche i servizi essenziali. Si allungano le liste d'attesa, mentre i pronto soccorso sono sempre più affollati e sempre più in ritardo, loro malgrado, nel dare risposte tempestive ai cittadini”.

L'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia da COVID-19 ha, infatti, lasciato il segno e si è tradotta, da una parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione, con il risultato che nel 2020 si osserva il rallentamento del trend in crescita della copertura dello screening mammografico che si andava registrando negli anni precedenti (come accade per gli altri screening oncologici), in particolare il ricorso allo screening su iniziativa spontanea tende ad aumentare soprattutto nelle regioni meridionali.

Secondo i dati PASSI, nel periodo 2020-2021 il 47% della popolazione target femminile si è sottoposta a screening per il tumore della cervice uterina (Pap test e/o HPV test), aderendo ai programmi offerti dalle ASL, ma una quota rilevante, pari al 30%, si è sottoposta a screening cervicale a scopo preventivo e nei tempi raccomandati per iniziativa spontanea.

Nel Nord e nel Centro la quota di donne che si sottopone a screening per il tumore della cervice uterina nell'ambito di programmi organizzati è significativamente maggiore della quota di donne

che lo fa su iniziativa spontanea (60% vs 25% nel Nord e 53% vs 32% nel Centro); nelle regioni meridionali la quota di donne che si sottopone a screening nell'ambito di programmi organizzati è fra le più basse (34%) e confrontabile con la quota di donne che lo fa su iniziativa spontanea.

Anche in questo caso, l'emergenza sanitaria per la gestione della pandemia ha lasciato il segno e si è tradotta, da una parte, in un ritardo e in una conseguente sostanziale riduzione dell'offerta dei programmi di screening organizzati da parte delle ASL e, dall'altra, in una riduzione di adesione da parte della popolazione.

La copertura media nazionale dello screening per il tumore del colon-retto è molto lontana dall'atteso: dai dati PASSI 2020-2021, il 44% della popolazione target riferisce di essersi sottoposta, a scopo preventivo, ad uno degli esami (ricerca del SOF negli ultimi 2 anni oppure colonscopia/retto-sigmoidoscopia negli ultimi 5 anni) per la diagnosi precoce dei tumori colorettali.

Forte il gradiente geografico Nord-Sud ed Isole: la copertura dello screening per il tumore del colon-retto raggiunge valori più alti fra i residenti al Nord (67%), ma è significativamente più basso fra i residenti del Centro (56%) e del Sud e Isole (25%).

Ampia la variabilità fra regioni: il dato più elevato di copertura si registra in Friuli Venezia Giulia con il 73%, quello più basso in Calabria con il 10% (dati standardizzati per genere ed età).

È fondamentale anche guardare all'assistenza territoriale, perché è sul territorio che si disegnerà la sanità del futuro: in questo ambito si noti che le prime visite specialistiche effettuate nel 2021 ammontano a 23 milioni e 600 mila (delle quali i due terzi prescritte dai MMG). Si tratta di un numero ancora inferiore all'anno pre-pandemico: nel 2019 erano circa 26 milioni e 700 mila. Per quanto riguarda invece le visite specialistiche di controllo nel 2021 ne sono state erogate 25 milioni e 243.346, delle quali circa il 58% prescritte da un medico specialista; nel 2019 erano circa 32 milioni e 700 mila.

Il volto degli italiani fragile e segnato da rughe - L'età media della popolazione, che è pari a 46,2 anni nel 2022 si stima raggiungerà i 50,6 anni nel 2050. Inoltre, nei prossimi decenni si prevede proseguirà il calo della popolazione residente dovuto al protrarsi del regime di bassa fecondità e alla graduale diminuzione dei flussi migratori dall'estero. Si prevede, infatti, che la popolazione residente passerà dai 59,2 milioni di abitanti attuali ai 54,2 milioni di abitanti residenti nel 2050.

L'Italia ha anche un altro triste primato, figlio di un welfare scarso che non aiuta le famiglie: è il Paese in Europa con la percentuale più alta di madri di 35-40 anni, il 35,4%, ovvero oltre una neomamma su tre.

Gli italiani sono sempre più in sovrappeso (il 12% della popolazione, quasi 6 milioni di adulti, è obesa e, complessivamente, il 46,2% dei soggetti di età ≥ 18 anni è in eccesso ponderale) e poco attivi, con più di un terzo delle persone (33,7%) che ha dichiarato di non praticare sport o attività fisica nel tempo libero (30,3% degli uomini e 36,9% delle donne).

La sedentarietà è dilagante anche tra i più giovani.

Infatti, si evidenzia tra il 2020 e il 2021 un forte decremento della pratica sportiva tra i bambini e adolescenti di età 3-17 anni. In queste classi di età tra il 2020 e il 2021 si è osservato un vero e proprio crollo della pratica sportiva specialmente di tipo continuativo, diminuita di circa 15 punti percentuali (dal 51,3% al 36,2%) e compensata soltanto in parte dalla pratica di qualche attività fisica (dal 18,6% al 26,9%), svolta in modo destrutturato e, quindi, al di fuori delle palestre e dei centri sportivi interessati dalle chiusure.

La sedentarietà è, infatti, aumentata dal 22,3% al 27,2%. Il diabete, poi, dilaga tra gli obesi (il 15,5% di loro ne soffre) e i sedentari (quasi il 12%).

Gli italiani sembrano sempre più depressi: a partire dagli anni 2011-2012, a livello nazionale il volume prescrittivo dei farmaci antidepressivi ha registrato inizialmente un lieve aumento, pari a

+1,8% dal 2013 al 2016, mentre successivamente l'aumento è stato decisamente più significativo, con i valori che tra il 2017 ed il 2021 hanno registrato un +10,4%. Nel 2021 il consumo di farmaci antidepressivi è stato di 44,6 DDD/1.000 ab die, facendo registrare un aumento del 2,4% rispetto al 2020.

E l'ambiente in cattiva salute ci fa ammalare - Riguardo ai fattori di rischio ambientali, il Rapporto mette in luce che, nel 2020, nelle acque superficiali, sono stati trovati pesticidi nel 55,1% dei punti di monitoraggio (nel 2018 la percentuale era 77,3% e nel 2017 era 72,4%). La maggiore presenza di pesticidi in Umbria (94,1%), Puglia (86,4%), Sicilia (81,6%), superano il 70% Piemonte, Lombardia e Veneto.

“Bisogna che la salute e la sanità diventino una priorità dei decisori – conclude Ricciardi – cosa che in questo momento non è, bisogna anche che la popolazione diventi più consapevole di questa emergenza sanitaria, perché molto spesso i cittadini si rendono conto di questo deficit assistenziale solo quando hanno un problema di salute. Bisognerebbe cercare di garantire alla più grande opera pubblica del Paese, che è il Servizio sanitario nazionale, adeguati finanziamenti e supporto in tutte le regioni italiane”.

Ed è proprio in occasione dei venti anni di Osservasalute che emerge con evidenza dirimpante come “le disuguaglianze regionali in termini di assistenza sanitaria siano aumentate nel tempo, il che determina una sempre più forte spaccatura del Paese in cittadini di serie A e cittadini di serie B”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-06-21/osservasalute-italiani-rischio-cattivi-stili-vita-e-crisi-dell-assistenza-100731.php?uuid=AE3OComD&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

Ivan Cavicchi

Oggi in sanità abbiamo a che fare con una “catastrofe” vera e propria che, come tutte le catastrofi, è destinata probabilmente a cambiare in peggio il nostro paese il nostro SSN, la nostra società, e a peggiorare la nostra vita.

15 MAG

Una “catastrofe”, come tutti sanno, è la conclusione tragica di processi più o meno visibili o nascosti che riguardano tanto la natura quindi gli ambienti il territorio che la società, ma anche la politica.

Si tratta di processi tangibili, fatti da tanti eventi sparsi nel tempo, spesso tra loro apparentemente separati, che a un certo punto, incontrando circostanze favorevoli, dopo aver formato una massa critica di contraddizioni, precipita in:

una conclusione tragica,

un evento finale rovinoso

un disastro di particolare gravità che si abbatte su una comunità o sul paese.

La catastrofe spesso è la soluzione violenta, e paradossale di solito luttuosa, di qualcosa che sembrava non avere nessuna soluzione. La soluzione che nasce dalla catastrofe in genere ci fa piangere e ci fa soffrire.

La catastrofe in sanità

Oggi in sanità abbiamo a che fare con una “catastrofe” vera e propria che, come tutte le catastrofi, è destinata probabilmente a cambiare in peggio il nostro paese il nostro SSN, la nostra società, e a peggiorare la nostra vita. Oggi questa catastrofe assomiglia molto alla caduta dell'impero romano di occidente avvenuta, secondo gli storici, con la deposizione dell'ultimo imperatore nel 476 d.C.

Oggi l'imperatore che abbiamo depresso in sanità è l'art 32 e il SSN cioè la sanità pubblica. Quindi una certa idea di civiltà e di convivenza sociale.

Come ci raccontano gli storici, la caduta dell'impero romano di occidente avvenne a seguito di tante continue catastrofi, quindi tanti avvenimenti politici, tante contraddizioni, tante contingenze avverse, crisi varie anche economiche senza trascurare quello che gli storici definiscono “il cedimento dei costumi”. L'analogia con la sanità a proposito di cedimento dei costumi è a dir poco impressionante.

La catastrofe in sanità (s) alla fine consiste nel passaggio da “s” a “non s” cioè da un sistema ampio di valori (art 32 e SSN) al suo contraddittorio cioè ad un sistema di controvalori. La contraddizione di s equivale alla negazione di s. Questa è la nostra catastrofe.

La teoria delle catastrofi

La matematica moderna grazie a Renè Thom ci ha proposto la "teoria delle catastrofi". Essa studia le discontinuità sia nel mondo naturale che in quello sociale. “Catastrofe” “crisi” “discontinuità” sono praticamente sinonimi.

Anche la catastrofe, della sanità pubblica, è preceduta, quasi fabbricata nel tempo, da tante piccole catastrofi, cioè da tante contraddizioni, da tanti accadimenti, ma anche da tanti errori scelte sbagliate ecc.

Il mio ultimo libro, che, rammento abbiamo preso come pretesto per fare un forum su questo giornale (QS 13 marzo 2023 *Sanità pubblica addio? Perché siamo al capolinea*) non è altro che un inventario di tutte le catastrofi, come direbbe Thom, che a partite dall'art 32 della Costituzione e quindi dalla 833 del 1978 ad oggi ci hanno portato alla catastrofe finale, cioè a risolvere il problema delle nostre incapacità e alle nostre contraddizioni, nel dramma.

Se come sanità fossimo stati semplicemente capaci di affrontare le tante sfide riformatrici che ci attendevano oggi non avremmo la catastrofe. Gli imperi crollano compreso il SSN non per colpa della sfiga ma prima di tutto a causa di tre cose innegabili: limiti incapacità e errori. La sanità pubblica crolla per le stesse ragioni. Con la storia che abbiamo alle spalle era impossibile oggi non avere la catastrofe che abbiamo. La catastrofe è quello che siamo riusciti a costruire. E triste dirlo ma è così.

La catastrofe come questione economica La catastrofe in sanità, che ripeto mi riservo di analizzare meglio nel prossimo articolo, per il momento ha la forma apparente di quello che in economia si chiama “squilibrio economico”.

Una catastrofe come quella che riguarda la sanità non viene fuori per colpa delle liste di attesa, o del dm 70, o dei tetti alle assunzioni, o dei pronto soccorsi che non funzionano, o dei tagli ai posto letto o da un territorio che nessuno sa cosa sia o dal PNRR che non ha fatto altro che copiare dopo una pandemia una controriforma regressiva come la legge 229, ma viene fuori soprattutto a causa di una grande grandissima contraddizione economica che nessuno mai ha davvero esplorato nella sua estensione e complessità. Dico nessuno per dire proprio nessuno A parte naturalmente il sottoscritto.

La responsabilità storica della catastrofe

Il punto che in questo primo articolo mi interessa rimarcare è che se è vero che la catastrofe è preceduta da tante piccole catastrofi perché essa è un dramma che si costruisce con i nostri limiti anno dopo anno nel tempo, allora dobbiamo ammettere alcune cose poco digeribili ai più che non piaceranno soprattutto a quelli del PD e ai falsi riformatori e ai sindacati:

la responsabilità della catastrofe non è del governo che eredita la catastrofe ma è di chi nel proprio ruolo in questi anni ha partecipato comunque nel tempo a costruirla, sindacati compresi,

la responsabilità di cui parliamo prima è senz'altro storica diacronica e riguarda una estesa correttezza quindi una pluralità di responsabilità politiche sociali e tecniche

la responsabilità politica della catastrofe quindi è quella dei suoi effettori dei legislatori dei suoi amministratori, delle istituzioni varie, delle aziende, dei sindacati, della politica, anche dei commentatori che scrivono su questo giornale.

Le responsabilità del governo di destra

Le responsabilità politiche del governo Meloni invece sono sincroniche e riguardano la gestione della catastrofe ereditata quindi la decisione dei modi necessari per governarla.

La destra non ha pensiero di riforma sulla sanità si limita a mutuare quello contro-riformatore che è stato deciso dalla sinistra per cui non si pone il problema di rimediare alla catastrofe ma solo di assecondarla e di usarla. La destra nella super crisi in cui ci troviamo ha deciso di non difendere il SSN ma di sostituirlo per ragioni economiche con un sistema privato ma seguendo pedissequamente la strategia contro-riformatrice ideata da quella coalizione politica di centro sinistra definita “Ulivo” (anni 90) quindi dalla sinistra neoliberale.

Se avessimo la Schlein e non la Meloni

Se oggi avessimo un governo di sinistra al posto di un governo di destra avremmo, mutatis mutandis, comunque il problema della catastrofe. Ho ragione di ritenere che siccome entrambi gli schieramenti, di destra e di sinistra, entrambi non hanno un pensiero di riforma per governare la catastrofe entrambi farebbero, con il consenso dei sindacati, sostanzialmente più o meno le stesse cose.

Nello stesso tempo ho ragione di credere che in particolare la sinistra cioè il PD a sua volta senza un progetto riformatore per rimediare ai suoi errori del passato continuerebbe ad aggiungere catastrofi a catastrofi e senza un pensiero autocritico a confermare le sue scelte neoliberali incapace di

superare quelle particolare catastrofi definite controriforme e che in parte sono alla base dei nostri guai.

Oggi tutti chiedono di rifinanziare la sanità ma i conti con la catastrofe come insegna il sindacato nessuno vuole farli.

La vera catastrofe è che la sanità tutta a partire dai sindacati non si rende conto della catastrofe. Tutti ragionano come se non ci fosse. Questa brutta bestia oggi ha quindi tutta la libertà per essere tale fino in fondo. Del resto chi non si rende conto (cioè non sa) di aver costruito in questi anni suo malgrado una catastrofe come fa oggi a considerarla un problema?

Il che vuol dire che alla base della catastrofe, per prima cosa non ci sono i problemi “sovrastutturali” di cui parla continuamente Asiquas o Gimbe che propone piani banali per salvare il sistema o “Cittadinanzattiva” che ci propone le solite ricette per salvare il sistema in tilt o le piattaforme sindacali che si limitano a chiedere

alla faccia della crisi senza mai dare niente in cambio.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113741

La pedanteria che a nulla porta. Bruno Agnetti, Quotidiano Sanità

quotidianosanita.it

Bruno Agnetti, Centro Studi Programmazione Sanitaria (CSPS) di Comunità Solidale Parma

20 GIU - Gentile Direttore,

il solco ([...ed ecco quello che scriverai](#), QS, 12 giugno 2023) ancora una volta dimensiona la distanza siderale che si va accumulando tra coloro che tentano di sviluppare una analisi razionale sulla Sanità/Salute (SSNP) e quelli che si adeguano in qualche modo al debolissimo pensiero unico.

Il tema gira intorno alla questione della “sanità” identificato come un “potere” piuttosto che un diritto o un servizio o un bisogno o una entità ontologica (le aziende, le mega aziende, l’aziendalizzazione, i distretti, le sovrastrutture della medicina amministrata non hanno più senso e per questo vanno superate prevedendo Autorità nazionali, consorzi locali, autonomie completamente pubbliche nell’assistenza primaria non ancora colonizzata).

Pare che la fatica di divulgare pensieri razionali non porti ad una maggiore diffusa saggezza in quanto il rumore degli annunci autoreferenziali è così assordante e supponente che disintegra nella polvere ogni onesto e pacato tentativo di riflessione approfondita (rivolta al bene comune e alla fruibilità piena dei servizi che corrisponde al godimento dei diritti in una territorialità che sia effettivamente comunitaria).

La prassi pluridecennale della cosiddetta “privatizzazione della sanità” alimenta la sua origine culturale proprio all’interno delle istituzioni pubbliche. Infatti molti ex alti dirigenti sanitari o assessori o “pezzi grossi” della galassia amministrativa sanitaria, una volta terminato il mandato, si sono dedicati al management sanitario privato spesso raggiungendo posizioni da “top manager”.

Paradossalmente si assiste ad un modello biologico entropico in quanto all’interno delle normative c’è già, nascosto, il messaggio genetico che distruggerà lo stesso ente che le direttive asseriscono di sottrarre alla morte. Queste contraddizioni inevitabilmente diventano poi discriminazioni che coinvolgono professionisti, assistiti, l’assistenza, la prossimità. Esse galleggiano, quasi invisibili, in periferia dove vengono sperimentate sottotraccia. In un secondo tempo la situazione viene formalizzata, normata, deliberata. Lentamente e impercettibilmente, come una chiazza di petrolio contaminato, dai sobborghi arriva infine ai convincimenti centralizzati monologici o alle agenzie che scrivono i testi “obbligando” alla lettura noiosa e pedante priva di slanci e visioni.

Un esempio tra i tantissimi possibili. A microfoni spenti, tutt’oggi, vi sono amministratori che confermano l’inutilità della maggior parte del programma del PNRR che riguarda la materia delle Case della Comunità e il costruito collegato... in quanto completamente inadeguate alle necessità del contesto. Si caldeggia comunque il piano al fine di non perdere i finanziamenti dedicati. Nascono quindi come l’erba quando piove commissioni, tavoli, regie, coordinamenti, relazioni che a causa del punto di partenza non possono che generare nebbia cognitiva.

Gli amministratori di cui sopra attribuiscono comunque le scelte o le decisioni sbagliate alla governance precedente. Di questo flusso di accadimenti i professionisti della prima linea (troppo impegnati a tentare di prendersi cura delle liste d'attesa attingendo quando necessario a strutture private) e i cittadini non sanno nulla. Chi dovesse azzardare suggerimenti o alternative costruttive verrebbe bollato come uno "scappato di casa" che si è svegliato male la mattina. Sono rappresentazioni mentali disarmanti ma conformate al pensiero unico.

È un pensiero che non andrà lontano. Le contraddizioni si scateneranno tutte insieme (nelle cure primarie) anche se i manoscritti delle associazioni culturali vogliono rappresentare un futuro vantaggioso. Per chi? Cui prodest? Questi elaborati palesano qualche cosa che somiglia molto ad un "sofismo contemporaneo" indifferente all'essenza e che appare come un "sapere" orientato esclusivamente al mantenimento dello status quo. Covid, guerra, inflazione, incremento della povertà, disagio sociale tutto dimenticato in un attimo. Se non c'è passato non può nemmeno esserci una visione futura.

C'è solo un afoso presente affastellato di nuovi acronimi irrazionali che popolano i documenti ufficiali e le elaborazioni delle associazioni culturali del settore.

È probabile che sia stato raggiunto un limite. Non sono individuabili naturalmente i diretti responsabili salvo non si voglia incolpare di tutto il maggiordomo (governance pregresse).

Ma è proprio necessario condividere il DM77, il Meta Progetto o i pedanti "spiegoni" autoreferenziali diffusi in tutto lo stivale?

Anche la Legge Balduzzi era una legge ... che non è mai stata applicata... con il DM77 si è improvvisamente scoperto che la L. Balduzzi aveva, nascosta, la data di scadenza.

Chi ha scritto questi articolati? Quali sono le cause (spiegazioni) di tutto ciò? Senza una causa tutto resta un'opinione apparente e crea un sapere per sua natura instabile apparentemente affabile.

C'è chi propone addirittura modelli esotici come se non esistessero esperienze locali sorprendenti e concrete, con un passato e una visione futura. Non sempre dimensionabili statisticamente. Non inserite in ricerche bibliografiche accademiche o internazionali (essendo locali e periferiche). Non rigorosi nel seguire protocolli o linee guida. Privi anche del conforto della Medicina Basata sulle Evidenze.

Eppure i loro pazienti curati professionalmente e amorevolmente per Covid nel periodo pandemico non sono morti. C'è una verità assoluta nell'esperienza umana del condividere il senso di finitezza che dà al medico e al "suo" paziente una consapevolezza che non ha bisogno che la "centralità del paziente" sia artatamente enunciata (a favore della medicina amministrata che, [da quello che si legge su QS](#), "dipendenza dei medici di famiglia" secondo il Piano del Ministero della Salute..., ha vinto!).

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114779

09 GIU -

Gentile Direttore,

l'appassionato dibattito sulla crisi e relativi rimedi del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è ovviamente influenzato dalle esperienze e dal ruolo di ognuno dei partecipanti. Chi vive ad esempio più direttamente la sanità della Lombardia è naturalmente portato a ragionare sull'ingombrante e aggressivo ruolo del privato, come chi vive giornalmente il ruolo del Medico di Medicina Generale è portato a confrontarsi sulla evoluzione di questa figura in rapporto alla attesa evoluzione delle strutture e dei servizi previsti nel Piano di Ripresa e Resilienza.

Chi vive e opera nelle Marche invece è trascinato quotidianamente a interrogarsi sul rapporto tra politica e professionisti e soprattutto tra politica e bisogni dei cittadini all'interno della sanità regionale.

E' di questi ultimi giorni un episodio molto significativo avvenuto nella Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche, con sede ad Ancona, che [ha trovato spazio anche nella stampa locale](#). Una unità operativa di questa Azienda dell'area onco-ematologica ha fatto circolare tra i pazienti e i familiari un avviso in cui informava sugli effetti sulla qualità dell'assistenza della riduzione dei posti letto di ricovero ordinario da 12 a 8 disposta dalla Direzione della Azienda per problemi di carenza di personale e gestione (immagino) del piano ferie.

Al tempo dei social questo avviso esposto negli spazi della Unità Operativa ha avuto una ampia immediata diffusione (immagino anche in questo caso del tutto non voluta) con quel "danno di immagine" che a volte sembra essere l'unica cosa che interessa la politica.

Tanto è vero che l'Assessore alla Salute Filippo Saltamartini è immediatamente intervenuto per mettere una pezza alla situazione, Assessore che ha commentato davanti alle telecamere di una televisione locale che l'avviso fatto circolare dagli operatori era "[uno svarione da stress](#)" in fondo manco tanto giustificato.

Proviamo a dare un senso a questo episodio in modo da dargli un significato più generale che ci aiuti a capire il rapporto tra politica e sanità a livello regionale e quindi nazionale.

Per inquadrarlo dobbiamo fare una breve analisi innanzitutto della situazione dell'Ospedale in cui è avvenuto l'episodio: l'Azienda Ospedaliero-Universitaria delle Marche con sede ad Ancona.

Ho già avuto modo di recente di [commentare qui su QS](#) come mai nel giro di pochi mesi questa Azienda (attualmente distribuita su due presidi, la struttura "generale" con sede a Torrette, fuori città, e la struttura ginecologico-pediatria con ancora per qualche anno sede nel centro della città) sia passata dall'essere considerato il miglior ospedale pubblico d'Italia a un ospedale in gravissima crisi per carenze di personale per inadeguata programmazione regionale.

In estrema sintesi, l'Azienda ha una dotazione organica e un tetto di spesa del personale inadeguati rispetto alle funzioni che deve svolgere. Quanto previsto per garantire il piano ferie nella Azienda Ospedaliera delle Marche è frutto di questa situazione di cui però la politica non si sente responsabile, come prevedibilmente fatto presente [dall'Assessore alla stampa locale](#), Assessore che ha attribuito la vicenda in questione e tutti i problemi della sanità regionale ai tetti di spesa imposti dal livello centrale.

Peccato che in larga misura la grave situazione della sanità delle Marche sia fortemente influenzata dalle scelte di politica sanitaria (se politica si può chiamare) della attuale Giunta di centrodestra.

Ne è prova il [nuovo Piano Socio Sanitario Regionale di recente approvato dalla Giunta](#), il 25 maggio 2023 e quindi meno di un mese fa. In questo Piano nulla si dice delle criticità della Azienda

Ospedaliero-Universitaria di Torrette e nulla si dice sulle altrettanto grandi criticità della rete oncologica ed ematologica, testimoniate in modo drammatico dalla difficoltà di presa in carico da parte delle Unità Operative che ne fanno parte del monitoraggio dei loro pazienti, cui raramente si riesce ad offrire il percorso “assistito” di visite e controlli di cui hanno bisogno.

Questi pazienti spesso si sentono dire frasi come “a questo esame dovrebbe pensarci lei con il suo medico”. Come spesso a questi pazienti e ai loro familiari nella fase pure importante della palliazione non si riesce a offrire un percorso “assistito” che eviti ricoveri impropri in degenze non dedicate o peggio ancora un ricorso al Pronto Soccorso.

Su questi temi nulla, sottolineo nulla, si dice nel Piano approvato dalla Giunta, Piano che era la sede naturale per quelle razionalizzazioni di sistema (in particolare della ipertrofica perché mal distribuita) rete ospedaliera indispensabile per liberare risorse per i servizi ospedalieri critici e per i servizi territoriali.

Nello stesso tempo, contro la normativa e contro il buon senso, il Piano “crea” sei nuovi Pronto Soccorso gestiti dal Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) territorialmente competente. Quattro di questi non avrebbero dietro nemmeno un ospedale per acuti, ma un Ospedale di Comunità “rafforzato” ([anche di questo ho recentemente scritto qui su QS](#)). Questa soluzione contro la norma viene riservata esclusivamente ad aree di interesse elettorale della attuale Giunta.

Forse è utile ricordare come nella vicina Emilia-Romagna si stia prendendo la strada opposta rispetto a questa con la creazione delle strutture territoriali per le Urgenze a bassa complessità (CAU), come riportato qui su QS tre giorni fa.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114535

E' raro che una ricerca in sanità non vada oltre la scoperta dell'acqua calda. Anche l'XI rapporto sulle performance regionali curato da Crea non fa eccezione. Anche in questa edizione sempre più pirotecnica a giudicare dai grafici, dagli istogrammi e dalla valanga di dati vi sono regioni bocciate regioni promosse, regioni rimandate, regioni bocciate. Più o meno sempre le stesse come se la sanità fosse davvero vittima di una mostruosa invarianza. Cioè sia come pietrificata dai malefici di un mago malvagio

26 GIU -

Mi hanno colpito le osservazioni di Maffei e di Angelozzi (QS 23 giugno 2023) circa la ricerca Crea relativa alle performance regionali in sanità. Esse rivelano quelle aporie che appartengono al mondo metodologico aporie che spesso sia gli sponsor che finanziano le ricerche in sanità sia coloro come me e tanti altri che le ricerche se le leggono sperando comunque di imparare qualcosa o ignorano o trascurano o non capiscono. Ma che sono decisive a decidere la qualità della conoscenza.

La scoperta dell'acqua calda

E' raro che una ricerca in sanità non vada oltre la scoperta dell'acqua calda. Anche l'XI rapporto sulle performance regionali curato da Crea non fa eccezione. Anche in questa edizione sempre più pirotecnica a giudicare dai grafici, dagli istogrammi e dalla valanga di dati vi sono regioni bocciate regioni promosse, regioni rimandate, regioni bocciate. Più o meno sempre le stesse come se la sanità fosse davvero vittima di una mostruosa invarianza. Cioè sia come pietrificata dai malefici di un mago malvagio

Del resto perché mai dovrebbe cambiare la sanità se alla politica non interessa riformare nulla o se la politica non ha un pensiero per riformare?

Ma se prevale l'invarianza che senso ha fare ricerche che dimostrano ciò che già sappiamo. Che senso ha per l'industria soprattutto farmaceutica spendere tanti soldi (perché i soldi sono davvero tanti) per la continua produzione di acqua calda?

Le convenienze economiche

Ma se si continua a produrre acqua calda evidentemente a qualcuno conviene finanziarla, a qualcuno organizzarla a qualcuno venderla facendoci credere che non sia acqua calda.

Il sospetto che viene è che la produzione dell'acqua calda pur essendo una questione prevalentemente euristica se non assiologica in realtà sia fundamentalmente una questione economica al punto da farmi dire che forse dovremmo parlare di una vera e propria economia dell'acqua calda.

Con questa economia gli sponsor finanziano le loro relazioni con la sanità, gli istituti di ricerca i loro "credits" (così li chiama Crea) cioè i compensi per il project leader o per il supervisor scientifico, fino ad arrivare ai collaboratori.

L'economia dell'acqua calda è innegabile che più che redistribuire conoscenze in realtà redistribuisce reddito sotto mentite spoglie e che questa falsa conoscenza la redistribuisca sotto forma di grant (altra espressione usata da Crea) in modo molto iniquo se penso a coloro che per fare ricerca si mangiano tonnellate di dati passando la loro vita davanti a dei computer. Dietro alle ricerche sull'acqua calda è raro avere dei geni o dei maître a penser mentre è normale avere dei furboni che integrano i loro stipendi all'università con ben altri compensi con intorno un sacco di persone che in cambio di una citazione in un report spesso non vengono neanche pagate.

La questione importante della metodologia

Personalmente credo che con una metodologia come quella che ha guidato l'XI ricerca sulle performance regionali del Crea (QS 21 giugno 2023) le contraddizioni come quelle rilevate da Maffei e da Angelozzi sono inevitabili. Solo che se nessuno se ne accorge tutto passa sotto silenzio. Resta l'acqua calda cioè le sue convenienze e i suoi opportunismi economici.

La ricerca a cui si riferiscono Maffei e Angelozzi a mio parere è un vero esempio di conoscenza organizzata per fini del tutto leciti sia ben chiaro rispettando in tutto e per tutto le regole della trasparenza ma nello stesso tempo come spiegato con la teoria dell'acqua calda non del tutto euristici e nella quale la conoscenza della sanità è la questione meno rilevante. Se non una vera e propria foglia di fico.

Quella di Crea non è una classificazione rigorosa sulle prassi dei servizi basata sulla mappatura delle esperienze di cura dei cittadini e sulle esperienze di lavoro degli operatori ma è come se la sanità fosse un albergo giudicato non dai clienti quelli che vi alloggiano e che a vario titolo hanno diritto alla salute quindi di essere curati ma giudicato dagli stakeholder cioè da coloro che rispetto alla sanità hanno interessi economici, istituzionali, aziendali industriali, professionali, da tutelare. Cioè da federalberghi.

Uno strano rapporto tra episteme e doxa

L'XI rapporto di Crea è una specie di strana customer care nella quale i customer sono assenti. Sono gli stakeholder che rappresentano i customer (ben 6 tipi diversi in tutto più di 100 persone) ma ciascuno di essi portatore di un interesse ma attenzione di un interesse diverso da quello particolare del portatore di diritto.

La cosa che colpisce della ricerca Crea è proprio questo strano rapporto tra episteme e doxa cioè tra conoscenza per mezzo di evidenze oggettive e conoscenza per mezzo di opinioni soggettive, dove le opinioni non sono quelle dei cittadini ma sono quelle che ritengono per varie ragioni di poterli rappresentare. Ma come si può conoscere la qualità dell'albergo sentendo solo l'opinione degli albergatori?

La questione della performance

Il Crea per primo definisce le performance di un servizio sanitario regionale (cioè di un insieme di attività) come una realtà multidimensionale quindi come una realtà per definizione con un grado elevato di complessità. Ma alla fine riduce la pluridimensionalità ad un indicatore che riprendendo le perplessità di Maffei e Angelozzi per forza crea dei paradossi. Come è possibile con un indicatore sintetico dare conto della complessità di una complessità? Meglio sarebbe in questi casi (ma non è il caso di Crea) adottare un'altra metodologia come per esempio l'interpretazione a molti mondi suggerita dalla quantistica cioè misurare le proprietà delle così dette performance direttamente sui cittadini accettando l'idea che esse si riferiscano ai tanti mondi diversi quindi a tante singolarità ciascuno della quale va misurata con misurazioni specifiche.

Ma se è vero questo salta l'indice sintetico ma se salta questo indice con quale altra batteria di indicatori l'indice sintetico andrebbe sostituito?

Il ruolo fallace dell'elicitazione

Elicitazione è la traduzione della parola inglese "elicitation". Il suo significato si riferisce alla realizzazione di tecniche per estrarre conoscenze o informazioni sulle persone. L'elicitazione è semplicemente una tecnica utilizzata per [ottenere informazioni](#) attraverso delle opinioni.

L'elicitazione è l'uso della opinione degli stakeholder per affermare delle quasi verità. "Quasi" vuol dire verità gappy cioè verità ambigue vale a dire para-complete e para-consistenti Sono gli interessi degli stakeholder organizzati in un panel che alla fine attraverso i loro interessi attribuiscono un valore alle determinazioni degli indicatori di performance. Quindi il valore degli indicatori è sempre

un valore relativo al campo di interessi di “federalberghi” ma mai relativo all'esperienza dei cittadini e degli operatori.

Il panel degli stakeholder alla fine coincide con l'intera governance della sanità che in quanto tale si costituisce nei confronti dei finanziatori come il primo garante di qualità. Se colui che governa la sanità è colui che attraverso l'elicitazione giudica la sanità allora chi finanzia le ricerche sulla performance regionali è garantito da coloro che governano l'elicitazione. Bingo.

La fallacia dell'argumentum ab auctoritate

Ma decidere le verità sugli indicatori di performance attraverso le opinioni degli stakeholder anziché attraverso l'analisi delle evidenze e delle conoscenze empiriche dei cittadini e degli operatori mette in scena quella che i logici hanno chiamato l'argumentum ab auctoritate cioè una delle fallacie più pericolose per il discorso scientifico.

L'argumentum ab auctoritate, detto anche argomento autorevole e appello all'autorità, è uno speciale argomento [induttivo](#) solitamente presentato sotto forma di [sillogismo statistico](#), (gli indicatori di performance non sono altro che una specie di sillogismo statistico) che consiste nel suffragare la validità di una teoria sulla base delle qualità personali e l'autorità di chi l'ha proposta. Se gli indicatori di performance sono approvati dai massimi rappresentanti della sanità allora gli indicatori sono veri. Quando così non è. Tale [argomento](#) era peraltro molto utilizzato nel medioevo, prima che fosse abbandonato in favore del metodo scientifico sperimentale proprio in quanto privo di valore probatorio.

Il problema epistemologico del rapporto Crea almeno secondo me consiste nel fatto che proprio perché è costruito sulle opinioni degli stakeholder esso alla fine ha uno scarsissimo valore probatorio. Cioè uno scarsissimo valore scientifico. Cioè è acqua calda.

La decidibilità

Il problema che pone il report di Crea sulle performance regionali è quello che gli epistemologi moderni chiamano decidibilità. Se la metodologia impiegata come si legge nel rapporto Crea è la prima garanzia di verità è evidente che se la metodologia per tante ragioni è fallace cioè è una metodologia addirittura medioevale che si basa sull'argumentum ab auctoritate come è il caso di Crea allora non potremmo che avere false verità o quasi verità o verità gappate. Per cui hanno ragione tanto Maffei che Angelozzi a farci notare gli esiti paradossali di questa ricerca. Ma è ovvio che se gli indicatori di performance sono validati dalle opinioni degli stakeholder è altrettanto ovvio avere contraddizioni simili a quelle notate da Maffei e da Angelozzi cioè è ovvio che certe verità risultino fallaci se non assurde e paradossali.

Conclusione

Confermo quindi i miei dubbi sia sull'utilità dell'acqua calda sia sull'economia dell'acqua calda e cioè che se in certe ricerche la metodologia è semplicemente speculare agli interessi in gioco allora la metodologia non può garantire come dovrebbe un grado soddisfacente di scientificità. Sarebbe strano il contrario.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114975

Il problema del nostro SSN è la mancanza di una serie di condizioni strutturali: la messa in atto di buone pratiche di valorizzazione della risorsa umana; un reale e concreto processo di presa in carico e accompagnamento dei pazienti, da realizzare con l'implementazione di nuovi modelli assistenziali di tipo reticolare; una rivisitazione con relativo rafforzamento della governance nelle diverse strutture e nei diversi servizi favorendo la partecipazione ai diversi livelli

12 GIU -

Analizzando l'ultimo rapporto sui LEA emerge un quadro di Italia, seppur con delle specificità regionali, non così distante e differenziata fra Nord e Sud.

Abbiamo Regioni e Province non in linea con la completa applicazione dei LEA sia al Nord che al Sud. Abbiamo Regioni più virtuose e qualche Regione distante anni luce da una performance minimale, ma quel che emerge è che in generale l'applicazione dei LEA non è una garanzia generalizzata e non è una garanzia per un Sistema Sanitario Nazionale universalistico il cui ruolo è la tutela della salute dei propri cittadini.

I dati che mergono con evidenza

Nel 2021 si registra un significativo arretramento generalizzato per quanto riguarda l'area della prevenzione. Prendendo infatti ad esempio le coperture vaccinali in età pediatrica si vede chiaramente come queste non raggiungono, a livello nazionale, con riferimento ai valori degli indicatori, il valore soglia fissato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pari al 95%; nello specifico, la copertura vaccinale nei bambini a 24 mesi per ciclo base contro polio, difterite, tetano, epatite B, pertosse e Hib (P01C) raggiunge la soglia in 8 Regioni, mentre la copertura contro morbillo, parotite e rosolia (P02C) supera il 95% in 6 Regioni.

Per quanto riguarda invece il complesso delle aree (prevenzione, assistenza ospedaliera) emerge che sono solo 14 le regioni (Piemonte, Lombardia, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Abruzzo, Puglia e Basilicata) che registrano un punteggio superiore a 60, cioè la soglia di sufficienza in tutte le macro aree.

Sono invece 7 le Regioni che risultano sotto soglia in una o più macro-aree:

in una macro-area: Provincia Autonoma di Bolzano (Prevenzione), Molise (Ospedaliera), Campania (Distrettuale) e Sicilia (Prevenzione);

in due macro-aree: Sardegna (Distrettuale e Ospedaliera);

in tutte le macro-aree: Valle d'Aosta e Calabria.

Con l'attribuzione della maglia nera a due realtà territoriali agli antipodi del Paese: Valle d'Aosta e Calabria. Un quadro che non può non generare grande preoccupazione e che ci porta a sottolineare come ancora una volta non sono sufficienti mere procedure standardizzate per rendere efficace ed efficiente un SSN a garantire la salute dei cittadini.

Un sistema disarticolato e diseguale

La cifra complessiva è dunque quella di un sistema che appare: sempre più disarticolato, con una distribuzione di servizi di base e specialistici assai differenziata sul territorio italiano e non infrequentemente in presenza di vistosi vuoti operativi; fortemente pervaso da una diffusa cultura burocratica sia fra i cittadini che fra gli operatori e non ultimo soffocato dalla persistenza di logiche burocratiche troppo distanti dal reale bisogno di salute dei cittadini. Tutti elementi che non possono

essere sottovalutati in nome di un sistema di LEA che conferma e rafforza un processo receipto prevalentemente nella sua sola dimensione amministrativa e burocratica.

La ricomposizione necessaria tra le diverse aree

Abbiamo più volte sottolineato come il nostro SSN sia vittima di una deprivazione strutturale (risorse umane e finanziarie) e culturale al contempo (visioni, rapporti istituzionali tra Stato e regioni, modelli organizzativi, ruolo del personale e degli utenti)

Non è dunque solo il pesante definanziamento degli ultimi anni a pesare come di quelli attuali nella certificazione dell'ultimo DPEF in cui il rapporto rispetto al PIL si assesterà a un misero 6,2% e che solo il Ministro Schillaci sembra non vedere.

Pesa poi l'incapacità dello Stato centrale e delle stesse regioni nel riuscire a delineare un sistema di cure in cui vi sia una reale integrazione tra ospedale e territorio e in cui siano garantiti livelli uniformi ed integrati di intensità ed estensività assistenziale.

Un sistema reticolare e fortemente interconnesso

Un moderno sistema sanitario riconosce nella "legge di potenza" di Barabasi il modo per riuscire a garantire una effettiva esigibilità dei livelli di assistenza, collegando centro e contesti periferici in un network altamente interconnesso tra Hub e spoke.

E' la mancanza di una effettiva interconnessione tra i diversi punti della rete, tra MMG/ specialista ambulatoriale e ospedale e tra ospedale a bassa intensità assistenziale e ospedale di livello superiore, a produrre le gravi lacune evidenziate dal documento dei LEA.

Il nostro sistema sanitario è non solo acefalo per la mancanza di una sapiente regia da parte del Ministero della salute e delle sue agenzie (in primis AGENAS priva di effettivi poteri di indirizzo) ma anche de-afferentato per la mancanza di connessioni tra il primo punto di accesso al servizio (livello ambulatoriale) e l'ospedale o centro di riferimento di livello avanzato.

La deafferentazione ovvero l'impossibilità di un sistematico livello di integrazione è determinata in larga misura dalla mancanza di un sistema di reti cliniche territorio-ospedale in mancanza del quale il paziente è sostanzialmente abbandonato al proprio destino e deve cercarsi in totale autonomia le soluzioni che il primo livello di assistenza non riesce a fornire. Conseguentemente solo chi dispone di un capitale sociale e culturale adeguato riesce a trovare le risposte al proprio problema. E tra coloro che si trovano in tale condizione di privilegio sono sicuramente i politici e i loro familiari indipendentemente dallo schieramento di appartenenza.

E' ormai aneddotica la scelta dell'uomo più potente e ricco d'Italia: Gianni Agnelli, di farsi ricoverare presso le Molinette e non in una struttura privata, accreditata o a convenzione obbligatoria come gli Istituti religiosi o privati, diventati oggi l'unico punto di cura per quelli che appartengono a ceti sociali e culturali abbienti.

Le reti cliniche come unica garanzia di eguaglianza tra i cittadini

Non può esistere equità tra i cittadini se non trova implementazione un sistema di cure basato sulle reti cliniche. Le reti cliniche per le patologie ad alta prevalenza sono l'unico modo attraverso cui il cittadino, indipendentemente dal suo status sociale, che prende contatto con il punto molecolare del sistema (MMG o specialista ambulatoriale) viene inserito in un percorso formalizzato a complessità crescente. I protocolli di invio tra i diversi nodi della rete superano la necessità del ricorre *al fai da te* per avere risposte sanitarie commensurate al problema di cui si è afflitti. Le reti vengono costruite intorno al paziente e considerano ininfluyente ai fini del risultato il punto di accesso al sistema.

La filosofia delle reti infatti obbedisce alla legge di Potenza e crea dei network formali e gerarchizzati in cui gli Hub hanno multipli di interconnessioni con tutti gli altri punti della rete.

Un bisogno di salute che non trova risposta a un qualsiasi livello di accesso diventa di competenza del livello superiore.

Paradossalmente è proprio un sistema fortemente gerarchizzato a dare la massima garanzia di eguaglianza; esattamente quello che non sembra interessare il decisore pubblico.

L'AGENAS come punto di riorganizzazione delle reti cliniche

L'agenzia che istituzionalmente è chiamata a svolgere il compito di implementare un sistema diffuso di reti cliniche, realizzato con la condivisione attiva delle regioni, è l'AGENAS, se solo si riuscisse a vincere l'ostracismo occulto che viene riservato a tale gemmazione da parte del Ministero della Salute.

La revisione del DM 70 sugli standard ospedalieri, invece di concentrarsi sui numeri relativi ai posti letto (che nessuno rispetta) dovrebbe invece generalizzare il sistema di reti cliniche. Conseguentemente la valutazione della loro effettiva implementazione da parte delle regioni, che hanno condiviso il percorso di redazione, dovrebbe essere vincolante e sottoposto a verifica con tanto di penalizzazioni in caso di inadempienza.

Conclusioni

Ancora una volta si evince che il problema del nostro SSN, che ha radici ancora solide e profonde, è la mancanza di una serie di condizioni strutturali: la messa in atto di buone pratiche di valorizzazione della risorsa umana; un reale e concreto processo di presa in carico e accompagnamento dei pazienti, da realizzare con l'implementazione di nuovi modelli assistenziali di tipo reticolare; una rivisitazione con relativo rafforzamento della governance nelle diverse strutture e nei diversi servizi favorendo la partecipazione ai diversi livelli.

Un modo di concepire e far progredire il SSN senza il quale i LEA e la sua applicazione, diventano una formalità che le stesse Regioni pur virtuose riescono a rispettare con difficoltà. Chiudiamo il nostro contributo ricordando le parole di K. Stanislavskij "ciò che non evolve può solo regredire".

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114572



5 Giugno 2023

Specializzandi UNIFI

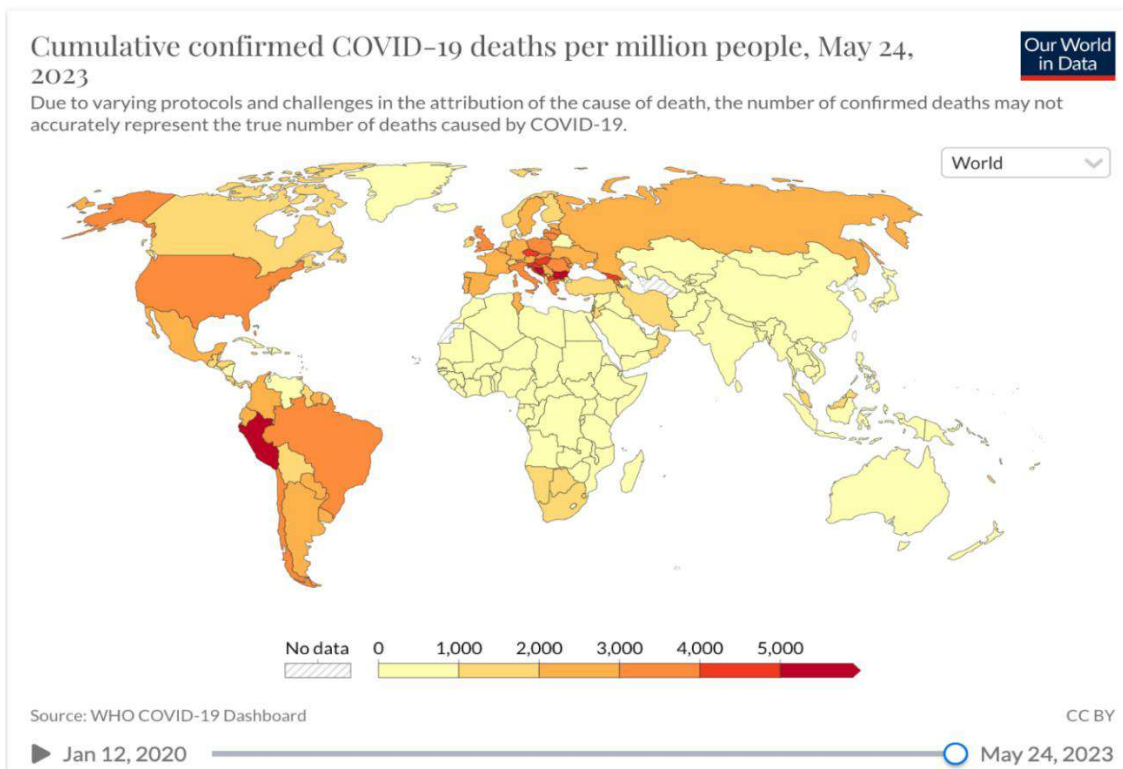
L'impreparazione nell'affrontare la pandemia da COVID-19 dovrebbe essere servita da lezione: le grandi potenze globali devono mettere da parte le loro rivalità geopolitiche lavorando insieme per prepararsi ad eventuali eventi pandemici futuri e per affrontare altre crisi globali, attraverso il rafforzamento del multilateralismo in tutte le sue dimensioni cruciali (politica, sanitaria, culturale, istituzionale e finanziaria).

Il giorno 4 maggio 2023 il Direttore Generale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, ha ufficialmente dichiarato la fine dell'emergenza sanitaria da COVID-19, scoppiata poco più di tre anni prima. Ma il coronavirus Sars-CoV-2 – dopo aver provocato circa 20 milioni di morti – continua a circolare nel mondo, e a produrre decessi; rimane quindi un importante problema di sanità pubblica da gestire con un attento e costante monitoraggio.

Prendendo spunto dal Rapporto della Lancet Commission sulla pandemia COVID-19 (*The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic*) abbiamo pubblicato nelle settimane passate due post.

Il **primo** – COVID-19 e sistemi sanitari –, esaminando la distribuzione della mortalità nelle varie aree del mondo, **metteva in evidenza l'eclatante paradosso di questa pandemia**: i livelli più catastrofici di mortalità si sono verificati nelle aree più ricche e sviluppate del pianeta, in Europa e nelle Americhe (**Figura 1**), in sistemi sanitari dotati di enormi risorse e raffinate tecnologie, primo fra tutti gli Stati Uniti d'America. Sistemi che si sono trovati impreparati (come non avrebbero potuto e dovuto) ad affrontare una pandemia respiratoria, anche perché in precedenza avevano smantellato le strutture di sanità pubblica e di cure primarie necessarie a rappresentare la prima, indispensabile barriera alla diffusione del virus.

Figura 1. Morti cumulative per milione di abitanti, nel mondo al 24 maggio 2023. Fonte Our World in Data



Il secondo – Una pandemia diseguale – denunciava le profonde diseguglianze nella salute documentate da molteplici studi epidemiologici: una pandemia che si è accanita sulle fasce più deboli della popolazione: sulle persone anziane con più patologie, sui più poveri, sulle donne, sulle minoranze etniche, sui bambini e sugli adolescenti

Gli esiti catastrofici (non solo sanitari, ma anche economici e sociali) della pandemia sono da attribuire anche al fallimento del sistema multilaterale basato sulle Nazioni Unite e sulle sue agenzie, in primis l'OMS. Un sistema multilaterale da anni fiaccato dalle politiche neoliberiste ostili al finanziamento e alla protezione dei beni pubblici globali, dall'eccessivo nazionalismo e dalle tensioni tra le maggiori potenze. Il fallimento nella risposta globale al COVID-19 è simile a quello rispetto ad altre pressanti sfide globali, come l'emergenza climatica, la perdita di biodiversità globale, l'inquinamento dell'aria, del suolo e dell'acqua, la persistenza dell'estrema povertà in mezzo mondo, e lo sfollamento su larga scala di persone a causa di conflitti, povertà e stress ambientale.

La terza parte del Rapporto della Lancet Commission è dedicato alle raccomandazioni per prevenire la ripetizione di una nuova catastrofe epidemica, riassumibili nei seguenti punti:

Vigilanza sullo sviluppo delle possibili nuove varianti. Vaccino accessibile a tutti.

È necessario istituire forti sistemi di monitoraggio e sorveglianza coordinati in tutto il mondo per valutare i rischi di nuove ondate di COVID-19. **Il sistema dei brevetti deve essere reso flessibile per garantire a tutti i paesi l'accesso ai vaccini anti-Covid**, procedere alle vaccinazioni di massa e colmare l'intollerabile gap nella copertura vaccinale tra paesi più ricchi e paesi a medio e basso livello di sviluppo.

Rafforzamento dell'OMS

A partire dal 1980 il budget dell'OMS è stato congelato, riducendosi di valore a causa dell'inflazione, e parallelamente sono diventati sempre più preponderanti i finanziamenti extra-budget provenienti dai governi e anche dal settore privato (es: Bill Gates). Questo metodo di finanziamento ha generato programmi "verticali", basati su singole patologie (es: AIDS, Tbc, Malaria), generando priorità stabilite "altrove" e indebolendo i sistemi sanitari locali. Tutto ciò ha

ridotto le capacità strategiche, la qualità tecnica e infine l'autorevolezza dell'OMS, come si è visto chiaramente nel corso della pandemia.

È necessario un aumento sostanziale del bilancio di base dell'OMS e prevedere la possibilità di attingere a finanziamenti di emergenza su larga scala nel caso di un'emergenza sanitaria globale.

La commissione sostiene con forza la creazione di un Global Health Fund integrato e flessibile che dovrebbe essere finanziato con 60 miliardi di dollari l'anno (pari al 0-1% del PIL dei paesi a medio-alto reddito) con 3 finestre di finanziamento principali:

15 mld per la creazione del piano pandemico, cioè il piano di preparazione e risposta alle pandemie;
20 mld per le *Medical Commodities* (strumenti per il controllo delle pandemie), quali farmaci, DPI, strumenti medici;

25 mld per il potenziamento dell'assistenza sanitaria primaria nei Paesi meno sviluppati.

Va inoltre rafforzata la governance dell'OMS per conferirgli un maggiore potere politico, con l'istituzione di un nuovo organismo, il *Global Health Board*, che dovrebbe essere composto da capi di governo in rappresentanza di ciascuna delle sei regioni dell'OMS ed eletti dagli Stati membri di tali regioni.

Prevenzione dello spillover (la trasmissione di virus dall'habitat animale a quello umano).

È necessaria la prevenzione primaria delle pandemie attraverso l'attuazione di misure preventive sia contro le ricadute naturali che contro le ricadute derivanti da attività legate alla ricerca. La prevenzione delle ricadute naturali richiede un approccio One Health, un approccio integrato e unificante che mira a bilanciare e ottimizzare in modo sostenibile la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi — compreso il rafforzamento dei servizi veterinari, la regolamentazione del commercio di animali domestici e selvatici e dell'allevamento di animali selvatici e di bestiame, la prevenzione della deforestazione e il potenziamento dei sistemi di sorveglianza dei patogeni negli animali domestici e nell'uomo.

4. Il rafforzamento dei sistemi sanitari. I piani nazionali di preparazione alle pandemie

I governi dovrebbero rafforzare i sistemi sanitari nazionali sulle basi della sanità pubblica e della copertura sanitaria universale, fondata sui diritti umani e sull'uguaglianza di genere. Sistemi sanitari pubblici forti dovrebbero includere diversi aspetti come: relazioni solide con le comunità locali e le organizzazioni comunitarie; sistemi di sorveglianza e segnalazione; catene solide di approvvigionamento di materiale medico; progetti strutturali e strategie operative che promuovono la salute; investimenti nella ricerca nelle scienze comportamentali e sociali per sviluppare e implementare interventi più efficaci; promozione di comportamenti prosociali; forte educazione sanitaria per la promozione della salute, prevenzione delle malattie e preparazione alle emergenze; strategie di comunicazione sanitaria efficaci; sforzi attivi per affrontare la disinformazione in materia di salute pubblica sui social media; sintesi delle evidenze costantemente aggiornate.

I sistemi sanitari dovrebbero prevedere una copertura sanitaria universale, incentrata sull'assistenza sanitaria di base, che garantisca ai pazienti l'accesso a cure di qualità per i problemi di salute legati alla pandemia e non, compresa la salute mentale. Gli operatori sanitari della comunità dovrebbero essere ben formati e le organizzazioni a cui appartengono adeguatamente sostenute.

Oltre a rafforzare i sistemi sanitari, ogni Paese dovrebbe definire ed espandere i piani nazionali di preparazione alle pandemie per prevenire e rispondere alle nuove malattie infettive emergenti. I piani di preparazione dovrebbero includere: una migliore sorveglianza e monitoraggio; la definizione e la protezione dei gruppi vulnerabili; le notifiche internazionali; la cooperazione all'interno dei gruppi regionali dell'OMS; il finanziamento delle emergenze; le linee guida sugli interventi comportamentali, sociali e ambientali, i protocolli di viaggio e la sicurezza delle scuole e dei luoghi

di lavoro; solide catene di approvvigionamento di beni sanitari (ad esempio, dispositivi di protezione individuale, diagnostici, terapeutici e vaccini); un'efficace comunicazione del rischio e un'opposizione attiva alla disinformazione e all'informazione scorretta; la formazione degli operatori della sanità pubblica e la disponibilità di personale adeguato.

In conclusione, l'impreparazione nell'affrontare la pandemia da COVID-19 dovrebbe essere servita da lezione: le grandi potenze globali devono mettere da parte le loro rivalità geopolitiche lavorando insieme per prepararsi ad eventuali eventi pandemici futuri e per affrontare altre crisi globali, attraverso il rafforzamento del multilateralismo in tutte le sue dimensioni cruciali (politica, sanitaria, culturale, istituzionale e finanziaria).

Il presente post è frutto del lavoro collettivo di un gruppo di medici e mediche in formazione specialistica (del primo anno della specializzazione in Igiene e Medicina preventiva dell'Università di Firenze) sul Rapporto di Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. Tale lavoro ha comportato l'analisi e la rielaborazione del Rapporto, la presentazione in aula con discussione e la produzione di 3 post. Il terzo e ultimo post della serie, pubblicato oggi, è stato preceduto da "COVID-19 e sistemi sanitari" (2 maggio 2023) e da Una pandemia diseguale (10 maggio 2023)

Il gruppo è formato da: Simone Baldacci, Manjola Bega, Andrea Benincampi, Raffaele Caldararo, Ludovica Costantini, Erika Del Prete, Debora Fontana, Veronica Gironi, Elena Morelli, Giulia Napoli, Neda Parsa, Concetta Francesca Rosania, Gianluca Pollasto, Francesco Toccafondi, Marcello Settembrini, Ledian Spaho, Elvis Vassallo.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/covid-19-la-lezione/>

THE LANCET

Herbert B Peterson, Regina Duba, Gioia E Prato, Joumana Haidar, Jessamy Bagenal, Riccardo Horton et al.

Publicato: 21 giugno 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00870-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00870-X)

Abstract

Con il lancio degli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile ([SDGs](#)) nel 2015, i leader mondiali si sono impegnati per la salute e il benessere di ogni persona sul pianeta entro il 2030.

Con lo sviluppo di numerose innovazioni salvavita e che migliorano la vita, il potenziale per l'utilizzo della scienza e della tecnologia per raggiungere questo obiettivo non è mai stato così grande.

Tuttavia, con troppe innovazioni ci sono forti e inaccettabili disuguaglianze nella disponibilità e nell'accesso.

Inoltre, un'elevata percentuale di interventi efficaci non viene messa in pratica in modo efficace su larga scala, in particolare nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) dove la scalabilità e la sostenibilità degli interventi di qualità sono state particolarmente difficili.

Rimangono ampi divari tra ciò che è noto e ciò che viene fatto nella salute globale.

Queste lacune, variamente caratterizzati con termini come il divario tra conoscenza e azione, il divario tra ricerca e pratica e il divario di qualità, sono fallimenti nell'attuazione.

Gli obiettivi e gli obiettivi di salute globale non saranno raggiunti fino a quando queste sfide di implementazione non saranno affrontate in modo efficace.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00870-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00870-X/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Global Health

Giacomo Smith, Ezechiele Borò, Edwin Jit Leung Kwong, Megan Schmidt-Sane

Pubblicato: 14 giugno 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00208-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00208-5)

L'editoriale di *Lancet Global Health* marzo 2023 offre una visione cupa di alcune delle espressioni più dannose del potere e della politica che minano la realizzazione della salute globale: colonialismo, biomedicalizzazione, depoliticizzazione, estrattivismo e interesse personale.

Queste espressioni di potere sono così intrecciate nella storia e nella pratica contemporanea della salute globale che è stato suggerito che potrebbe non essere possibile raggiungere una salute globale decolonizzata, o che con un'efficace azione anticoloniale la salute globale potrebbe cessare del tutto di esistere.

In questo contesto, l'enfasi sulla salute globale pragmatica come articolata nello stesso editoriale non è all'altezza del posizionamento di principio richiesto e della conseguente azione radicale necessaria per contrastare le forze che compromettono la disciplina.

Per problematizzare il pragmatismo occorre fare due importanti distinzioni nella sua concettualizzazione: il pragmatismo come paradigma epistemologico e il pragmatismo come approccio al cambiamento. Il pragmatismo come paradigma epistemologico ha valore nella sua difesa della pluriversalità e della contestualizzazione della conoscenza.

Questo approccio valorizza il posizionamento e la teorizzazione sulla base delle sue conseguenze pratiche, che dovrebbero a loro volta incoraggiare la localizzazione e la contestualizzazione dei percorsi dalla produzione della conoscenza alla pratica. Tuttavia, questo approccio solleva anche diverse questioni importanti. Chi determina la "utilizzabilità delle prove nella pratica" e rispetto a quali criteri?

Quale valore attribuiscono i responsabili politici e i professionisti della salute globale alla conoscenza che non sembra avere un'applicazione pratica immediata?

Un'interpretazione ristretta dell'usabilità ha a lungo privilegiato il perseguimento di interventi tecnici apparentemente semplici e rimane uno dei maggiori ostacoli all'impegno concertato con sistemi complessi e le cause profonde politiche ed economiche della cattiva salute. Colmare il divario know-do richiede necessariamente modi radicalmente diversi sia di conoscere che di fare che guardino oltre i paradigmi biomedici basati sull'evidenza e più vicini a ciò che Seye Abimbola descrive come pratica basata sulla dignità.

Il pragmatismo come approccio al cambiamento politico e sociale descrive un impegno per l'incrementalismo e il compromesso alla ricerca di ciò che è fattibile o soddisfacente in un dato momento. I pragmatici sono spesso percepiti come orientati all'azione e gli idealisti come ingenui sognatori. Al contrario, anche gli idealisti si battono chiaramente per l'azione e il cambiamento, e visionari, sognatori e voci radicali non dovrebbero essere liquidati così facilmente su questa base.

Di maggiore preoccupazione è la vicinanza tra la determinazione dell'usabilità e una valutazione di ciò che può essere realizzato realisticamente e praticamente nelle circostanze attuali. Quali limiti poniamo al nostro immaginario collettivo quando adottiamo un simile approccio?

Allo stesso modo, il consequenzialismo come fondamento filosofico del pragmatismo trascura ampiamente le questioni di motivazione, processo e aspirazione: cosa ci spinge, come arriviamo dove vogliamo andare e in quale mondo alla fine vogliamo abitare? Sosteniamo che una singola attenzione ai valori e alle buone intenzioni (ad esempio, la salute globale deontologica) o agli impatti previsti e misurati (ad esempio, la salute globale consequenzialista) non sarà mai sufficiente. Una posizione etica dovrebbe continuamente sconvolgere l'altra.

La sola promozione del pragmatismo sarà la morte della salute globale, se non l'ha già uccisa. Attualmente, il pragmatismo nella salute globale è pervasivo e incontrollato, il che consente un posizionamento conservatore e processi di cambiamento incrementale riformista che in genere servono a preservare lo status quo. Questo pragmatismo consente situazioni come quelle in cui esperti di etica influenti chiedono l'introduzione di trattamenti più dannosi nei paesi a basso e medio reddito perché tali trattamenti sono più economici di alternative più sicure.

Un pragmatico potrebbe vedere il valore in questa posizione, nella misura in cui la copertura di qualche forma di trattamento aumenta, eppure alla fine non si verifica alcun cambiamento sistemico: lo status quo è effettivamente mantenuto e l'ingiustizia e l'iniquità sono ulteriormente radicate nell'architettura della salute globale. Tale posizionamento rappresenta l'ennesimo esempio del fallimento dell'immaginazione che ha ostacolato il potenziale della salute globale; i pragmatici tendono a vedere il mondo come è attualmente, e non come ha il potenziale per essere.

Da notare, molti dei cambiamenti urgentemente necessari sollevati nell'editoriale di *The Lancet Global Health* (ad esempio, il rispetto delle persone in quanto agenti; l'enfasi sull'azione guidata a livello locale e partecipativa; e l'abbraccio di una pluriversalità di approcci, esperienze e forme di conoscenza) sono fattori abilitanti del pragmatismo epistemologico, ma sono plasmati soprattutto da un fermo impegno nei confronti di principi e ideali: rispetto, solidarietà e il perseguimento dell'equità e della giustizia.

Ciò che sottolinea questo confondere il pragmatico e l'idealistico è che nessun singolo approccio ci consentirà di smantellare i sistemi di potere che minano la realizzazione della salute globale. Spinti dalle preoccupazioni e dalle priorità delle persone più colpite dai fallimenti della salute globale, riformisti e rivoluzionari, pragmatici e idealisti, hanno tutti un ruolo nell'immaginare che un altro mondo sia possibile e spingere insieme finché non ci arriviamo.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00208-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00208-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

SCENARIO SSN

Eurispes-Enpam: un italiano su tre rinuncia alle cure, gli stipendi dei medici sono o più bassi d'Europa. Il Sole24ore



Un quarto delle famiglie italiane denuncia difficoltà economiche relativamente alle prestazioni sanitarie. Relativamente al 2022 questa difficoltà si conferma maggiore soprattutto per i cittadini delle regioni meridionali (28,5%) e delle Isole (30,5%). Inoltre un terzo dei cittadini (33,3%) afferma di aver dovuto rinunciare a prestazioni e/o interventi sanitari per indisponibilità delle strutture sanitarie e liste di attesa. E questo andamento si conferma e aumenta anche nel 2023.

È il trend che emerge dal II Rapporto sul Sistema sanitario italiano 'Il termometro della salute', redatto da Eurispes ed Enpam.

Come sottolinea il presidente dell'Eurispes, Gian Maria Fara: «Questo lavoro di ricerca vuole occuparsi di ciò che l'impatto del Covid-19 ha generato nella percezione del Sistema Sanitario Nazionale e sulla sua programmazione nel dopo-Covid.

Nel nostro Paese, così come nel resto del mondo, i temi della salute sono infatti balzati al vertice dell'attenzione dei cittadini e dei governi, travalicando i tradizionali contorni delle politiche di settore e imponendosi come snodo centrale delle stesse politiche economiche. Basti pensare alla "rivoluzione" nella Ue rappresentata dalla parziale condivisione del debito dei paesi aderenti, che ha portato al varo del Next Generation EU e ai Piani nazionali di resilienza.

Il Rapporto segnala inoltre che gli italiani spendono di tasca propria in salute per prestazioni e farmaci in tutto o in parte (pagamento di un ticket) non coperti dal Ssn annualmente quasi 40 miliardi di euro, raggiungendo una quota del Pil superiore al 2%. A ciò si aggiunge l'intensificarsi della mobilità sanitaria, generata dalla necessità di rivolgersi a strutture pubbliche di altre Regioni per ottenere prestazioni del Ssn di fatto non erogabili nel territorio di residenza a causa dei deficit. A questo proposito, gli importi versati dalle Regioni che 'cedono' pazienti a quelle in grado di erogare le prestazioni, evidenzia Eurispes, "determinano una ulteriore difficoltà in budget sanitari già compressi dai piani di rientro. All'opposto, le Regioni che erogano molte prestazioni a cittadini non residenti possono contare su di un over-budget che rende possibili investimenti in strutture e personale, di cui beneficiano in primo luogo i cittadini residenti".

In termini di efficienza la forbice tra alcune Regioni del Nord e quelle del Centro-Sud, dunque, inevitabilmente si allarga. Ai due estremi, nel 2018 la Regione Lombardia ha riscontrato un saldo positivo di quasi 809 milioni di euro, mentre la Regione Calabria un deficit di quasi 320 milioni di euro e la Regione Campania di più di 302 milioni. Oltre all'appesantimento dei conti economici delle singole sanità regionali, la mobilità sanitaria fa emergere il fenomeno rappresentato da quasi 1,5 milioni di cittadini che nel 2018 per curarsi hanno dovuto rivolgersi al di fuori della regione di residenza.

Oliveti: un progetto per consentire ai medici di aggregarsi

"Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – dichiara il presidente dell'Enpam, Alberto Oliveti – interviene sulla salute con la prima componente della Missione 6, ridefinendo i cardini per rilanciare l'assistenza sanitaria territoriale con un modello organizzativo centrato su reti di prossimità, strutture e telemedicina. A tal fine, sono investite importanti risorse nelle Case di Comunità e nel

sostegno all'assistenza domiciliare, nell'assunto che è la "casa dell'assistito" il primo luogo di cura. È evidente, però, che le 1.400 Case di comunità previste dal Piano non assolveranno alla stessa funzione delle decine di migliaia di studi medici attualmente attivi in Italia. Tra l'abitazione del cittadino e le Case di Comunità programmate (una ogni 42mila abitanti), infatti, si creerà un vuoto di assistenza, se non si imposterà al contempo un progetto di rilancio dell'attuale rete degli studi di medicina generale. In questo senso, l'Enpam sta concretizzando un progetto che consentirà ai medici di base di aggregarsi in studi più strutturati, organizzati e attrezzati, pur continuando a garantire una presenza realmente capillare e flessibile sul territorio (studi "spoke"). Studi che dovranno essere allestiti con attrezzature avanzate per sfruttare soluzioni di telemedicina. Si tratta di un'iniziativa velocemente realizzabile e consensuale, essendo promossa dalla stessa categoria che deve attuarla. Crediamo che una volta realizzata, possa essere altamente efficace per il miglioramento dell'assistenza sanitaria territoriale secondo gli obiettivi del Pnrr".

Stipendio dei medici italiani a ultimi posti in Europa

I dati sulla remunerazione di medici specialisti e infermieri ospedalieri in rapporto al Pil pro capite indicano che il medico italiano ha un reddito pari a 2,4 volte quello medio del Paese, mentre in Gran Bretagna il rapporto sale a 3,6, in Germania a 3,4, in Spagna a 3,0, in Belgio a 2,8. Si può nel complesso affermare che il lavoro del medico ottiene in Italia un riconoscimento economico inferiore a ciò che avviene nei maggiori Paesi dell'Europa occidentale.

Per quando riguarda gli infermieri, rileva ancora il rapporto, il discorso è diverso: il loro reddito corrisponde esattamente a quello medio degli altri lavoratori; inoltre non si distanzia molto dalla media degli altri Paesi, se si escludono il Belgio e la Spagna, rispettivamente 1,7 e 1,5.

Curarsi potrebbe diventare una questione di censo

Secondo il rapporto se il sistema sanitario nazionale "non sarà messo in grado di programmare e poi assorbire le necessarie professionalità, le Case e gli Ospedali della comunità rimarranno vuote, mentre la crisi del decisivo comparto della medicina generale si avvierà ulteriormente, gli ospedali continueranno a degradarsi, l'universalità della sanità pubblica continuerà a deperire, si apriranno ulteriori autostrade per la sanità privata e curarsi diverrà una questione di censo".

"Chi correttamente manifesta aperture e speranze rispetto al vento nuovo che sembra soffiare sulla sanità pubblica, allo stesso tempo - si legge nel Rapporto - non può non vedere che gli sforzi messi in atto come positiva reazione alla pandemia sono solo parziali e, in qualche misura, contraddittori. Ad esempio, mentre si ipotizzano servizi più avanzati e diretti al cittadino-paziente, in questi mesi negli ospedali di molte Regioni il pronto soccorso occupano medici esterni a gettone per assenza di quelli interni, fiaccati da turni massacranti e spesso in fuga dal pubblico, mentre in molte Regioni i concorsi per assegnare le borse dei nuovi medici di medicina generale non vengono banditi con la necessaria prontezza".

Anche dal punto di vista culturale, "l'encomiabile attenzione che il Dm 77 dedica alla telemedicina e alla ottimizzazione delle reti di comunicazione in ambito sanitario, si scontra con la realtà di molte Regioni per le quali il Fascicolo Sanitario Elettronico - concludono Eurispes ed Enpam - è ancora uno strumento sostanzialmente sconosciuto".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-06-21/eurispes-enpam-italiano-tre-rinuncia-cure-stipendi-medici-sono-o-piu-bassi-d-europa-121139.php?uuid=AEeUgumD&cmpid=nlqf>

*Tutti intorno al tavolo col Governo Meloni per firmare un accordo sulla sostenibilità del Ssn. Ed ecco quello che ci scriverei. Ivan Cavicchi, quotidiano **sanita.it***

Ritenere di poter fare a meno di un accordo sulla sostenibilità, quindi di poter risolvere le criticità della sanità pubblica lasciando intatte tutte le contraddizioni sul campo, senza toccare le controriforme che hanno deviato il cammino della 833, quindi lasciando le aziende, la privatizzazione, l'integrazione pubblico privato, gli sgravi fiscali al privato, puntando sostanzialmente le proprie carte sul rifinanziamento di quello che c'è, è una pura follia e un gigantesco inganno politico per il paese a causa del quale esso purtroppo regredirà diventando di fatto un paese moralmente e socialmente povero

12 GIU -

Si immagini...

sulla questione della sanità di unificare in un solo fronte tutta l'opposizione al governo (sindacati, partiti, associazioni varie, soggetti intellettuali diversi).

Che, il problema antico del "riformista che non c'è", sia stato, per mezzo di un intenso confronto sui contenuti, quasi del tutto superato e che esista finalmente un nuovo pensiero riformatore quindi libero di pensare oggi nelle complessità date ciò che è meglio e ciò che serve alla sanità ai cittadini e al paese per inverare fino in fondo l'art 32 della Costituzione. E poi di far derivare la tutela dei tanti interessi in campo (persino quelli più corporativi) dai primari interessi delle persone.

Si immagini, a questo punto, di avere un incontro con il governo Meloni e di presentargli una piattaforma...

Dopo un preliminare confronto sui presupposti politici di partenza le parti concordando quanto segue:

di restituire all'art 32 della Costituzione il suo carattere di diritto fondamentale considerandolo non più un diritto potestativo che per questo dipende in subordine da interessi diversi, ma neanche come un diritto metafisico cioè assoluto che non tiene conto dei contesti in cui esso deve essere agito e attuato

di definire il diritto alla salute quindi come un "meta-valore" e come un "diritto compossibile" la cui attuazione avviene rimuovendo le contraddizioni che si frappongono tra di esso e principalmente e l'economia

di confermare l'istituzione del "servizio sanitario nazionale pubblico" (SSNP) affidandogli secondo quanto previsto dalla legge 833 il monopolio della cura intesa in senso esteso

di considerare la sanità come un "mondo a molti mondi" quindi come una costellazione di strategie diverse (di salute e di cura) da tenere in equilibrio con strumenti programmatori sia dal punto di vista economico sia dal punto di vista della salute e della cura delle malattie

Accordo programmatico sulla sostenibilità

Le parti convengono sul fatto che, oggi in sanità, dopo più di 40 anni di discutibili politiche sanitarie esistono importanti sbilanciamenti che sarebbe irresponsabile ignorare.

Allo scopo di recuperare tali sbilanciamenti si concorda:

di definire la sostenibilità del SSNP come l'equilibrio programmato tra diverse strategie e più precisamente tra diritti e risorse, economia e sanità, salute e cura (intendendo cura in senso esteso quindi riabilitazione compreso)

di sottoscrivere un accordo programmatico sulla sostenibilità (APS) che recuperi gli sbilanciamenti che compromettono il buon finanziamento del SSN, la sua funzionalità, la sua adeguatezza e la sua universalità

di redigere tale accordo per mezzo di un articolato sintetico distinto per capitoli rimandando per gli approfondimenti a elaborazioni successive

Cap 1 Economia sanità salute

Art 1 Garanzie di sostenibilità

Le parti concordano:

che è sbagliato velleitario e poco realistico finanziare il diritto alla salute, inteso nella sua globalità, senza adeguate garanzie di sostenibilità.

che le garanzie di sostenibilità sono la condizione per assicurare al SSNP adeguati finanziamenti quindi per superare i tagli lineari i tetti alla spesa e le politiche programmate di defianziamento previste dal def

il grado di sostenibilità del diritto alla salute è una garanzia per ottenerne la sua soddisfazione piena e adeguata e per finanziare in modo pieno e adeguato il SSNP

Art 2 Mettere in equilibrio economia sanità e salute

Sostenibilità per le parti convenute vuol dire mettere in equilibrio:

la ricchezza economica misurata con il pil

la ricchezza prodotta collettivamente e individualmente per mezzo della produzione di benessere misurata sia con indicatori di salute di salubrità e di benessere

la ricchezza prodotta individualmente con la produzione di salute per mezzo della cura medico-sanitaria in senso esteso (riabilitazione compresa)

La produzione di salute ottenuta, sia per mezzo di politiche ambientali, che per mezzo del SSNP, mira a bilanciare i costi che siamo costretti a sostenere per la cura delle malattie.

La programmazione della riduzione delle malattie quindi è la prima condizione per garantire al SSN un adeguato finanziamento del SSN.

Art 3 Programmazione integrata

Le parti convengono che la sostenibilità, quale obiettivo politico, non si realizza senza una programmazione nazionale. Una buona programmazione nazionale è premessa indispensabile per la realizzazione degli obiettivi sia di salute che di cura

La complessità dei rapporti tra economia e sanità tra salute e cura ci obbliga a definire una “programmazione integrata” che sia in grado di contemperare tutte le componenti che contribuiscono al raggiungimento della salute e del benessere individuale e collettivo.

La programmazione integrata è la condizione necessaria per garantire il pieno soddisfacimento del diritto alla salute.

Art 4 Authority per la salute e meta-programmi

Le parti concordano sulla necessità di organizzare una “authority per la salute”, il cui compito è integrare le politiche economiche con quelle ambientali e quelle sanitarie.

Sarà compito di tale authority definire e organizzare dei “meta programmi” cioè sistemi informatici progettati per processare tutte le informazioni necessarie che assisteranno il governo nelle sue decisioni finanziarie .

L’authority redige ogni tre anni un report per fornire alla programmazione economica i dati necessari in base ai quali decidere le politiche di merito.

Art 5 Una sola economia

Le parti concordano su tre importanti questioni:

tutto quanto a partire dall’economia costituisce una minaccia per la salute va contrastato sia che riguardi gli ambienti di vita che di lavoro.

difendere un valore come la salute nei confronti dell’economia significa a monte non riconoscere all’economia in nessun modo la libertà di comprometterlo

non esistono economie diverse che creano alla salute rischi diversi. L’economia è una e in quanto tale costituisce un solo rischio. Anche la salute è una e i rischi che corre sono tutti derivanti dalla sua compromissione nei confronti dell’economia.

non ha molto senso considerare la salute e l’ambiente come beni e valori costituzionali, senza preservarli nei confronti di una unica economia imponendo a tale unica economia limiti e condizioni precisi

L’economia riguarda un modello di sviluppo. E’ questo modello di sviluppo che bisogna “curare” per renderlo salubre sicuro non nocivo.

Art 6 Ambiente e salute una inutile dicotomia

Oggi le complessità in gioco e anche tenendo conto delle recenti modifiche all’art 9 e 41 della Costituzione in tema di ambiente ci dicono senza ombra di dubbio che non ha senso:

mantenere distinte le competenze ambientali e preventive sanitarie affidandole a due ministeri distinti (salute e ambiente)

“associare” i rischi per la salute distinguendo i rischi che derivano dall’ambiente, dal clima, dall’economia.

Le parti convengono quindi sulla necessità di superare la separazione storica tra:

prevenzione della salute

politiche ambientali .

Art 7 Sistema nazionale salute (SNS)

Le parti quindi convengono sulla necessità di unificare il SNPS(sistema nazionale prevenzione salute) con il SNPA (sistema nazionale di protezione ambientale).

Questo sistema unificato assumerà la seguente denominazione “sistema nazionale salute” (SNS)

Le parti rimandano ad altre sedi l’approfondimento delle questioni riorganizzative relative al ministero della salute e al ministero dell’ambiente, compreso la ridefinizione dei loro modelli di programmazione e dei relativi fondi di finanziamento.

Art 8 Le agenzie unitarie per la salute

Le parti nel pendere atto comunemente della:

avvenuta decadenza dei dipartimenti di prevenzione previsti dalla 833

riduzione della funzione preventiva di fatto a meri controlli sull’applicazione corretta delle norme sulla sicurezza degli ambienti di lavoro e degli alimenti

della regressione sostanziale degli operatori del settore a quello che una volta nel secolo scorso era “l’ufficiale sanitario” vale a dire un funzionario incaricato del servizio di vigilanza igienica e profilassi.

Ritengono opportuno superare i dipartimenti di prevenzione istituiti dalla 833 (art 20,21,22) trasferendo il personale impiegato dentro le agenzie per l’ambiente (arpa) che in questo modo assumeranno la denominazione “agenzie unitarie per la salute” e dipenderanno dal ministero dell’ambiente partecipando alla programmazione integrata di cui il presente art 3 e 4.

Le parti si riservano di definire e di progettare:

un modello di organizzazione per le “agenzie unitarie per la salute”,

un organigramma multi-disciplinare,

la definizione delle diverse epistemologie quindi metodologie necessarie per intervenire nei diversi ambienti

un regolamento

Cap 2 Sostenibilità finanziaria programmata

Art 9 Dalla compatibilità alla compossibilità

Le parti condividono il divieto di finanziare la spesa senza garanzie di sostenibilità riproponendo le vecchie logiche compatibiliste di natura neoliberalista del passato e che sono state alla base delle due controriforme degli anni 90 e quindi dello snaturamento dell’art 32 cioè del diritto fondamentale alla salute.

Le parti inoltre concordano che logica della compatibilità quella che fino ad ora ha adattato il diritto alla salute alla disponibilità delle risorse (economicità, compatibilità finanziaria, definizione contestuale dei lea) debba essere sostituita con la logica della “compossibilità” quella che si preoccupa di rimuovere le contraddizioni che ostacolano la sostenibilità tra diritti e risorse rendendo così economie scienza e etica parimenti possibili.

Art 10 Ripristino del piano sanitario nazionale

Le parti convengono ai fini di garantire al SSNP adeguate condizioni di sostenibilità e di mettere in condizione i governi di assicurare al SSNP adeguati finanziamenti, sulla imprescindibile necessità di ripristinare la programmazione sanitaria nazionale prevista dalla 833 (art 53).

Si conviene che in questi anni si è assistito ad un inutile e inefficace proliferare degli strumenti così detti “pattizzi” tra stato centrale e regioni che alla prova dei fatti non hanno espresso un adeguato governo delle complessità sanitarie. La conseguenza è stata che mancando una fonte programmatica di riferimento sui nodi strategici sono mancate le indicazioni di governo di tutto il SSNP, sono mancate le indicazioni per assicurare alla sanità pubblica un adeguato finanziamento, sono mancate le connessioni per garantire un accettabile grado di sostenibilità.

Art 11 Nuovo piano sanitario nazionale

In questa sede oltre indicare la necessità di un ritorno al metodo della programmazione si intende dare luogo ad un approfondimento allo scopo di ridefinire un nuovo modello di programmazione.

Oggi le parti sono convinte che non si tratta più solo:

di indicare attraverso la programmazione sanitaria gli obiettivi da realizzare, gli indici e gli standards da assumere sia per la ripartizione del fondo sanitario che per la funzionalità dei servizi, i criteri e gli indirizzi ai quali devono riferirsi le Regioni per la organizzazione dei servizi, le norme generali di erogazione delle prestazioni sanitarie ecc ecc ma anche di inserire nella programmazione la definizione dei “condizionali” (se x allora necessariamente y) cioè delle condizioni necessarie senza le quali nessun cambiamento è

Si tratta quindi di andare oltre la tradizionale programmazione per progetti obiettivi (approccio teleologico) perché ormai è chiaro che per raggiungere il risultato oltre ad indicare l’obiettivo è necessario definire bene i mezzi e le modalità quindi il progetto di partenza (approccio teleologico)

Art 12 Certezza di finanziamenti adeguati al SSNP

Relativamente alle pesanti criticità di cui soffre il SSNP quindi alla necessità di porre mano a urgenti interventi correttivi le parti concordano che a partire dalla programmazione integrata quindi nello specifico per la sanità dal PSN vanno superate tutte le politiche che a livello di governo ostacolano un adeguato e puntuale finanziamento del SSNP su tutto il territorio nazionale.

Definite le condizioni di sostenibilità è fatto divieto al governo in carica di sotto-finanziarie il SSNP di adottare tagli lineari, di mettere tetti alle assunzioni, di programmare misure di definanziamento.

Il governo è tenuto a garantire al SSNP risorse adeguate. Le regioni sono tenute ad assicurare gli adempimenti di legge relativi ai Lea quindi relativi alla organizzazione soddisfacente dei servizi pubblici che i lea devono garantire, sia territoriali che ospedalieri, garantendo prima di tutto organici qualificati completi e tempi prestazionali adeguati alle necessità dei malati.

Cap 3 Il finanziamento del SSNP

Art 13 Il rifinanziamento condizionato

Le parti a fronte di una generale richiesta di accrescere i finanziamenti al SSNP ritengono preliminarmente considerato il momento di crisi che viviamo, che non sia opportuno e ne ragionevole richiedere degli aumenti di spesa tout court.

Per cui concordano preliminarmente sulla necessità di rifinanziare il SSNP e di definire contestualmente alcune condizioni vincolanti senza le quali il rifinanziamento richiesto diventa praticamente impossibile da ottenersi.

Art 14 Rifinanziamento straordinario del SSNP

Le parti convengono che considerando la situazione critica in cui si trova la sanità pubblica sia oltremodo necessario intanto provvedere da subito ad assicurare alla sanità un rifinanziamento straordinario che le consenta di eliminare i tetti alle assunzioni e di provvedere alle urgenze della spesa corrente di tamponare alcune situazioni critiche come quelle degli ospedali e dei dipartimenti di salute mentale.

Nello stesso tempo le parti convengono sulla necessità di definire rispetto al rifinanziamento del SSNP alcune condizioni vincolanti

Art 15 Condizioni per il rifinanziamento del SSNP

Le condizioni da rispettare per ottenere il rifinanziamento della sanità sono le seguenti:

non può avvenire senza una valutazione del grado di sostenibilità del sistema

non può avvenire indipendentemente dal piano sanitario nazionale

non può avvenire tout court cioè senza contropartite, cioè il rifinanziamento non può rifinanziare i costi cospicui dell'invarianza

Art 16 Il divieto di rifinanziare i costi dell'invarianza

Al fine di non rifinanziare, l'invarianza cioè i costi del vecchio, il piano sanitario nazionale dovrà predisporre:

tutto quanto garantisca rispetto alle esperienze fatte fino ad ora il superamento delle più vistose diseconomie del SSNP e la rimozione almeno delle contraddizioni più costose.

tutto quanto rappresenti delle contropartite di valore cioè lo Stato non può rifinanziare la sanità senza che la sanità dia in cambio dei controvalori utili cioè senza che vi sia attraverso la produzione di nuovi valori una crescita nel grado di sostenibilità del SSNP

non può avvenire senza prima indicare le fonti del finanziamento quindi senza prima indicare la provenienza delle risorse

Art 17 Le fonti del finanziamento

Il rifinanziamento del SSNP deve avvenire secondo due principali modalità:

per via fiscale secondo i dettami di legge già definiti e disponibili

riformando radicalmente la spesa storica con l'intenzione di qualificarla ma anche ridurla riducendo non i servizi come in passato ma le pesanti diseconomie che essa contiene e rimuovendo le pesanti contraddizioni che creano al SSN problemi inediti di sostenibilità

Cap 4 La riforma della spesa storica

Art 18 Riforma della spesa storica

La riforma della spesa storica insieme è una importante fonte di finanziamento per il SSNP essa ha l'obiettivo:

di assicurare al SSN un finanziamento certo pieno e adeguato alle necessità previste dalla programmazione sanitaria di abolire i tagli lineari, i tetti alla spesa e tutte le politiche di definanziamento del SSNP, di abolire le restrizioni imposte alle assunzioni di personale

di garantire il pieno funzionamento del SSNP e il rispetto dei lea in ogni territorio regionale

di eliminare le diseconomie, gli sprechi, le inutilità, le inefficienze aporie e contraddizioni superare i loro costi enormi

Art 19 Partecipazione degli operatori e dei cittadini alla riforma della spesa sanitaria storica

La riforma della spesa storica non ha niente a che fare con l'esperienza fallimentare della revisione della spesa pubblica (spending review) cioè non va intesa come un processo burocratico-amministrativo calato dall'alto volto prevalentemente a migliorare l'efficienza e l'efficacia della [spesa pubblica](#) a contraddizioni funzionali invariati.

Essa non può essere fatta sopra la testa di chi lavora ma deve essere fatta insieme quindi con la partecipazione attiva dei cittadini e degli operatori definendo apposite modalità di partecipazione in ogni azienda e in ogni regione.

Art 20 Le contraddizioni alla spesa più importanti

Le principali contraddizioni su cui la riforma della spesa storica deve intervenire si distinguono in tre livelli:

costi enormi causati da uno sbilanciato rapporto tra sanità pubblica e sanità privata (che sarà oggetto di un capitolo specifico)

costi indotti da sbagliate organizzazione dei servizi

costi relativi alle prassi degli operatori

Art 21 Le contraddizioni di spesa legate ai servizi

Relativamente ai servizi le contraddizioni importanti da rimuovere sono diverse, esse comprendono:

i problemi del rapporto tra assistenza domiciliare e i servizi territoriali

tutte quelle che ruotano intorno alla grande questione mai affrontata seriamente della medicina generale e della medicina specialistica

alla dicotomia ancora mai superata tra territorio e ospedale,

ai pregiudizi che in questi anni hanno definito miopi politiche contro l'ospedale ecc ecc

Art 22 Le contraddizioni di spesa legate alle prassi professionali

Relativamente alle prassi, quindi al lavoro, si ha a che fare con una costosa contraddizione storica: mentre la società è cambiata ed è cambiato il cittadino quindi i suoi bisogni di cura e di salute sollecitando nuove prassi professionali cioè nuovi modi di fare la medicina scientifica, le prassi professionali:

senza eccezione restano giuridicamente e contrattualmente arretrate, ancora troppo burocratizzate, ancorate a superati concetti di mansioni compiti competenze

i livelli retributivi delle professioni sono praticamente al minimo

il lavoro è come obbligato a non superare certi tetti cioè si conferma come un mero costo da contenere.

Art 23 Rifinanziare il lavoro come capitale

Oggi le parti proprio per ovviare alla grande contraddizione tra prassi professionali e lavoro di cura e di assistenza convergono sulla necessità di finanziare la crescita inevitabile del costo del lavoro che si avrebbe rimuovendo il tetto alle assunzioni, garantendo in cambio:

prassi professionali più adeguate alle necessità dei cittadini,

una riduzione significativa delle diseconomie legate al rapporto diagnosi e cura

una responsabile qualificazione dei costi dei trattamenti.

La sfida è fare meglio cioè offrendo prassi adeguate alle necessità dei malati e retribuire meglio cioè retribuire il valore della adeguatezza considerando l'adeguatezza come una delle componenti principale della sostenibilità.

Cap 5 Pubblico/privato

Art 24 Il privato come problema per la sostenibilità del SSNP

Le parti dopo un confronto molto serrato riconoscono che:

lo sbilanciamento tra pubblico e privato rappresenta uno dei problemi che oggi minano proprio la sostenibilità del SSNP gran parte dei problemi di sostenibilità finanziaria dell'intero sistema sanitario derivano da un rigonfiamento dei costi a carico dello stato dovuto per gran parte ai costi crescenti della sanità privata pagata dallo Stato in cui vanno compresi il costo degli sgravi fiscali

il servizio sanitario pubblico soprattutto in alcune aree assistenziali particolarmente cruciali (anziani, cronici, non autosufficienti, assistenza ospedaliera, assistenza specialistica) è sempre più marginale e residuale, nel senso che il ruolo vicario del privato con la scusa dell'integrazione, lo sta rendendo di fatto come un sistema sostitutivo del pubblico

Art 25 Sostenibilità finanziaria, sociale e morale

Al problema di sostenibilità finanziaria legato alla crescita della sanità privata si accompagna anche un enorme problema di sostenibilità sociale e morale.

Per sostenibilità sociale e morale si intende semplicemente il rispetto per i valori della vita, per la dignità dell'uomo, per il valore dell'eguaglianza e della solidarietà, per lo stesso diritto alla salute.

E' noto che ogni unità percentuale di aumento di cessione di attività pubbliche al privato a parte una crescita della spesa fiscale a carico dello stato vi è un incremento di mortalità e di decessi evitabili e una crescita delle diseguaglianze nel paese, mentre nel pubblico è esattamente il contrario.

Art 26 Misure antitrust a difesa del SSNP

Con il passar del tempo il privato diventa sempre più forte e il pubblico sempre più debole per cui oggi si pone la necessità di proteggere il pubblico dalla eccessiva invadenza del privato.

E' come se il privato che minaccia sempre di più il ruolo centrale del pubblico si comportasse di fatto come se fosse, (pur senza esserlo giuridicamente), un trust, cioè una coalizione di imprese private unite non solo da comuni analogie di produzione e da comuni approcci speculativi ma soprattutto dal comune scopo di ridimensionare prima di tutto l'art 32 della Costituzione e di conseguenza il ruolo preminente dello Stato deciso con la riforma 833 e quindi del servizio pubblico.

Art 27 Ribilanciare il ruolo del pubblico nei confronti del privato

A questo proposito si ritiene improcrastinabile mettere in campo misure di bilanciamento per restituire al servizio sanitario il suo ruolo preminente.

La necessità politica primaria è quella di restituire al servizio pubblico il suo ruolo, la sua funzione i suoi poteri, definiti in partenza dalla riforma 833 al momento della istituzione del SSNP e messe in discussione successivamente con interventi di controriforme.

Art 28 La falsa concorrenza tra pubblico e privato

Si tratta di difendere il servizio pubblico dai rischi:

di una falsa concorrenza con il privato,

di un mercato protetto fiscalmente super agevolato

Tale mercato se non contenuto è destinato a prevalere ovviamente nei confronti di un servizio pubblico che, al contrario fino ad ora, è stato regolarmente de-finanziato e messo nelle condizioni di essere comunque svantaggiato, cioè reso, con mille limiti, suo malgrado cronicamente carente insufficiente e regressivo. Cioè tutt'altro che concorrenziale.

Art 29 Conferma delle convenzioni e abolizione degli incentivi fiscali

Si conviene sulla necessità di:

abolire la anomala concorrenza tra pubblico e privato riaffermando il ruolo di mera complementarietà dell'assistenza convenzionata già prevista dalla 833 (art 40,41,44,48 legge 833

abolire in forma graduale e progressiva tutte le agevolazioni fiscali nel rispetto dell'art 46 della legge 833 che prevede il divieto per enti imprese e aziende pubbliche di contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di tutele private.

Si riafferma quindi il principio della mutualità libera e volontaria (art 46/833) cioè della libertà dei cittadini di avere oltre la tutela pubblica altre tutele di natura privata ma non a spese ne dello Stato.

Art 30 Ausiliarità non integrazione

Molto si è discusso sulla questione della sanità integrativa cioè se riconoscere rispetto al pubblico un ruolo di integrazione da parte del privato.

Le teorie dell'integrazione sono quelle che in nome del valore della cooperazione, ammettono la vicarianza tra tutele sanitarie diverse con ciò mettendo in discussione di fatto la sovranità e la centralità del servizio pubblico.

La questione politica vera quindi non è:

riequilibrare i rapporti tra pubblico e privato,

disciplinare l'integrazione pubblico privato

regolamentare la sanità integrativa

Ma è quella di definire il ruolo della ausiliarità del privato nei confronti del pubblico.

Il diritto alla salute se è garantito come ora da un servizio pubblico debole sottofinanziato e con pochi operatori e molti limiti finanziari ma integrato con tanti tipi di tutele private non sarà mai garantito davvero. Non è l'integrazione tra generi di tutele diverse che garantisce il pieno rispetto dell'art 32 ma solo la sovranità del pubblico da una parte e l'ausiliarità del privato dall'altra .

Art 31 La sanità pubblica non è sostituibile

In nessun caso nel rispetto dell'art 32 è consentito alle regioni di sostituire la sanità pubblica con quella privata, il ricorso al privato con una funzione ausiliaria ne confronti del SSNP è giustificato solo:

nella logica dell'estensione del diritto alla salute

per accrescere la funzionalità e la rispondenza e l'adeguatezza del servizio pubblico

per compensare le omissioni assistenziali dello Stato

Giammai per competere con il pubblico e meno che mai per surrogarlo o vicariarlo nella logica sbagliata della sussidiarietà.

Art 32 Servizio pubblico come bene pubblico

La ricostruzione del servizio sanitario pubblico non è solo un problema di riappropriazione di funzioni inopinatamente delegate al privato o quindi di limitazione delle tutele private per sviluppare quelle pubbliche ma è anche una questione di far ridiventare pubblico il pubblico che nel tempo è diventato più privato che pubblico

Quindi si tratta di mettere in grado il SSNP di riappropriarsi della propria natura pubblica che gli deriva dal fatto di produrre a beneficio della collettività un bene pubblico.

Vale la pena rammentare che in economia, un bene pubblico è un bene che è difficile (se non impossibile) produrre e/o considerare per trarne un profitto privato. La sanità privata non è come molti credono un bene pubblico ma è tutt'altro. Questa è un'altra ragione per la quale la tutela pubblica e la tutela privata non sono così facilmente integrabili come si pensa

IL servizio pubblico è tale e deve essere tale perché esso produce un bene pubblico che in quanto tale deve essere sottratto al profitto e al reddito ma anche e ad altre logiche economicistiche.

Art 33 Superare l'azienda sanitaria come forma di privatizzazione

L'istituzione delle aziende sanitarie è stata lo strumento per ridurre il diritto alla salute come diritto fondamentale a diritto potestativo cioè per ridurre un bene pubblico ad un costo economico da rendere finanziariamente compatibile con le esigenze dell'economia

L'azienda in questo senso è una forma di privatizzazione del servizio pubblico che, in quanto tale, sostituisce il bene pubblico con un bene puramente economico cioè con il valore del risparmio intendendo per risparmio il costo minimo del servizio pubblico.

Le aziende sono nate non per produrre salute come ricchezza, così come spiegato nel cap 1 del presente accordo, ma per assicurare la minor spesa sanitaria pubblica per questo esse sono formalmente enti pubblici ma regolati con principi privati (atti aziendali). Cioè enti con una debole natura pubblica ma una forte natura privata.

Se vale che la natura pubblica del servizio è un requisito fondamentale per assicurare il diritto alla salute e se vale che il bene pubblico non può avere nessun carattere speculativo e che i servizi sanitari devono produrre salute come bene pubblico, allora le aziende non hanno più senso e per questo vanno superate.

Le parti in base al presente accordo si riservano tutti gli approfondimenti necessari nei modi e nei tempi più opportuni.

Nota politica conclusiva

Nella presente ipotesi di accordo di fatto si è tentato in nome del valore della sostenibilità di delineare un cambio radicale di strategia:

da quella in essere fondamentalmente neoliberista che scambia il privato con il pubblico, il diritto con il reddito, il valore con il costo più basso, ecc,

si passa ad una strategia neo-welfarista nella quale si produce il bene pubblico cioè la salute come ricchezza attraverso sostanzialmente politiche pubbliche per la produzione di salute e attraverso il servizio pubblico e per mezzo di un accordo di compatibilità con l'economia.

Se lo scopo delle politiche pubbliche e del servizio pubblico è la produzione del bene pubblico, quindi l'implementazione del diritto fondamentale alla salute e se l'economia accetta una relazione di compatibilità con la sanità pubblica allora le aziende non servono più. Servono altre soluzioni. Come non serve più il ricorso al privato perché troppo costoso e perché basta il pubblico che di sicuro è complessivamente meno costoso. Come non servono più le politiche compatibiliste pensate contro il SSNP. Come non servono più i tagli lineari e i tetti di spesa. Come non serve più privarci di una programmazione sanitaria quella prevista dalla 833

Se la contraddizione da rimuovere oggi sono i rischi di insostenibilità che corre il SSNP e se questi rischi derivano fondamentalmente dai costi delle strategie neoliberiste fino ad ora adottate, allora la contraddizione si rimuove cambiando semplicemente la strategia, cioè definendo altri modi non neoliberisti che garantiscono la sostenibilità e quindi il rispetto pieno dell'art 32. Quindi tornando allo spirito sia dell'art 32 che della legge 833.

Ritenere di poter fare a meno di un accordo sulla sostenibilità, quindi di poter risolvere le criticità della sanità pubblica lasciando intatte tutte le contraddizioni sul campo, senza toccare le controriforme che hanno deviato il cammino della 833, quindi lasciando le aziende, la privatizzazione, l'integrazione pubblico privato, gli sgravi fiscali al privato, puntando sostanzialmente le proprie carte sul rifinanziamento di quello che c'è, è una pura follia e un gigantesco inganno politico per il paese a causa del quale esso purtroppo regredirà diventando di fatto un paese moralmente e socialmente povero. La storia dirà che il nostro paese pur in possesso di leggi molto moderne ed avanzate non è stato capace di risolvere la questione della sostenibilità cioè di coniugare la ricchezza economica con la ricchezza rappresentata dalla salute. Cioè che la battaglia sulla salute e sulla sanità non fu vinta dal diritto ma alla fine fu vinta dal cinismo generale che rese di fatto indistinguibili le ragioni del governo da quelle delle opposizioni e da quelle di tutta la sanità.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114570

[È il titolo di un nuovo volume delle edizioni Cnr](#) nato con l'intento di raccogliere riflessioni e proposte su come ci si debba muovere per dare vita ad assetti rinnovati del sistema della salute del Paese Italia a seguito dell'evento pandemico

27 GIU -

È stato appena reso disponibile dalle edizioni Cnr il volume collettaneo dal titolo "[Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità](#)", a cura di Cinzia Caporale, Carla Collicelli e Ludovica Durst, Etica della ricerca, bioetica, biodiritto e biopolitica, II, 2022, Edizioni Consiglio Nazionale delle Ricerche.

Il volume, nato con l'intento di raccogliere riflessioni e proposte su come ci si debba muovere per dare vita ad assetti rinnovati del sistema della salute del Paese Italia a seguito dell'evento pandemico, affronta, grazie al contributo di 38 esperti di massimo livello, ed a 21 capitoli tematici, gli effetti dello shock trasversale e pervasivo provocato dalla pandemia da Covid-19, offrendo una prospettiva inter- e transdisciplinare.

Il testo è suddiviso in tre parti: la prima dedicata a Governance, finanziamento e sostenibilità per il rilancio del SSN, con contributi di Carla Collicelli, Stefano Zamagni, Elio Borgonovi, Federico Spandonaro, Massimo Campedelli, Livio Garattini e Giuseppe Remuzzi, Lorenzo Terranova e Maria Pia Garavaglia; la seconda dedicata ad alcuni ambiti di particolare rilievo rispetto alle diverse condizioni patologiche, con contributi di Enrico Desideri, Francesco De Lorenzo, Fabrizio Starace, Luisa Bartorelli, Elena Mancini e Silvia Dechlich; e la terza dedicata a etica, comunicazione e partecipazione dei cittadini, con contributi di Sandro Spinsanti, Ludovica Durst, Andrea Grignolio, Mario Morcellini, Antonio Gaudio, Tonino Aceti e Michele Contel.

Molti sono gli spunti innovativi che emergono da una lettura attenta del volume rispetto a un evento che ha stravolto i tradizionali parametri di riferimento della sanità italiana, ponendo sfide inattese al sistema e producendo una cesura nelle linee di tendenza precedenti, ma tutti i contributi concordano sul fatto che la pandemia abbia acuitizzato le criticità precedenti, e sollevato perplessità, dubbi ed una vivace discussione sulla necessità di rivedere gli assetti del settore.

Più in particolare, la pandemia ha messo il sistema della salute di fronte al tema delle interconnessioni tra salute e benessere globale e ambientale, e ha richiamato l'attenzione sui rischi di un modello di sviluppo incurante degli equilibri globali del pianeta dal punto di vista degli ecosistemi, sia naturali sia sociali ed economici.

Evidente è da questo punto di vista la necessità di rivedere i parametri dello sviluppo relativi al tema energetico e a quello climatico, ma anche alle questioni delle disuguaglianze sociali ed economiche a livello mondiale e nei singoli territori, in un'ottica di giustizia redistributiva da applicare sia sul presente sia anche, e soprattutto, rispetto al benessere delle future generazioni.

Tema questo sul quale il riconoscimento e la presa di consapevolezza da parte di molti soggetti istituzionali, globali e locali, è stata particolarmente forte nell'ultimo periodo. Per cui i segnali di allarme ripetutamente avanzati nel corso del tempo da molti esperti delle scienze ambientali, di quelle mediche, nonché di quelle sociali ed economiche, rispetto alla crisi in corso sono stati finalmente presi sul serio, come emerge dai contenuti posti alla base del Programma Next Generation EU prodotto dalla Commissione europea e su cui tutti i Paesi UE stanno organizzando interventi straordinari di rilancio e resilienza.

Per quanto riguarda gli aspetti di governance, finanziamento e sostenibilità, l'auspicio è che non si abbandonino i pilastri costituzionali incarnati dal Servizio Sanitario Nazionale, che garantiscono il diritto alla tutela della salute per tutti i cittadini e per le persone presenti in Italia, ovvero

universalismo, uguaglianza di accesso ai servizi ed equità, evitando facili illusioni semplificatorie rispetto alla prevalenza degli interventi edilizi e tecnologici su quelli organizzativi e di sistema e non dimenticando i limiti delle risorse disponibili.

Il che significa: valorizzazione della prevenzione comunitaria e di quella basata su un'efficiente rimozione dei rischi, revisione del processo di frammentazione tra regioni e superamento degli eccessi di burocrazia. Gli ingenti investimenti messi in campo con il PNRR rischiano di far passare in secondo piano il tema dei costi a carico delle famiglie, già pesanti e iniqui prima della pandemia, e ora crescenti per le conseguenze sociosanitarie di lungo periodo della pandemia stessa. Una sorta di "emianopsia" (restringimento della capacità visiva) che inibisce le possibilità di una visione allargata e integrata che tenga conto del peso del cosiddetto quarto pilastro del sistema, quello del welfare familiare. Da qui la necessità di una governance del welfare intermediato, che coinvolga tutti gli attori del privato sociale e le famiglie.

Per quanto riguarda gli importanti sottosistemi del comparto della salute affrontati nella seconda parte del volume, vengono fornite riflessioni e spunti propositivi interessanti rispetto ai settori delle malattie croniche, dell'oncologia, della salute mentale e delle patologie rare.

Riguardo alle cronicità, va studiata la realizzazione di modelli di partnership multidisciplinare e di reti strutturate tra specialisti, anche grazie alle tecniche di telemedicina, alla formazione online degli operatori e del middle-management ed al monitoraggio periodico dei risultati clinici e organizzativi. Per quanto riguarda l'oncologia, vengono avanzate proposte rispetto al ruolo ministeriale di guida e di garanzia rispetto alle politiche sanitarie e di presidio dell'equità complessiva del sistema, soprattutto nei confronti dei soggetti vulnerabili, attraverso in particolare il rafforzamento delle reti per patologia, che assicurano la presa in carico del paziente mettendo in relazione professionisti, strutture e servizi di tipologia e livelli diversi, e grazie al rispetto di precisi standard qualitativi strutturali e tecnologici dell'assistenza ospedaliera.

Nel campo della salute mentale, le proposte riguardano la necessaria restituzione di dignità e centralità all'area della salute mentale, a partire dalle risorse da immettere in un comparto tradizionalmente asfittico, dagli standard organizzativi da implementare e dalla necessità della programmazione degli interventi psico-sociali di emergenza, evitando interventi one shot ed il diffuso 'cortotermismo', e attuando una formazione che rinnovi anche la cultura dei servizi. Nell'ambito delle demenze, fondamentale deve essere il rapporto tra servizi sanitari dedicati e soggetti istituzionali e sociali del territorio, come peraltro previsto dal Piano Nazionale Demenze (PND) del 2015, attuato solo parzialmente, assieme allo sviluppo di un'adeguata assistenza domiciliare, fondamentale per questo tipo di patologie.

Per le malattie rare l'accento propositivo viene assegnato alla ricerca scientifica, al ruolo delle biobanche, elemento cardine della capacità di fare sistema tra stakeholder, ed a quello delle associazioni dei pazienti. Infine il tema dei migranti viene affrontato in particolare per quello che attiene al miglioramento della copertura vaccinale, cui sono state destinate peraltro iniziative e risorse da parte del Ministero dell'Interno in collaborazione con il Comitato Tecnico-Scientifico (CTS) per la gestione pandemica.

Molti sono i temi di rilevanza per l'etica pubblica toccati nella terza parte del volume, dalla frammentazione del diritto alla salute, all'alfabetizzazione scientifica, alla comunicazione, al ruolo degli operatori, alle politiche nei confronti dei giovani. Per quanto riguarda il rapporto medico-paziente, occorre cogliere i segnali emersi nel corso della pandemia in termini di mancati empowerment ed engagement della persona in cura, e di adeguata comunicazione e raccolta del consenso, per abbracciare un orientamento di "nuova etica medica" basato sui principi di beneficenza, autodeterminazione e non discriminazione.

Un'etica a tre dimensioni, dunque, che deve incidere sulla pratica quotidiana, ricostruire il tessuto di fiducia mancante e dare vita a modifiche sostanziose nella formazione degli operatori sanitari e nella diffusione della cosiddetta medicina narrativa. Per quanto riguarda le emergenze, la mancata preparazione all'epidemia registrata con Covid-19 è davvero poco giustificabile visti i tanti messaggi premonitori. È quindi oggi più che mai evidente l'urgenza dell'affidabilità dei dati epidemiologici e dell'alfabetizzazione sanitaria e scientifica.

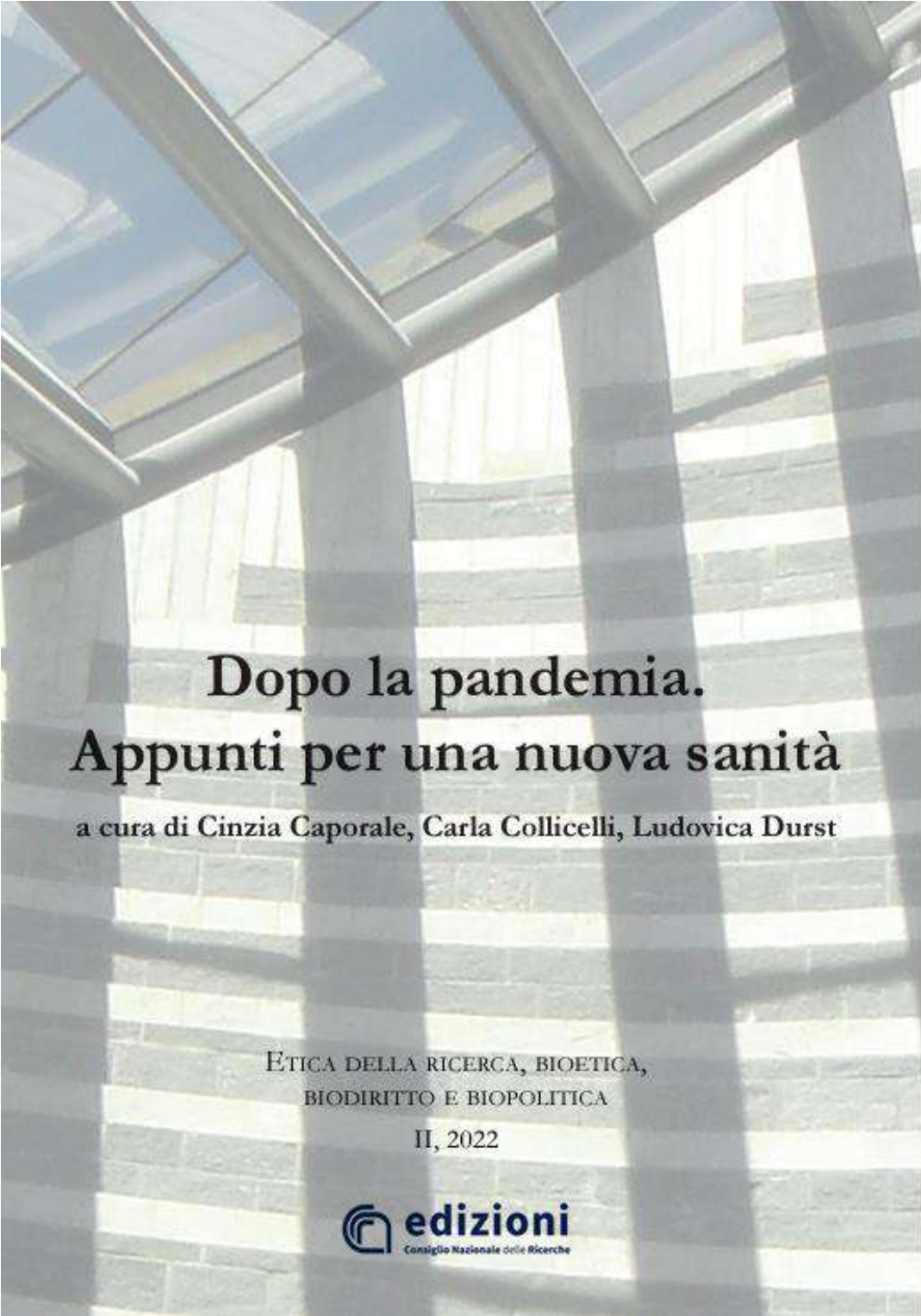
Di particolare importanza la creazione di una rete mondiale di controllo dei dati sulle malattie infettive, che faccia uso adeguato dei Big Data e della telemedicina e che si basi sul lavoro di esperti reclutati in modo multidisciplinare. Per quanto riguarda la comunicazione, questa pesa sempre più sul sistema sociale in termini di ampiezza e varietà dei canali a disposizione, ma soprattutto in termini di disintermediazione e autosostituzione rispetto alle fonti accreditate scientificamente in molti campi del sapere.

Il tutto in un contesto crescente di "società della paura" e di distanziamento tra pubblico ed élite istituzionali, su cui la pandemia ha agito come moltiplicatore dei problemi ma anche come segnalatore di percorsi da intraprendere. In questo senso la comunicazione deve tornare a svolgere il ruolo insostituibile di mediazione tra istituzioni e le vie indicate sono quella della comunicazione di processo (vs comunicazione di emergenza) e della valorizzazione del ritorno alle fonti autorevoli e alla mediazione giornalistica.

La partecipazione dei cittadini è fondamentale dal punto di vista etico, ed a questo proposito vengono avanzate proposte relative al potenziamento della sanità territoriale e delle infrastrutture tecnologiche, specie ICT e telemedicina, alla semplificazione delle procedure e della comunicazione dei dati, al perseguimento della qualità della vita sia in termini di prevenzione, equità ed appropriatezza, sia di efficacia e di benessere nei luoghi di vita.

Evitando quel "federalismo dell'abbandono" ed a favore di un federalismo solidale tra le regioni. I giovani hanno sofferto più di altre categorie dell'emergenza pandemica, ed il volume affronta il tema specie dal punto di vista del rapporto con la società degli adulti nel campo dei comportamenti di svago e tempo libero. Alcuni importanti tentativi di riequilibrio sono in corso con il Next Generation EU ed i meccanismi premiali previsti nel PNRR per i giovani. Ma si rileva una debolezza rispetto al necessario coinvolgimento degli stessi giovani nelle decisioni e nelle azioni.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=115008



Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità

a cura di Cinzia Caporale, Carla Collicelli, Ludovica Durst

ÉTICA DELLA RICERCA, BIOÉTICA,
BIODIRITTO E BIOPOLITICA

II, 2022

 **edizioni**
Consiglio Nazionale delle Ricerche

<i>Introduzione</i>	
C. Caporale, C. Collicelli, L. Durst	7

PARTE I

GOVERNANCE, FINANZIAMENTO E SOSTENIBILITÀ PER IL RILANCIO DEL SSN

<i>Sanità post-Covid-19: le piste di lavoro per il necessario cambio di strategia</i>	
C. Collicelli	17
<i>Salute e pandemia. Verso un nuovo Sistema Sanitario Nazionale</i>	
S. Zamagni	23
<i>Le lezioni apprese da Covid-19</i>	
E. Borgonovi	31
<i>La sostenibilità economica del sistema salute ed il PNRR</i>	
F. Spandonaro	35
<i>Finanziamento e governance multi-level</i>	
M. Campedelli	43
<i>Ripartire dal territorio per rilanciare il Servizio Sanitario Nazionale</i>	
A. Nobili, A. Barbato, L. Garattini, M. Badinella Martini, G. Remuzzi	55
<i>Riforma del SSN e interventi nella filiera industriale: il caso del dispositivo medico</i>	
L. Terranova	67
<i>Salute e sanità dopo la pandemia. Appunti per una resilienza trasformativa</i>	
M. Garavaglia	81

PARTE II

CONDIZIONI PATOLOGICHE, ESPERIENZE E LEZIONI PER IL POST-COVID

<i>PNRR e nuovi modelli organizzativi per le cronicità</i>	
E. Desideri	89
<i>Il prisma cancro. L'oncologia come laboratorio per la sanità del "dopo Covid"</i>	
F. De Lorenzo, M. Campagna	97
<i>La salute mentale dopo la pandemia</i>	
F. Starace	109
<i>La lezione della pandemia nell'approccio alle demenze</i>	
L. Bartorelli	119
<i>L'importanza di fare rete: la collaborazione tra biobanche, associazioni di pazienti, ricercatori e clinici nelle malattie rare</i>	
E. Mancini, F. Fusco, M.V. Ursini	125
<i>Vaccinazione dei Migranti: le sfide e le opportunità della pandemia da Covid-19</i>	
S. Declich, G. Marchetti, M.G. Dente, M.E. Tosti, G. De Ponte, L. Tavoschi, P.L. Lopalco, M.L. Russo, M. Marceca	131

PARTE III

ETICA, COMUNICAZIONE E PARTECIPAZIONE DEI CITTADINI ALLA CURA E PREVENZIONE

<i>Covid: l'etica medica sotto interrogatorio</i>	
S. Spinsanti	141
<i>Fragilità e frammentazione del diritto alla salute in tempo di pandemia</i>	
L. Durst	149
<i>Pandemic preparedness: dati condivisi e alfabetizzazione scientifica</i>	
A. Grignolio	157
<i>Seguire la via indicata dalla crisi. Salute, cura e comunicazione dopo il Covid-19</i>	
M. Morcellini	165

<i>La partecipazione dei cittadini al sistema della salute</i> A. Gaudio	183
<i>Per un Servizio Sanitario Nazionale più forte e resiliente</i> T. Aceti	191
<i>I giovani nel post Covid-19: l'incerta transizione verso la normalità</i> M. Contel	201
GLI AUTORI	213



È successo ed è stato un successo. La manifestazione nazionale della CGIL in difesa del Servizio sanitario nazionale. Con decine di migliaia di persone provenienti da tutta Italia e con l'adesione di oltre 100 associazioni laiche e cattoliche. È (finalmente) successo, dopo un periodo troppo lungo di silenzio e di indifferenza a fronte di una crisi del servizio sanitario pubblico voluta e programmata fin dal 2011. Il nuovo appuntamento per il prossimo 30 settembre.

Dopo tanto, troppo tempo la CGIL ha organizzato a Roma una manifestazione nazionale in difesa del Servizio sanitario nazionale. Sabato 24 giugno alle 10 e 30 un corteo di decine di migliaia di persone provenienti da tutta Italia si è mosso da Piazza della Repubblica per arrivare in Piazza del Popolo dove era allestito il palco, su cui si sono alternati – per far sentire la loro voce, le loro denunce, le loro proposte, le loro testimonianze – rappresentanti di varie associazioni e operatori sanitari di prima linea nell'assistenza alle persone.

Il primo intervento è stato di Elena Granaglia del Forum Diseguaglianze e Diversità.

Il Servizio sanitario nazionale non può vivere senza il finanziamento della fiscalità generale: si è dovuto aspettare il 1997 perché venissero fiscalizzati i contributi sanitari con l'introduzione dell'IRAP, voluta dal Ministro Visco.

La delega fiscale del Governo Meloni prevede l'abolizione dell'IRAP, insieme all'aumento delle agevolazioni per mutue e assicurazioni private.

Dal Forum Diseguaglianze e Diversità arrivano tre proposte:

- 1) Sostenere il progetto di costituire una infrastruttura europea del farmaco, finanziata da fondi pubblici, per produrre senza finalità di lucro ricerca su farmaci e vaccini; una ricerca aperta e utilizzabile da tutti per contrastare il regime dello sfruttamento privato dei brevetti.
- 2) Rimuovere il blocco sul pubblico impiego, selezionando competenza e dedizione alla cosa pubblica, per rivalutare il valore del lavoro pubblico;
- 3) Realizzare le Case della comunità, come luogo per organizzare in una logica unitaria i diversi interventi sanitari e sociali oggi iperframmentati; per ridare centralità alla salute – compresa la salute mentale – contro la riduzione della salute a mero consumo di prestazioni.

Negli altri interventi sono risuonati nella calda piazza romana gli argomenti che, aggiustati l'uno accanto all'altro, compongono il tragico mosaico della crisi del SSN.

Il progressivo impoverimento del servizio sanitario pubblico, soprattutto in personale, ma anche in strutture e tecnologie. Un vuoto, deliberato e programmato, che è stato riempito dalla rapida espansione del settore privato sia sul versante dell'offerta e della produzione di servizi, che in quello assicurativo.

Una crisi che si accanisce con i più poveri costretti ad aspettare molti mesi per aver una visita specialistica o a rinunciare o a indebitarsi per pagare una visita privata. E con i pazienti anziani con patologie croniche che in caso di scompenso finiscono in interminabili code in Pronto-soccorso sguarniti di personale e di competenze.

La frustrazione e la rabbia degli operatori sanitari e socio-sanitari pubblici che non riescono a fornire le cure adeguate ai pazienti e la loro esposizione a episodi di violenza.

I bassi salari, la crescita della precarietà, le false cooperative, e anche la scelta di fuggire all'estero. L'inaccettabile numero di morti sul lavoro e la colpevole scarsità dei servizi di prevenzione e controllo.

L'attacco alla Legge 180 e la nascita di nuovi manicomi, pubblici e privati.

Il deludente confronto statistico con altri Paesi, con l'Italia sempre in fondo alle classifiche: nella spesa sanitaria pubblica, nel numero dei posti letto, nella quantità degli infermieri.

Le crescenti divisioni tra Sud e Nord del paese nella salute e nell'assistenza sanitaria, le migrazioni sanitarie, il trasferimento di miliardi di euro pubblici delle regioni meridionali alle strutture private lombarde. Il rischio che questo squilibrio sia aggravato dall'incombente autonomia differenziata richiesta dalla Lega.

E infine la pandemia, l'elemento comune a tutti gli interventi: l'incredulità nel vedere così clamorosamente smontata la solenne promessa che dopo la Pandemia niente sarebbe stato più come prima: niente più tagli, più risorse alla sanità pubblica e in particolare ai servizi territoriali e alle cure primarie debitamente rinnovate.

Nell'intervento conclusivo il Segretario generale della CGIL, Maurizio Landini, ha ripreso alcuni temi in discussione: la pandemia, la precarietà ("il male assoluto"), i bassi salari.

Contro l'autonomia differenziata: "Già adesso abbiamo 20 Regioni e 20 diversi sistemi sanitari.

La modifica del Titolo V, fatta vent'anni fa da un governo di sinistra, è stata un errore clamoroso: come non eravamo d'accordo allora, a maggior ragione non siamo d'accordo oggi con un sistema che aumenta ancora di più le diseguaglianze nel paese".

Contro i tagli e l'iniquità fiscale: *"È ora di dire basta, ci siamo stancati: basta ai tagli e alle nostre tasse usate per favorire la sanità privata. I tagli colpiscono i più deboli: gli anziani, i non autosufficienti, la sanità mentale, i consultori, la sicurezza sul lavoro"*.

La stagione dei tagli – ricorda Landini – è iniziata con la crisi economica del 2010, con la lettera della Banca Centrale Europea (agosto 2011, le firme di Trichet e Draghi) in cui si ordinava al governo italiano di tagliare la spesa pubblica e favorire le privatizzazioni.

Da allora *"tutti i governi di destra, di sinistra e colorati"* si sono piegati alla logica europea dei tagli.

È vero: i governi si sono piegati alle logiche europee dell'austerità che hanno indebolito, non solo in Italia, i sistemi sanitari nazionali finanziati dalla fiscalità generale.

Ma era chiaro fin da subito che si trattava di un assalto all'universalismo, con gravi conseguenze per il SSN e per la salute dei cittadini (leggi qui, qui e qui), mentre la politica rimaneva sorda e muta, intenta caso mai a ricavare vantaggi collaterali dalla debolezza del servizio pubblico, a favore del settore privato profit e low-profit ("terzo settore") e del mercato assicurativo che registrava una forte espansione, soprattutto nel campo delle assicurazioni integrative aziendali (con il supporto dei sindacati).

Certo i tagli, ma anche una diffusa infatuazione neoliberista ha contribuito ad affossare il SSN. La riprova si è avuta con la pandemia: passata la fase acuta – in cui la spesa sanitaria è salita per far fronte alle emergenze cliniche – si è tornati alla politica dei tagli, mancando la volontà politica di togliere i tetti di spesa del personale, che azzoppiano il servizio pubblico e aprono la strada ad appalti e privatizzazioni.

Il ritorno in campo della CGIL a favore della sanità pubblica è una buona notizia.

Landini ha promesso di battere il ferro non solo con il Governo centrale ma anche con Regioni e Comuni.

Il prossimo appuntamento è per il 30 settembre.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/e-successo/>

THE LANCET Regional Health
Western Pacific

Publicato: 10 maggio 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100790>

I valori della ricerca qualitativa nella pianificazione e nello sviluppo delle politiche sanitarie, nell'organizzazione e nella fornitura dei servizi sanitari e nel miglioramento della comprensione degli interventi sanitari globali sono stati sempre più riconosciuti negli ultimi due decenni.

La ricerca qualitativa cerca, per sua natura, di esplorare e/o spiegare i fenomeni nel mondo reale, che modellano o sono modellati da prospettive, esperienze umane e contesti politici, sociali e culturali più ampi. Per il rafforzamento del sistema sanitario, questo è un metodo appropriato per comprendere "come" le norme e le parti interessate influenzano la progettazione e il funzionamento dei sistemi sanitari, "perché" i risultati previsti vengono raggiunti o non vengono raggiunti e "quali" sono i risultati non previsti.

Nel 2016, una lettera aperta di Trisha Greenhalgh e altri 75 accademici senior di 11 paesi ai redattori di *The BMJ* ha innescato un ampio dibattito sul valore e sul bias di pubblicazione nella ricerca qualitativa.

L'analisi bibliometrica ha suggerito la bassa percentuale di ricerca qualitativa originale nel settore sanitario pubblicata su riviste sanitarie, e la pubblicazione è stata significativamente associata alle politiche delle riviste espresse attraverso le istruzioni specifiche per gli autori e gli articoli editoriali/metodologici sull'argomento.

L'analisi ha anche rivelato che le riviste britanniche avevano una percentuale maggiore di studi qualitativi pubblicati e che gli autori dei paesi di lingua inglese citavano più frequentemente studi qualitativi.

Questo fenomeno può implicare la disparità nella tradizione della ricerca, nella cultura e nel sistema di formazione tra i diversi paesi.

Gli argomenti per pubblicare raramente studi qualitativi possono incentrarsi su metodi di ricerca qualitativa meno familiari, sfide nella valutazione della qualità della ricerca qualitativa e qualità dei rapporti inadeguata. La ricerca qualitativa consente flessibilità teorica e metodologica, che è la sua forza per esplorare e comprendere in profondità la specificità del contesto delle domande di studio. Trial controllati randomizzati standardizzati possono esaminare l'efficacia di un intervento sanitario completo, mentre la ricerca qualitativa può essere l'approccio più adatto per esplorare i bisogni sanitari, comprendere la complessità dell'attuazione dell'intervento e supportare la traduzione e l'adattamento della conoscenza in contesti specifici. C'è una guida per la ricerca qualitativa, ma nessuna "ricetta".

Non sorprende che alcuni studiosi e operatori sanitari possano avere difficoltà a distinguere la ricerca qualitativa buona da quella scadente data la diversità epistemologica. Inoltre, la formazione alla ricerca qualitativa non è all'altezza della lunga tradizione di studi quantitativi nel settore della ricerca sui servizi sanitari. Negli ultimi decenni, importanti riviste mediche, come *The BMJ* e *The Lancet* la società di ricerca sui servizi sanitari ha pubblicato serie educative, documenti metodologici e standard di valutazione (in termini di diversi orientamenti e approcci teorici) sulla ricerca qualitativa con l'obiettivo di migliorare l'alfabetizzazione della ricerca qualitativa nella comunità. Sulla base delle 22 liste di controllo esistenti e delle linee guida per la revisione e la segnalazione di studi qualitativi, Allison Tong e colleghi hanno sviluppato una lista di controllo di 32

voci, Criteri consolidati per la segnalazione di studi qualitativi (COREQ) per supportare la trasparenza nei metodi di ricerca qualitativa.

Tuttavia, la bassa priorità della diffusione di studi qualitativi può prolungare gli sforzi per riconoscerne il valore e minare l'interesse a finanziare e condurre ricerche qualitative, in particolare nei paesi a basso e medio reddito a causa dell'insufficiente formazione e capacità di svolgere questo tipo di ricerca.

Per promuovere la diffusione di prove qualitative significative e di impatto per la salute, sono necessari sforzi continui per l'educazione e lo sviluppo delle capacità di condurre, riferire e valutare studi qualitativi di alta qualità.

L'applicazione dell'approccio qualitativo nella ricerca correlata alla salute dovrebbe essere considerata da integrare nei curricula di formazione medica e di sanità pubblica. Le aree della ricerca sui servizi sanitari, delle politiche sanitarie e della ricerca sui sistemi spesso incoraggiano la collaborazione multidisciplinare.

Il gruppo di ricerca potrebbe garantire competenza qualitativa per tutta la durata dello studio (dal disegno dello studio alla diffusione dei risultati) per migliorare la validità, l'affidabilità e la trasparenza nell'attuazione e nel riportare lo studio qualitativo. Ciò offre anche l'opportunità di formazione per rafforzare la capacità di ricerca negli studi qualitativi e con metodi misti attraverso la cooperazione nella ricerca, in particolare per i giovani ricercatori nei paesi a basso e medio reddito.

Allo stesso modo, la comunità accademica può aiutare gli editori della rivista a invitare guest editor e revisori con competenze qualitative. Una maggiore apertura a studi qualitativi scientificamente validi in importanti riviste mediche e di salute pubblica servirà come segnale significativo di progresso e fornirà piattaforme di apprendimento per far progredire la comprensione della forza delle prove qualitative nella salute. la comunità accademica può aiutare gli editori della rivista a invitare guest editor e revisori con competenze qualitative.

Una maggiore apertura a studi qualitativi scientificamente validi in importanti riviste mediche e di salute pubblica servirà come segnale significativo di progresso e fornirà piattaforme di apprendimento per far progredire la comprensione della forza delle prove qualitative nella salute. la comunità accademica può aiutare gli editori della rivista a invitare guest editor e revisori con competenze qualitative.

Una maggiore apertura a studi qualitativi scientificamente validi in importanti riviste mediche e di salute pubblica servirà come segnale significativo di progresso e fornirà piattaforme di apprendimento per far progredire la comprensione della forza delle prove qualitative nella salute.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00108-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00108-6/fulltext)

THE LANCET
Respiratory Medicine

Pubblicato: 26 maggio 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00217-5](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00217-5)

Il 5 maggio 2023, il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus [ha annunciato](#) che il COVID-19 non costituiva più un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale (PHEIC). "Da più di un anno la pandemia è in calo, con l'immunità della popolazione in aumento da vaccinazione e infezione, la mortalità in calo e la pressione sui sistemi sanitari che si allenta", ha spiegato Tedros, nei commenti ai media. Ha aggiunto che la maggior parte dei paesi è tornata a una vita simile a quella prima della pandemia e il comitato di emergenza dell'OMS, su consiglio del quale è stato dichiarato il PHEIC nel gennaio 2020, ora raccomandava la revoca del PHEIC. "È quindi con grande speranza che dichiaro la chiusura del COVID-19 come emergenza sanitaria globale", ha concluso Tedros.

Un criterio chiave per un PHEIC è che un focolaio dovrebbe essere un evento straordinario. Il comitato di emergenza dell'OMS ha deciso che questi criteri non erano più soddisfatti per il COVID-19. "È stata la decisione giusta", ha commentato Amesh Adalja, Senior Scholar presso la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (Baltimore, MD, USA). "Nel gennaio 2020, questo era un nuovo virus che minacciava il funzionamento dei sistemi sanitari in tutto il mondo. Non avevamo contromisure mediche e non sapevamo molto di cosa avevamo a che fare. Oggi siamo in una situazione molto diversa".

Paul Hunter è Professore di Medicina presso l'Università dell'East Anglia (Norwich, Regno Unito). "L'intera questione nel controllo di COVID-19 è stata quella di bilanciare i danni con i benefici", ha affermato. "Ad eccezione della vaccinazione, gli interventi che sono stati utilizzati per sopprimere la SARS-CoV-2 a livello sociale ora fanno principalmente più male che bene. Non c'è bisogno del PHEIC".

Due terzi della popolazione mondiale, compreso l'89% degli operatori sanitari e l'82% degli adulti di età superiore ai 60 anni, hanno ricevuto almeno due dosi dei vaccini COVID-19. Uno studio di modellazione pubblicato su *The Lancet Infectious Diseases* ha stimato che i vaccini hanno salvato 14,4-19,8 milioni di vite nel primo anno di lancio. Nella settimana terminata l'8 maggio 2023, all'OMS sono state notificate 546.435 infezioni da SARS-CoV-2 e 4.266 decessi. Entrambe le cifre sono state inferiori rispetto a qualsiasi settimana da marzo 2020, anche se è vero che attualmente ci sono molti meno test e rapporti. "Sappiamo che la gravità della SARS-CoV-2 diminuisce più volte si viene infettati, quindi per la maggior parte delle persone questa sarà una malattia sempre più lieve", ha affermato Hunter.

L'interruzione del PHEIC ha in gran parte un valore simbolico. I PHEIC catturano l'attenzione e consentono una più facile raccolta di fondi, ma non sono associati ad alcun potere significativo. Per i cittadini statunitensi, la scadenza dell'emergenza sanitaria pubblica federale per COVID-19 l'11 maggio è stata più sostanziale perché implicava una sorveglianza più allentata e la fine dei test gratuiti. Nelle sue osservazioni ai media, Tedros ha esortato le nazioni a rimanere vigili. "La cosa peggiore che un paese potrebbe fare ora è usare questa notizia come motivo per abbassare la guardia, per smantellare i sistemi che ha costruito o per inviare il messaggio alla sua gente che il COVID-19 non è nulla di cui preoccuparsi", Egli ha detto. "È tempo che i paesi passino dalla modalità di emergenza alla gestione del COVID-19 insieme ad altre malattie infettive".

L'OMS stima che SARS-CoV-2 abbia causato almeno 20 milioni di morti dalla sua comparsa alla fine del 2019. Tedros ha osservato che il virus uccide ancora a una velocità di almeno una volta ogni 3 minuti. Ci sarà un continuo bisogno di terapie e vaccini migliorati. Gli sforzi per monitorare come sta mutando SARS-CoV-2 dovrebbero essere mantenuti; sono necessari sia per perfezionare i vaccini sia per tenersi aggiornati su eventuali cambiamenti che potrebbero aumentare la trasmissibilità del virus o la gravità della malattia COVID-19. Adalja raccomanda il monitoraggio delle acque reflue. "Non è invasivo e relativamente facile da fare, e avrebbe benefici per malattie diverse dal COVID-19", ha detto a *The Lancet Respiratory Medicine*. "Dobbiamo mantenere la nostra attenzione sulla protezione dei vulnerabili", ha affermato Hunter. "Ci sono molti anziani nel mondo che ancora non sono stati vaccinati".

Il 3 maggio, l'OMS ha pubblicato un'edizione aggiornata del [Piano strategico di preparazione e risposta al COVID-19](#) per il 2023-25, che ha sottolineato l'importanza di costruire una base di prove per la condizione post-COVID (nota anche come COVID lungo). Si ritiene che il 6% dei pazienti con infezioni sintomatiche da SARS-CoV-2 abbia sintomi persistenti. Gli autori del piano hanno sottolineato che la copertura globale con i vaccini COVID-19 rimane subottimale, soprattutto per le dosi di richiamo. Solo il 52% degli operatori sanitari e il 35% della popolazione anziana nei paesi a basso reddito hanno ricevuto entrambe le dosi del programma di vaccinazione primaria. Tuttavia, la fine del PHEIC testimonia gli straordinari progressi degli ultimi 3 anni. "Abbiamo trasformato il COVID-19 in una malattia gestibile che non ha la capacità di minacciare le popolazioni come una volta. È un risultato notevole", ha detto Adalja.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00217-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00217-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Rachel Gotbaum: Benvenuti a "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine*. Sono Rachel Gotbaum.

Oggi iniziamo una serie speciale in due parti di "Intention to Treat" sull'uomo che molti chiamano il Dottore d'America, Anthony Fauci. Fauci ora ha 82 anni. È considerato una delle voci più significative del paese nel campo della scienza e della medicina. Ha anche lasciato un segno indelebile nella vita di così tante persone. Lo scorso dicembre, Fauci è andato in pensione dopo 54 anni presso il National Institutes of Health, 38 dei quali alla guida dell'Istituto nazionale di allergie e malattie infettive. Fauci ha lavorato sotto sette presidenti degli Stati Uniti, consigliandoli su minacce per la salute che vanno dalla SARS e dall'Ebola all'HIV e al Covid-19. Parliamo con alcune delle persone che hanno lavorato a stretto contatto con il Dr. Fauci nel corso della sua lunga carriera. Iniziamo con Deborah Birx, medico e diplomatico americano, coordinatore della risposta al coronavirus sotto l'amministrazione Trump.

Deborah Birx: Conosco il dottor Fauci dall'inizio degli anni '80, quando il dottor Fauci stava davvero lavorando sulle malattie autoimmuni, ed era il mio assistente quando ero un collega. Quindi l'ho incontrato quando avevo 24 anni.

Rachel Gotbaum: Quando Debbie Birks ha iniziato la sua formazione medica al NIH, dice che Anthony Fauci l'ha aiutata a capire che i pazienti erano sempre la priorità.

Deborah Birx: Quindi tutti sono sotto pressione per ottenere tutti i fatti e le cifre e tutti i dati e la scienza corretti e presentarli a Tony in modo chiaro e conciso. E poi lo segui nella stanza, e lo guardi stare al capezzale e chinarsi ad ascoltare il paziente. E la prima cosa che chiede non è solo come stanno loro, ma come sta la loro famiglia - voglio dire, sta davvero mostrando l'umanità della medicina e della scienza. Anche in quel periodo, si capiva che si prendeva cura di questi pazienti e voleva che stessero bene. E quanto più velocemente riuscivi a spostare le scoperte dalla panchina al capezzale, dove poteva davvero fare la differenza, era ciò che era importante.

Rachel Gotbaum: Era all'inizio della carriera di Anthony Fauci al NIH, e all'epoca lavorava su malattie autoimmuni fatali.

Deborah Birx: Per diventare un paziente al NIH, devi avere una malattia molto grave. E a quel tempo, c'erano persone che avevano la granulomatosi di Wegener, come un tipo di malattia autoimmune, o lupus grave che non rispondeva agli steroidi. E in quei casi, quelle malattie autoimmuni possono essere mortali. E così alcune di quelle giovani donne, donne di 40 e 50 anni erano in ospedale - sai, mamme che stavano cercando di crescere i loro figli - e in realtà stavano morendo di malattie autoimmuni. La sua idea era che dovevamo essere più aggressivi.

Rachel Gotbaum: Fauci, sottolinea Birx, è stato uno dei primi medici a provare farmaci antitumorali per malattie diverse dal cancro.

Deborah Birx: A quel tempo, tutti avevano paura della chemioterapia. Voglio dire, non hai fatto la chemioterapia a meno che non avessi il cancro. Era quel tipo di comprensione scientifica di come funzionava il sistema immunitario e poi di tradurlo in una potenziale nuova terapia che poteva salvare la vita di queste persone, cosa che alla fine è stata fatta.

Francis Collins: Tony era interessato alle malattie infettive, ma era anche molto interessato all'immunologia. E quando è arrivato al NIH, stava cercando un'area in cui potesse lasciare un segno, dove potesse contribuire con qualcosa che non era già noto.

Rachel Gotbaum : Questo è il dottor Francis Collins. È stato direttore del NIH dal 2009 al 2021.

Francis Collins: E si interessò a queste condizioni di vasculite perché erano così disperate e generalmente trascurate, e decise di affrontarle.

Rachel Gotbaum : E Collins dice che Fauci tendeva a ignorare i suoi scettici.

Francis Collins: E aveva molte persone intorno a lui che dicevano: "Oh, questo è un vicolo cieco. Te ne pentirai. Questo non sarà il tipo di carriera che va da nessuna parte. E lui ascoltò, ma non fu d'accordo. E poi ha deciso, OK, queste sono malattie terribili che nella maggior parte dei casi alla fine sono fatali. Questo è il momento di prendere in considerazione un approccio davvero rischioso e proviamo un modo per respingere questo sistema immunitario iperattivo fondamentalmente avvelenando il sistema immunitario con la chemioterapia. Era audace, creativo, rischioso e ha funzionato. E ha reso immediatamente uno status di superstar legato a Tony Fauci.

Christine Grady: Mi chiamo Christine Grady. Sono il presidente del Dipartimento di Bioetica presso il Centro Clinico NIH e sono sposato con Tony Fauci da 38 anni.

Rachel Gotbaum : Grady ha incontrato il suo futuro marito al lavoro.

Christine Grady : In realtà non sapevo nulla di lui fino a quando non sono arrivata al NIH, e le persone nelle unità parlavano di lui in un modo che mi ha fatto pensare che fosse un tipo spaventoso, in realtà. E ho pensato: "Accidenti, perché hanno paura di lui? Non mi sembra così spaventoso.

Rachel Gotbaum : Quando Christine Grady è arrivata per la prima volta al NIH negli anni '80, era un'infermiera clinica specializzata e, tra le sue competenze, parlava correntemente il portoghese.

Christine Grady : Quindi c'era un paziente che era brasiliano, con cui avevo passato molto tempo a parlare perché aveva molta nostalgia di casa, e anche a me mancava il Brasile. E un giorno mi ha chiesto se potevo parlare con la sua squadra e vedere se poteva essere dimesso. Così ho organizzato un incontro. E Tony era il suo medico curante, e io ero l'interprete. E sono venuti molto seriamente. Tony, ovviamente, era serio, come tendeva ad essere, disse - questo signore aveva ancora ferite aperte sulla gamba - "Devi andare a casa e prenderti cura della tua gamba e tenerla sollevata e fare le tue medicazioni ogni giorno e prendere È facile." E questo signore mi ha detto, con una faccia seria, in realtà, in portoghese: "Non è possibile che lo faccia. Sono in ospedale da mesi. Andrò in spiaggia tutti i giorni e andrò a ballare tutte le sere".

Quindi chissà perché l'ho fatto? Ma nella frazione di secondo di quella decisione, ho detto a Tony: "Ha detto, farà proprio quello che hai detto". E lo hanno mandato a casa. Il giorno dopo, Tony è venuto da me in giro e mi ha detto: "Mi piacerebbe vederti nel mio ufficio". Quindi ho pensato che avesse scoperto cos'era successo e mi avrebbe licenziato. Ma non l'ha fatto, mi ha invitato a cena fuori. E così siamo usciti a cena.

Rachel Gotbaum : Grady ha lavorato a stretto contatto con Fauci e lo ha aiutato a prendersi cura dei suoi pazienti molto malati.

Christine Grady : Aveva un certo numero di pazienti che stava ricoverando con questa nuova malattia di cui tutti avevano molta paura. Credo si chiamasse AIDS nel 1983, ma non ancora HIV. È stato davvero impegnativo, soprattutto perché la maggior parte dei pazienti che abbiamo visto erano nel pieno della loro vita. E quindi è stato davvero difficile sapere che non c'era davvero nulla che potessimo fare per la maggior parte di loro. Quasi tutte le persone di cui ci siamo presi cura in quei primi anni sono morte. Quindi penso che fosse decisamente motivato dal fatto che si trattava di giovani vivaci che all'improvviso si stavano ammalando di questa orribile malattia e si ammalavano davvero molto velocemente, e voleva trovare una soluzione.

Rachel Gotbaum : Ma per le persone che avevano la malattia, quella soluzione non stava arrivando abbastanza velocemente.

Peter Staley : Mi è stato diagnosticato l'HIV nell'autunno del 1985, e sono stato fortunato un anno e mezzo dopo quando è stato lanciato un nuovo movimento chiamato ACT UP, per combattere l'indifferenza del governo nei confronti dell'AIDS, e abbiamo iniziato a interagire con Tony Fauci quasi subito.

Rachel Gotbaum : Questo è Peter Staley. È stato uno dei primi membri di ACT UP.

Peter Staley : Fauci era ovviamente nella nostra hit list. Era responsabile della ricerca sull'AIDS al NIH, e non appena è stato lanciato ACT UP, uno dei nostri membri ha iniziato a richiedere una serie di incontri con Tony, e quegli incontri si svolgevano anche mentre Larry Kramer, uno dei fondatori di ACT UP, lui molto famoso si è scagliato contro il dottor Fauci con una lettera pubblica che ha pubblicato su un paio di giornali - "Una lettera aperta al dottor Fauci", si chiamava - paragonandolo a Himmler, credo, dicendo che era un assassino di massa e aveva bisogno per ascoltarci.

Rachel Gotbaum : Fauci ha accettato di incontrare gli attivisti.

Pietro Staley : Siamo rimasti sorpresi di apprendere che le nostre principali lamentele contro la FDA sono state condivise da Tony Fauci. Aveva preoccupazioni simili sul fatto che l'agenzia non si stesse comportando come se fosse un'emergenza ed era troppo prudente nel numero di prove richieste, troppo prudente nel non consentire alle persone di accedere alle droghe. Avevamo questo farmaco di cui volevamo fare un esempio chiamato ganciclovir, che potrebbe prevenire la cecità nelle persone con HIV. E la FDA chiedeva ancora un altro livello di studi clinici prima di approvarlo, e chiedevano che Tony conducesse quel processo. E lui ha detto: "No, sappiamo che funziona. Abbiamo fatto abbastanza prove. Quindi era d'accordo con noi e ha detto: "Beh, se vuoi fare pressione su di loro, c'è questa nuova commissione che il vicepresidente Bush ha lanciato per esaminare i regolamenti, e dovresti andare a protestare contro la FDA in quella commissione.

Rachel Gotbaum : Sotto la pressione sia degli attivisti che di Anthony Fauci, la FDA ha cambiato rota.

Peter Staley : E Fauci ha accreditato ACT UP. Quindi ci ha aiutato a metterci sulla mappa, vincendo questi importanti guadagni, il più grande dei quali è avvenuto pochi mesi dopo, quando il nostro enorme sforzo, non solo un farmaco ma tutti i farmaci, volevamo la possibilità di avervi accesso mentre il loro esame clinico finale stavano accadendo prove con un programma che abbiamo chiamato Parallel Track. A Tony piaceva l'idea. Ha iniziato a incontrarci e ora stavamo definendo i dettagli di come avrebbe funzionato questo programma. E poi di nuovo, nel giro di pochi giorni, in prima pagina, colonna centrale *del New York Times* above the fold, "Il ricercatore sull'AIDS del governo degli Stati Uniti sostiene l'accesso anticipato ai farmaci per l'AIDS". Ed è stato Fauci a spingere la FDA a farlo, e hanno ceduto. Quindi, nel giro di un anno, avevamo vinto tutto ciò che volevamo dalla FDA e Fauci ci ha aiutato

Rachel Gotbaum : Fauci e gli attivisti hanno iniziato a incontrarsi regolarmente.

Pietro Staley : Il ragazzo è semplicemente straordinariamente simpatico. Entri in una stanza con lui e sai che è un esperto di malattie infettive e immunologo molto rispettato, e ti aspetti che ti parlino. Ti aspetti che inizi a parlare in una lingua che capirai solo a metà. Ma non lo fa. È molto a suo agio con le persone, cerca di trovare l'umanità in ognuno di noi e di relazionarsi. L'ho chiamato, all'inizio, l'ho chiamato "il Fauch completo". Hai il Fauch completo: questo accento di Brooklyn, questa cordialità, non ti si parla, ma ovviamente il ragazzo è al comando. Conosce la sua scienza avanti e indietro. Quindi abbiamo dovuto sostanzialmente respingere il fatto che ci stavamo innamorando subito del ragazzo, perché non volevamo essere cooptati perché eravamo stati tutti sbalorditi dal Fauch completo.

Quindi abbiamo iniziato a organizzare queste incredibili cene storiche, e ci sarebbero state più bottiglie di vino, e avremmo avuto un elenco di cose che avremmo cercato di strappargli. Inizieremmo a delineare le nostre richieste. E così, penso che alla nostra seconda cena,

sono stato incaricato di dare brutte notizie a Tony. Ed era verso la fine della cena, e ho detto: "Abbiamo queste richieste, ve ne stiamo parlando da alcuni mesi ormai. Continui a dire: 'Ci sto lavorando', ma non abbiamo visto risultati, quindi faremo una dimostrazione al NIH nel campus e circonderemo il tuo edificio. E ha cercato di convincerci a non farlo, e abbiamo detto: "Beh, potresti metterci in tutti i comitati. Se ci fornissi alcune delle nostre richieste, le annulleremmo. E questo non è successo.

Rachel Gotbaum : Subito dopo quella cena, Staley e centinaia di altri attivisti contro l'AIDS hanno circondato l'edificio degli uffici di Fauci al NIH.

Peter Staley : Sono riuscito a superare il portico anteriore della porta d'ingresso dell'edificio 31, il quartier generale del NIAID, oltre tutta la polizia che c'era sotto, e ad appendere uno striscione sopra la porta d'ingresso. Non mi avrebbero permesso di farlo, quindi i poliziotti sono saliti lassù con me ed è stato un arresto molto drammatico e spaventoso. Mi hanno placcato e alla fine mi hanno calato giù dal portico. E poi sono stati circondati da un migliaio di manifestanti, quindi non sono riusciti a portarmi su un furgone della polizia.

Così mi hanno legato le mani dietro la schiena, e mi hanno affidato la responsabilità di un agente grosso e corpulento, e gli è stato detto di portarmi attraverso l'edificio fino al retro, dove c'erano i furgoni della polizia che aspettavano sul retro dell'edificio. . E poi, con mio grande stupore, in fondo al corridoio, camminando verso di noi c'era un personaggio molto familiare: Short. Camice da laboratorio bianco. E ho capito mentre si avvicinava, era Tony Fauci. E io: "Tony?" E lui: "Peter, stai bene?" E lo sguardo che mi ha rivolto il poliziotto, perché sapeva chi era Tony Fauci. E ho detto: "Sì, Tony, sto bene, sto solo facendo il mio lavoro. E tu?" Ha detto: "Sì, stiamo cercando di continuare il nostro lavoro qui". E poi sono stato messo nel furgone della polizia sul retro. E ovviamente abbiamo cenato mesi dopo.

Rachel Gotbaum : Durante gli anni '90, il sostegno per il finanziamento dell'AIDS è cresciuto e sono diventate disponibili cure efficaci.

Eric Rubin : È un miracolo. Questo è ciò che mi ha portato alle malattie infettive.

Rachel Gotbaum : Eric Rubin è un medico di malattie infettive e redattore capo del *New England Journal of Medicine* .

Eric Rubin : Tony Fauci ha fatto parte della mia vita dal momento in cui ho iniziato la borsa di studio sulle malattie infettive.

Rachel Gotbaum : Rubin era una studentessa di medicina quando furono introdotte per la prima volta le nuove cure per l'HIV.

Eric Rubin : Il fatto che stessimo facendo grandi passi avanti verso il successo del trattamento, questo era straordinariamente importante per la pratica delle malattie infettive - e in effetti per tutta la medicina. Siamo passati da una malattia in cui, quando ero un collega, alla nostra prima visita, mettevamo i pazienti con un assistente sociale per parlare delle loro volontà a una malattia che è una malattia cronica, facilmente curabile nella stragrande maggioranza dei pazienti in questo momento . Perché è successo? Chi erano le grandi star lì dentro? Quello era Tony.

Rachel Gotbaum : Nel 2001, milioni di americani vivevano con l'HIV a causa di questi nuovi farmaci. Ma non era così in Africa e in altri paesi in via di sviluppo dove la gente continuava a morire ogni giorno. A quel tempo, il dottor Wafaa El-Sadr era un medico di malattie infettive all'ospedale di Harlem. Ha anche lavorato con i malati di AIDS in Uganda.

Wafaa El-Sadr : Ed era un periodo in cui non c'erano davvero cure nell'Africa sub-sahariana. Milioni e milioni di persone stavano semplicemente morendo, le comunità erano state semplicemente decimate.

Rachel Gotbaum : Ma c'era la convinzione che investire in Africa fosse uno spreco di denaro.

Wafaa El-Sadr : La gente era molto esplicita. Sentivano che non era la cosa giusta da fare nemmeno tentare di portare cure in Africa. C'erano preoccupazioni per "le persone non sapranno come trattare le persone". "Le persone non saranno in grado di prendere la medicina." "Con questo farmaco si svilupperà una resistenza dilagante". "Non ci sono laboratori, non ci sono farmacie. Gli operatori sanitari non sono formati". Ogni singola scusa, la chiamo. E a quel tempo, la gente pensava che fosse solo fuorviante.

Rachel Gotbaum : Quell'anno, El-Sadr ha invitato il dottor Anthony Fauci a venire in Uganda per vedere di persona cosa stava succedendo lì.

Wafaa El-Sadr : Penso che fosse la prima volta che veniva in Africa e gli operatori sanitari non avevano altro che le mani nude. Potevano offrire così poco per alleviare le sofferenze. E sento che quella visita per Tony è stata piuttosto trasformativa, e ha apprezzato che si potesse fare qualcosa al riguardo. Che questa non era una situazione impossibile, che avevamo gli strumenti, le risorse e che ci sarebbero voluti solo la volontà e l'impegno per poter cambiare la realtà dell'HIV in Africa.

Rachel Gotbaum : Fauci ha lavorato a stretto contatto con il presidente George W. Bush per aiutare a creare il più grande fondo globale della storia per portare farmaci alle persone con HIV in Africa e dozzine di altri paesi in via di sviluppo.

Wafaa El-Sadr : Penso che sarebbe stato abbastanza difficile senza qualcuno come Tony. Tony ha avuto un rapporto davvero unico con i presidenti degli Stati Uniti per molti, molti decenni, e penso che questo gli abbia offerto l'opportunità di poter consigliare i presidenti e di poter essere ascoltato al più alto livello. Si fidavano che fosse uno scienziato, si fidavano del suo istinto, si fidavano di lui.

Rachel Gotbaum : Il presidente Bush alla fine ha firmato il piano di emergenza presidenziale per il soccorso contro l'AIDS, noto come PEPFAR. Il programma ha salvato decine di milioni di vite e ha contribuito a costruire sistemi sanitari in Africa e nel mondo.

Peter Staley : Tony è un sopravvissuto. Non è un partigiano, ma è molto politico, e lo dico nel senso buono della parola.

Rachel Gotbaum : Di nuovo, l'attivista per l'AIDS Peter Staley.

Peter Staley : Capisce come funzionano le istituzioni, come funzionano i movimenti, come funzionano le persone, e comprende i limiti di tutto ciò e li perdona. Ha finito per lavorare più a stretto contatto con i presidenti repubblicani che con alcuni dei democratici che ha servito. I suoi due presidenti preferiti per cui lavorare erano Bush Sr. e, sorprendentemente, Bush Jr. - che molti di noi considerano, prima di Trump, il peggior presidente della nostra vita, ma ammettiamo tutti che probabilmente era il miglior presidente dell'AIDS della nostra vita. E questo grazie alla collaborazione che ha sviluppato con Tony Fauci e altri per portare i farmaci contro l'AIDS nel resto del mondo.

Rachel Gotbaum : L'HIV è stata a lungo la priorità di Fauci, ma ha anche dedicato tempo e sforzi ad altre malattie trascurate. Il dottor Eric Rubin del *New England Journal of Medicine* gestisce un laboratorio di tubercolosi ad Harvard.

Eric Rubin : Quello che molte persone non capiscono è che Tony ha stabilito l'agenda della ricerca per tutte le malattie infettive, indirizzando denaro e attirando l'attenzione del NIAID su diverse malattie. La tubercolosi è una malattia che ha beneficiato direttamente degli interventi di Tony. Tony non solo ha contribuito a fornire finanziamenti per investigatori esterni, ma ha preso la grande macchina del NIAID e l'ha indirizzata verso i tipi di programmi che erano importanti nella tubercolosi. La tubercolosi non è una malattia degli Stati Uniti. È una malattia insolita qui. È una malattia internazionale. E Tony personalmente era responsabile dell'attivazione del NIAID nei siti internazionali in cui la malattia era endemica.

Rachel Gotbaum : Le capacità politiche uniche di Fauci si sono rivelate un grande vantaggio per i suoi colleghi. Il dottor Francis Collins è arrivato per la prima volta al NIH per gestire il Progetto Genoma. Nel 1999, c'è stata una spinta al Congresso per privatizzare il progetto.

Francesco Collins: Sorse un'impresa commerciale che suggerì esplicitamente al Congresso di smettere di finanziare il progetto pubblico sul genoma e lasciare che se ne occupasse il settore privato. È diventato imbarazzante perché c'era molto sulla stampa su quale fosse il modello giusto. Ci sono state molte pressioni sul Congresso perché prendesse posizione. C'era questa potenziale minaccia esistenziale al Progetto Genoma Umano in cui erano state investite più di 2000 persone in sei paesi e che ora sarebbe stata potenzialmente eclissata da un'ipotetica impresa commerciale che avrebbe trasformato l'intera cosa in una merce. All'improvviso mi sono ritrovato davvero coinvolto in una politica molto spinosa e non del tutto sicuro di come procedere al meglio. Sono stato fortemente sollecitato: "Vai a parlare con Tony Fauci. Se non sai cosa fare in una situazione politica complicata, è l'uomo migliore che abbiamo.

Rachel Gotbaum : Quindi è quello che ha fatto Collins. Era la prima volta che incontrava Anthony Fauci.

Francis Collins : Ho imparato da Tony l'importanza di una comunicazione chiara, di far capire il tuo punto di vista e di non farti innervosire e non metterti sulla difensiva, e di non cedere in alcun modo alla tentazione di lanciare pietre o demonizzare la persona che ti viene dietro, perché questo non ti porta mai dove vuoi andare. Tutto ciò mi ha aiutato a diventare, credo, un leader migliore. E quando si è scoperto che il Genome Project è riuscito davvero bene, la mia visibilità è aumentata di conseguenza, e ho sentito di essere preparato per qualunque cosa sarebbe venuta dopo. E Tony mi ha aiutato molto.

Rachel Gotbaum : Più tardi, quando Collins divenne direttore del NIH, lui e Fauci lavorarono insieme su molte minacce alla salute pubblica. È stato alla fine del 2019, quando è emerso il Covid, che avrebbero iniziato la loro collaborazione più intensa.

Francis Collins : Mentre eravamo tutti sotto pressione incredibilmente intensa per l'intero corso di Covid, Tony, ovviamente, era il portavoce di prima scelta quando si trattava di esperienza sulle malattie infettive. Lo era stato per l'HIV, lo era stato per SARS, MERS, Ebola e Zika.

Rachel Gotbaum : Ma essere in un ruolo pubblico durante la pandemia ha messo Anthony Fauci in grave pericolo.

Francesco Collins: Era anche il volto e la voce che le persone a cui non piaceva quello che stava accadendo iniziarono a demonizzare. E se la loro bolla era quella che alimentava informazioni discordanti con ciò che Tony stava dicendo, decisero che non doveva solo avere torto, ma doveva essere malvagio. Le minacce che ha ricevuto, probabilmente molte delle quali non sono nemmeno a conoscenza, non solo a Tony, ma a sua moglie e alle sue figlie - dovevi avere paura quando vedevi alcune delle minacce che sembravano molto esplicite, chiaramente riflesse persone che avevano appreso qualcosa sulla sua vita personale e sulla sua famiglia, che qualcuno potrebbe essere effettivamente incline ad agire di conseguenza. E ovviamente lo hanno fatto. C'era la busta di polvere bianca che gli era stata inviata e che aprì alla sua scrivania al NIH. E c'era un individuo, a quanto pare, che stava guidando attraverso il paese con l'intenzione di fare del male fisico, chi è stato arrestato. Quindi sì, dovevi essere spaventato dal fatto che, nonostante la protezione intorno a lui, qualcuno potesse passare. Rimango preoccupato per questo ora.

Rachel Gotbaum : Ma Collins dice in qualche modo, Fauci non ha mai perso la guida.

Francis Collins : Tony Fauci è una delle persone più resilienti che abbia mai incontrato. Un essere umano medio, avendo passato quello che ha passato per la circostanza Covid-19 o prima per

l'HIV/AIDS, sarebbe crollato. Tony risponde a questo tipo di sfida migliorando il suo gioco, essendo ancora più determinato a far conoscere la verità, a far funzionare la scienza.

Christine Grady : Non ha un giorno libero da anni, e non intendo solo un giorno. Sai, voglio dire, non ha nemmeno avuto un pomeriggio libero.

Rachel Gotbaum : la moglie di Anthony Fauci, la dottoressa Christine Grady.

Christine Grady : La gente lo chiama, la gente dappertutto lo chiama. "Sono malato" o "Mio nipote è malato" o "Mia madre è malata". Li richiama, che sia sabato alle 8 del mattino o festivo, poco importa. Li richiama, li guida e capisce come possono ottenere le cure di cui hanno bisogno.

Rachel Gotbaum : Dice che, in pensione, la dedizione di suo marito ai suoi pazienti non vacillerà mai. Ma dopo 54 anni al NIH, è finalmente giunto il momento per lui di spostare l'attenzione.

Christine Grady : Ecco cosa spero per lui: tempo negli ultimi anni della sua vita per godersi cose che non ha avuto la possibilità di godere, tempo da dedicare all'apprendimento di cose nuove, a fare cose nuove e trascorrere del tempo con i suoi figli e presto nipoti. Quelle sono cose che le persone - non vuoi morire senza averle fatte. Mettiamola così. E penso che queste siano cose che dovrebbe fare.

Rachel Gotbaum : Questa è "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine*. La prossima volta, ci sediamo con il dottor Anthony Fauci.

Anthony Fauci : Mio padre era un farmacista. A quei tempi, le farmacie erano una specie di studio del medico di quartiere. Sono stati indicati come "Doc". E le persone che non avevano un medico o che non potevano permettersi di farlo, venivano a parlare con mio padre di tutto, dai problemi familiari ai problemi psicologici. E potevo vedere l'effetto che aveva su di loro, perché gli importava. Quindi era una specie di medico di famiglia del triage del quartiere. E questo, per me, ha solo cementato in me il fatto che volevo diventare un medico.

Rachel Gotbaum : Questa è la prossima volta su "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine* . Sono Rachel Gotbaum.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2300937?query=recirc_curatedRelated_article

Il fenomeno Fauci, parte 2. R. Gotbaum New England Journal of Medicine

Rachel Gotbaum : Benvenuti a "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine* . Sono Rachel Gotbaum. Oggi abbiamo la seconda parte della nostra serie speciale sul dottor Anthony Fauci. Fauci ha lasciato il NIH a dicembre dopo 54 anni lì. Ha lavorato in sette amministrazioni statunitensi ed è stato una forza importante nella lotta contro le malattie infettive. Ci siamo seduti con lui per scoprire cosa ha spinto Anthony Fauci in tutti questi anni. Si scopre che tutto inizia e finisce con i suoi pazienti.

Torniamo un po' indietro. Raccontami un po' della tua educazione e perché hai deciso che saresti diventato un medico.

Anthony Fauci : Mio padre era un farmacista, ma all'epoca, sai che lo ero - ho 82 anni, quindi sono nato nel 1940, subito prima della guerra mondiale. Ho frequentato la scuola elementare tra la fine degli anni '40 e l'inizio degli anni '50. Sono andato al liceo negli anni '50. A quel tempo, le farmacie erano una specie di studio del medico di quartiere. Venivano chiamati "Doc", quando entri in una farmacia. Le persone che non avevano un medico o che non potevano permettersi di [vedere un] medico venivano e parlavano con mio padre di tutto, dai problemi familiari ai problemi psicologici. Quindi era una specie di dottore di famiglia del triage del quartiere, e non si è mai preoccupato di fare soldi con la farmacia. In effetti, riuscivamo a malapena a tenere insieme le cose se non avessi vinto borse di studio per il liceo, l'università e la facoltà di medicina.

Rachel Gotbaum : Quindi da bambino, e mentre crescevi, osservavi tuo padre nella sua farmacia. Cosa hai vissuto allora?

Anthony Fauci : Beh, ho visto cos'è qualcuno a cui importa di qualcuno, che impatto ha sulla persona. Quando qualcuno entrava nella farmacia di mio padre, non per comprare un'aspirina o per comprare un cosmetico, o altre cose che si vendono nelle farmacie, ma entrava con un problema, e mio padre li chiamava nel retro del negozio, dove stava mescolando, componendo - molte delle prescrizioni allora negli anni '40 e '50 erano aggravate dal farmacista, al contrario di oggi. Si sedeva e conversava con la persona. Di solito qualcuno nella loro famiglia era malato, o si sentiva male, o stava vedendo un dottore ma aveva una malattia che stava progredendo.

Avrebbe, in modo molto gentile, premuroso ed empatico, parlato con loro. E potevo vedere l'effetto che aveva su di loro perché gli importava. Questo, per me, è - quando lo elevi un po' al punto in cui non solo ti interessa, ma puoi effettivamente fare qualcosa come medico - questo, per me, ha semplicemente cementato in me il fatto che volevo essere un medico.

Rachel Gotbaum : Beh, parliamone un po'. Ovviamente, la tua carriera non è quella che avevi pianificato. Quale immaginavi sarebbe stata la tua carriera andando alla facoltà di medicina?

Anthony Fauci : Sì. Oh, ero fermo. Sapevo esattamente cosa volevo fare. Volevo finire la mia residenza. Volevo andare al NIH per 3 anni per imparare e ottenere i miei consigli in malattie infettive e immunologia clinica. Volevo tornare al New York Hospital, Cornell Medical Center, che ora è Weill Cornell, e fare una residenza principale e fare quello che era lo standard allora: passare dalla tua residenza principale a uno studio privato in uno degli studi privati che sono disseminati lungo First Avenue, Second Avenue, Park Avenue negli anni '60 e '70, che è dove i medici che erano gli anziani che frequentavano i reparti quando ero uno studente, quando ero uno stagista, quando ero un residente, quando ero capo residente, quindi volevo essere come loro.

Rachel Gotbaum : Ti sei immaginato di appendere le tue assi nell'East Side?

Anthony Fauci : E lavora come insegnante come assistente al New York Hospital. Non intendevo solo sedermi in un ufficio e fare solo quello. Sto parlando di frequentare per un mese o due all'anno, fare il giro la mattina, prendersi cura di pazienti veramente malati che hanno richiesto il ricovero in ospedale piuttosto che una pratica completa in ufficio.

Rachel Gotbaum : E sei andato al NIH, e c'era questo nascente campo dell'immunologia umana, e hai iniziato a usare farmaci antitumorali. Allora nessuno usava farmaci antitumorali per pazienti non oncologici. Parliamo di cosa ti è successo lì, com'è stato e chi erano questi pazienti.

Antonio Fauci: Sono andato laggiù come borsista di malattie infettive, ma come parte della formazione, facevi parte dei consulenti di malattie infettive per il resto degli istituti, il più importante dei quali era il National Cancer Institute, perché ovviamente stavano sviluppando le chemioterapie antitumorali che inducevano remissioni nella malattia di Hodgkin e nella leucemia linfoblastica acuta. Quindi, i pazienti venivano sottoposti a combinazioni che includevano un farmaco chiamato ciclofosfamide. Andavamo lassù e facevamo consulenze di malattie infettive, mettendomi contemporaneamente a capo di un gruppo di pazienti affetti da vasculiti infiammatorie, in particolare quelli che allora si chiamavano granulomatosi di Wegener. Si trattava di persone che avevano avuto una risposta autoinfiammatoria aberrante. Venivano trattati solo con steroidi, il noto farmaco immunosoppressivo antinfiammatorio, e il 98% dei pazienti moriva. Ci trovavamo quindi in una situazione molto disperata. Ci è venuta l'idea quando stavamo facendo il giro dei pazienti al Cancer Institute, perché siamo stati chiamati lì per fare un consulto per malattie infettive perché sarebbero stati sottoposti a chemioterapia per uccidere il cancro. Hanno avuto l'effetto secondario, indesiderato ma inevitabile, di spazzare via il midollo osseo, il che ti ha messo ad alto rischio di un'infezione opportunistica. Quello che era è che era tutto o niente con il farmaco contro il cancro. L'idea che abbiamo avuto è che non vogliamo un fenomeno tutto o niente. Vogliamo abbassare il livello di competenza immunitaria, ma non vogliamo abbassarlo così tanto: quando scende al di sotto di un certo livello, il rischio di un'infezione opportunistica che porta forse alla morte è alto. Quindi, come trattare qualcuno che ha una malattia infiammatoria, non un cancro, con un farmaco antitumorale? Lo fai con una dose abbastanza bassa da sopprimere, si spera, la risposta immunitaria aberrante, ma non abbastanza forte da far scendere il conteggio dei globuli bianchi al di sotto del livello critico. Quasi miracolosamente, il 93% degli individui è andato in completa remissione della malattia.

Rachel Gotbaum : Puoi semplicemente spiegare agli ascoltatori, la gente pensava che fossi pazzo. Questo è stato rivoluzionario, e anche la gente ti ha sconsigliato.

Anthony Fauci : La mia risposta è stata: "Qual è il tasso di mortalità della malattia? 98%. OK, quindi se non li tratti con qualcosa di audace e audace, moriranno comunque. E quando hai a che fare con una malattia che è inevitabilmente fatale, devi essere audace. Non puoi sederti e fare affari come al solito, che potresti quasi prevedere che non funzionerà. Quindi qual è la tua scelta? Prova qualcosa che potrebbe sembrare un sopracciglio alzato, ma in realtà, se lo fai correttamente, quasi miracolosamente, il 93%, andavano tutti uno dopo l'altro in remissione, uno dopo l'altro dopo l'altro. Poi tutti sono passati dalle critiche a "Oh mio Dio, ce l'hai fatta. In realtà hai indotto la remissione di una malattia formalmente letale.

Rachel Gotbaum : Eri al NIH da circa 13 anni quando l'America è venuta a conoscenza di una nuova epidemia, che all'inizio non aveva un nome e poi è diventata AIDS. Ho visto il tuo rapporto ufficiale sull'epidemia nel *Morbidity and Mortality Weekly Report* del CDC , pubblicato il 5 giugno 1981. Ricordi cosa ti è passato per la testa mentre lo sapevi?

Anthony Fauci : Beh, si è svolto in due fasi, perché il primo MMWR è uscito a giugno. Erano cinque giovani omosessuali altrimenti sani che si sono presentati a Los Angeles con polmonite da pneumocystis. E l'ho visto, ho detto: "Ragazzo, questo deve essere un colpo di fortuna. Probabilmente hanno ingerito alcune droghe, alcuni popper o qualcosa per aumentare la soddisfazione sessuale, e questo forse ha soppresso la loro risposta immunitaria. Ho pensato che sarebbe stata una tantum. Poi esattamente 1 mese dopo, nel luglio del 1981, ci fu il secondo MMWR - questa volta, 26 giovani altrimenti sani, curiosamente tutti uomini gay, non solo di Los Angeles ma anche di San Francisco e New York City, che non solo avevano la pneumocystis ma aveva il sarcoma di Kaposi e una serie di altre infezioni opportunistiche. Quando ho visto quel secondo MMWR, la mia vita è cambiata. Ho detto: "Oh mio Dio, questa è una malattia nuova di zecca". Non esistono malattie nuove di zecca, ma questa è una malattia nuova di zecca. Allora ho preso una decisione che, ancora una volta, anche i miei mentori mi hanno scoraggiato dal farlo. Perché hanno detto: "Perché? Sei al culmine di questa incredibile traiettoria. Cosa fai?" Ho detto: "Mi girerò e cambierò completamente la direzione della mia carriera e mi concentrerò interamente sullo studio di questa misteriosa malattia senza nome". È stato allora che ho appena posato una lancia e ne ho presa un'altra.

Rachel Gotbaum : Parliamo di quella volta. I pazienti che curavi non sei riuscito a salvare. Com'è stato per te e come ha influenzato la tua carriera?

Anthony Fauci : Beh, è stato il periodo più buio della mia carriera professionale. Era il contrasto rispetto a quello che avevo fatto fino a quel momento. Dal 1972 al 1981, la mia carriera è stata su una traiettoria ascendente molto, molto netta. Tutti i miei pazienti che pensavano di morire, quando sono entrati nel mio protocollo, più del 90% di loro è andato in remissione. Quindi erano tutte buone notizie. In altre parole, entri in una stanza, dici alla madre del paziente, alla moglie, al marito: "Andrà tutto bene, li inseriremo nel mio protocollo. C'è il 90% di possibilità che vadano bene". E oltre il 90% di loro ha fatto davvero molto bene. Poi all'improvviso entri in una coorte di pazienti in cui, qualunque cosa tu abbia fatto, virtualmente, con poche eccezioni, ognuno di loro è morto, una morte molto difficile e dolorosa.

Proveresti a curare le infezioni opportunistiche, ma era come mettere un cerotto su un'emorragia perché era un colpo alla talpa. Il loro sistema immunitario è stato distrutto da questo virus sconosciuto. Li cureresti per un'infezione opportunistica, e poi ne spuntava un'altra, e poi un'altra, finché alla fine uno li uccideva. È stata una di quelle cose in cui è molto difficile quando ti preoccupi per i pazienti - tornando a quello che ho detto poco fa su ciò che mi ha spinto a dedicarmi alla medicina non è solo prendermi cura dei *tuo*i pazienti, ma prendermi *curaper* i tuoi pazienti. Generalmente, quando fai qualcosa di positivo, fai dei giri, vedi i pazienti migliorare ogni giorno. Era totalmente l'opposto con l'HIV. Faresti il giro lunedì, martedì, mercoledì, giovedì. Quando sei arrivato a venerdì, erano molto peggio venerdì rispetto a lunedì. Stavano deperendo a causa di una diarrea incontrollabile. Avevano la pneumocystis, avevano il sarcoma di Kaposi che li sfigurava completamente, e aveva davvero un terribile effetto sia fisico che psicologico su di loro, ed è tutto quello che facevi ogni singolo giorno, da una stanza all'altra.

Rachel Gotbaum : Voglio parlare di come quell'esperienza, i pazienti e l'inizio delle terapie ti abbiano portato a lavorare a stretto contatto con gli stessi attivisti dell'AIDS che sfilavano per le strade con le tue effigi poco lusinghiere e circondavano i tuoi uffici per protestare contro la mancanza di attenzione verso questo virus mortale.

Antonio Fauci : Beh, l'interazione con gli attivisti è stata davvero trasformativa, senza dubbio. Per trasformazione intendo dire che ci trovavamo in un'epoca in cui la ricerca biomedica e le autorità regolatorie avevano un approccio agli studi clinici e alla sperimentazione dei farmaci che era ormai consolidato e funzionava bene per molte altre malattie. Ma l'HIV/AIDS era molto, molto diverso, perché si trattava di una malattia che non aveva una terapia e che stava uccidendo praticamente tutti. Ciò che la comunità di attivisti voleva fare era ottenere l'attenzione di questi cosiddetti scienziati di alto livello e delle autorità di regolamentazione, per consentire loro di avere voce in capitolo nella progettazione della sperimentazione clinica, nell'agenda scientifica e nella spinta per ottenere maggiori risorse. La comunità scientifica e la comunità regolatoria li hanno abbandonati, perché erano molto provocatori, dirompenti, iconoclasti. Ed erano così perché nessuno li ascoltava.

Quindi l'empatia in me è venuta fuori davvero e mi sono detto: "Invece di scappare da queste persone e rifiutarle a causa di quanto fossero dirompenti, anche quando ti mettono la testa su una punta e dicono: 'Fauci, tu 'ci stai uccidendo', e yada ya, e fermati e ascolta per un momento quello che stavano dicendo. Quando ascolti quello che stavano dicendo, aveva assolutamente senso. Mi sono detto: "Santo sgombro, se fossi nei loro panni, farei esattamente quello che stavano facendo loro". E questo ha aperto il dialogo.

Quindi, invece di diventare polemici, ci siamo davvero seduti e abbiamo parlato di cosa volevano, che tipo di posto a tavola volevano? Che tipo di influenza vorrebbero sulle aziende farmaceutiche e sul processo normativo? E non siamo diventati improvvisamente kumbaya la prima settimana, mese o anno. È stato un processo graduale di primo completo

antagonismo e confronto che ha portato a "Bene, almeno parliamo", a "Ehi, hai senso", a "Ehi, i nostri obiettivi sono più o meno gli stessi. Ci stiamo solo arrivando da diverse angolazioni", a "Collaboriamo e collaboriamo", a "Ehi, ci piaciamo". È stato allora che siamo diventati amici, che ancora oggi, gli stessi attivisti che stavano sconvolgendo il campus NIH e il campus FDA sono alcuni dei miei più cari amici personali ora, 40 anni dopo.

Rachel Gotbaum : E cosa è successo qui, dove la voce del paziente è stata improvvisamente coinvolta, improvvisamente parte della regolamentazione, dell'approvazione, delle sperimentazioni cliniche - come ha cambiato il modo in cui facciamo affari oggi?

Anthony Fauci : Ha aggiunto un'altra dimensione. Ricorda, c'erano alcuni criteri in cui la FDA, credo, fa un ottimo lavoro, assicurandosi che ottengano interventi sotto forma di farmaci, vaccini e diagnostica per il pubblico americano in un modo basato sulla scienza ma anche efficace e sicuro. Fanno un buon lavoro su questo. Tuttavia, ciò che l'attivista ha prestato a questo è stato un apprezzamento della necessità, data la circostanza della malattia, di avere un maggior grado di flessibilità di accesso. Ed è qui che è entrato in gioco il concetto di "uso compassionevole". L'uso compassionevole è diventato un paradigma consolidato durante la pandemia di HIV/AIDS.

Rachel Gotbaum : Voglio capire qualcosa su PEPFAR, il President's Plan for AIDS Relief, istituito nel 2003. Questo è stato un punto di svolta per la politica sanitaria americana. Prima di PEPFAR, hai fatto i tuoi primi viaggi in Africa, dove così tante persone morivano di AIDS, anche se negli Stati Uniti abbiamo avuto molti anni di trattamento antiretrovirale che ha permesso alla maggior parte delle persone di convivere con l'HIV. Raccontaci di quelle visite e di cosa hai visto e cosa è successo.

Antonio Fauci: È stata un'evoluzione nel corso di più visite. Nel 1996, i primi rapporti sulla tripla combinazione, che era il farmaco principale dell'inibitore della proteasi, fecero qualcosa che non avevamo mai visto prima. Vale a dire, ha portato il livello del virus al di sotto del rilevabile e lo ha mantenuto al di sotto del rilevabile, portando a quello che divenne noto come effetto Lazarus. Le persone essenzialmente potevano condurre vite che si stavano avvicinando alla normalità. Mi è diventato molto chiaro che quando sarei andato in Africa, avrei fatto dei giri con i miei colleghi in posti come l'Uganda, e il Sud Africa, e posti del genere, e avrei fatto dei giri, e avrei visto reparti pieni di persone con HIV, con i dottori al capezzale che mi davano un déjà vu. Allora, stavo guardando tutti i miei pazienti morire perché non avevamo farmaci.

Poi, nel 2000, 2001, 2002, vado in Africa e faccio il giro dei reparti quando abbiamo un sacco di farmaci per il mondo sviluppato. E quegli stessi medici si trovano nella stessa dolorosa situazione in cui mi trovavo io negli anni '80, quando i loro pazienti stavano morendo davanti a loro e non potevano fare nulla, tranne forse trattare una o due infezioni opportunistiche. In quel periodo mi è stato chiaro che dovevamo fare qualcosa. Contemporaneamente, anche il presidente degli Stati Uniti la pensava così. Il presidente era George W. Bush e mi chiamò, insieme a Tommy Thompson, che era il segretario del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani. All'epoca ci recammo in Africa per una missione di accertamento che un farmaco da somministrare in un'unica dose a una donna incinta al momento del travaglio e al bambino subito dopo la nascita avrebbe potuto ridurre drasticamente la trasmissione dell'infezione da HIV da madre a figlio.

Sono andato laggiù e mi sono guardato intorno e ho parlato con un gruppo di persone e ho sentito che se potessimo ottenere \$ 500 milioni, probabilmente potremmo ottenere abbastanza farmaci da poter letteralmente fermare la trasmissione da madre a figlio, il che era un grosso, grosso problema. Sono tornato nell'aprile del 2002 e l'ho presentato al presidente Bush, e gli è piaciuto e ha detto: "Questa è una grande idea. Andiamo avanti e facciamolo. Ho pensato che fosse tutto, lavoro finito, finisci, torna a casa. Ma non era finita, perché non appena abbiamo finito di presentare, mentre ci stavamo preparando a rompere, ha afferrato Josh Bolton, che all'epoca era il suo vice capo dello staff, e mi ha portato qui, e ha detto, "Ascolta, questo è un ottimo piano, ma voglio qualcosa di molto più trasformativo e responsabile. E voglio averlo in modo che vada oltre la semplice trasmissione da madre a figlio.

E ha detto: "perché abbiamo davvero la responsabilità morale che le persone non debbano morire per una malattia che puoi curare e prevenire solo a causa del luogo in cui vivono". Quindi, con questo come ordine di marcia, sono tornato nel mio ufficio a Bethesda, nel Maryland. E abbiamo iniziato a mettere insieme il piano che non ero sicuro avrebbe accettato, perché sarebbe costato 15 miliardi di dollari in 5 anni per curare 2 milioni di persone, prevenire 7 milioni di infezioni e prendersi cura di 10 milioni di persone. Ho presentato il piano al presidente e lui l'ha comprato. Ha detto: "Lo annunceremo al discorso sullo stato dell'Unione". Questo è quello che ha fatto il 28 gennaio 2003, ed è così che abbiamo avuto PEPFAR.

Rachel Gotbaum : L'epidemia di AIDS ha segnato l'inizio del tuo ruolo, davvero, nel mondo politico. Lei ha consigliato sette presidenti, a cominciare da Ronald Reagan, che, tra l'altro, non ha menzionato la parola HIV o AIDS per gran parte della sua presidenza. Cosa hai imparato sull'advocacy nel lavorare politicamente per realizzare cambiamenti reali tra coloro che detenevano più potere?

Antonio Fauci: Sì, la prima cosa è attenersi alla scienza. Sei uno scienziato. Sarai coinvolto nella politica, ma non farti coinvolgere nella politica. C'è una grande differenza tra la politica e la politica. Stai fuori da quel regno della politica. Se consiglierai con successo sette presidenti, e non saranno tutti democratici e non saranno tutti repubblicani. Dovrai affrontare entrambi i lati del corridoio a livello esecutivo. Sono rimasto fedele alla scienza e sono rimasto fuori da qualsiasi ideologia. Tutto quello che ho fatto, ogni consiglio che ho dato se fosse Ronald Reagan, o George HW Bush, o Clinton, o George W. Bush, o Obama, o Trump, o Biden, o uno qualsiasi degli altri, è stato solo dare loro il consiglio basati sulla scienza, sapendo benissimo che quando hai a che fare con un bersaglio mobile come l'HIV,

Rachel Gotbaum: Ma immagino cosa mi stia chiedendo, quando sei andato alla Casa Bianca, se vuoi, e hai sentito respingimenti, cattive politiche che stanno per accadere, le persone potrebbero esserne ferite. Come fai a quadrare con quello, o come hai fatto a quadrare con quello?

Antonio Fauci: Proprio come ho detto, ti attieni alla scienza, perché è stato solo in quella situazione davvero unica in cui mi trovavo durante una delle amministrazioni che sono state dette cose che non erano vere e non erano basate sulla scienza. E sentivo di avere la responsabilità, per la mia integrità personale e professionale, di fare qualcosa che era molto scomodo. Ho uno straordinario rispetto per l'ufficio di presidenza. Non è divertente. Non è bello dover alzarsi in una conferenza stampa di fronte a molti, molti, molti milioni di persone che la guardano e contraddire essenzialmente il presidente. Poiché qualcuno seduto nelle file della stampa ti ha fatto una domanda, devi dare la risposta giusta, anche se è contraddittoria con ciò che ha appena detto il presidente. Non mi piaceva, ma dovevo farlo, e ho dovuto farlo a causa della mia responsabilità nei confronti del pubblico americano. La mia responsabilità non è verso un partito politico e non verso un presidente, è verso il pubblico americano. Ciò, ovviamente, ha creato una straordinaria quantità di inimicizia, fino al punto di odiarmi in alcuni segmenti della popolazione.

Rachel Gotbaum: In che modo il virus Covid-19 è stato diverso da qualsiasi cosa tu abbia mai affrontato prima nella tua carriera?

Antonio Fauci: È stata davvero una pandemia globale di un virus con cui non avevamo mai avuto alcuna esperienza. Era un bersaglio mobile, perché mai avremmo immaginato che avremmo avuto un'esplosione di un'infezione globale, che tutti pensavano avrebbe raggiunto il picco quando l'inverno fosse finito, sarebbe andato via, simile ad altri focolai. Non era così. Era senza precedenti sotto ogni aspetto. Abbiamo avuto l'evoluzione di diverse varianti. Siamo nel nostro quarto anno dall'epidemia, che è completamente senza precedenti. Ha finito per uccidere oltre un milione di americani. Non l'avevamo mai sperimentato prima dal 1918 con l'influenza pandemica. C'erano delle buone notizie su tutto questo, è l'incredibile rapidità con cui abbiamo sviluppato un vaccino altamente efficace e sicuro. Ora,

Rachel Gotbaum: Non è un segreto che questa pandemia abbia alimentato una crescente guerra contro di te personalmente. Minacce di morte a te e alla tua famiglia, percosse da parte dei legislatori, incluso il presidente Trump, messaggi di odio sui social media e oltre, azioni legali. Come hai potuto navigare in questo?

Anthony Fauci: Beh, fallo e basta. È quello che è. Non c'è niente che cambierai. Non cambierai la società. Devi convivere e restare fedele ai tuoi principi. Continua ad essere sincero. Non lasciarti coinvolgere dalla teoria del complotto. Le persone diranno cose folli e lo fanno ogni singolo giorno. Se ti concentri su questo, vieni distratto dal tuo lavoro, e non è quello che vuoi fare, perché allora vincono i teorici della cospirazione. Fai il tuo lavoro, segui la scienza, e basta.

Rachel Gotbaum: Cosa vedi come futuro della pandemia di Covid, in termini di come sarà la vita e cosa è necessario per andare avanti?

Antonio Fauci: Se guardi a ciò che abbiamo nella società ora, abbiamo abbastanza persone che sono state infettate, abbastanza persone che sono state vaccinate e potenziate che, a meno che non otteniamo una grande sorpresa, come una variante che è molto, molto, molto diversa da quella che stiamo vedendo in questo momento, penso che entreremo gradualmente in una situazione in cui il livello di infezione si abbasserà abbastanza da non disturbare l'ordine sociale. In questo momento, 500 morti al giorno non sono quel livello che troverei accettabile. Penso che dobbiamo scendere molto più in basso di così. Non penso che ci sia una possibilità che lo sradicheremo, e non penso che lo elimineremo. Lo avremo in giro. Ma si spera, con una combinazione di vaccinazione, richiamo, immunità ibrida e persino trattamento delle infezioni delle persone, che possiamo ridurre la minaccia di questo al punto in cui non ci interrompa. Ecco dove penso che saremo molto presto.

Rachel Gotbaum: Cosa speri ancora di realizzare nella tua carriera e nella tua vita?

Anthony Fauci: Spero di ispirare la nostra generazione più giovane a entrare nella scienza, nella sanità pubblica e nel servizio pubblico. Non sono orgoglioso, né mi vanto, del fatto che non mi prendo una vacanza letteralmente da decenni. Non è una buona cosa. Non è una cosa positiva. Ma sento davvero di volerlo, e sono pronto per potermi prendere un po' più di tempo libero, in particolare passare del tempo con mia moglie, fare un viaggio con mia moglie e forse anche con tutta la mia famiglia. Le persone che sono i miei cari e intimi amici mi consigliano sempre e ancora oggi

mi dicono: "Non impegnarti troppo. Non è il momento di impegnarsi troppo". Devo continuare a sentire quel ritornello nella mia mente più e più volte quando le persone mi chiedono di fare qualcosa.

Rachel Gotbaum : Esatto. Perché sicuramente non è nel tuo DNA, di sicuro.

Anthony Fauci : No, devo combattere contro i miei - devo sopprimere l'espressione genica.

Rachel Gotbaum : Buona fortuna. Vorrei concludere tornando ai suoi pazienti, dottor Fauci, dove tutto questo è iniziato dai primissimi al NIH alla fine degli anni '60 con malattie autoimmuni, a quelli con HIV, Ebola, Covid. Cosa possono imparare i ricercatori, i medici, i responsabili politici, tutti noi dai tuoi anni di cura di quei pazienti e come questo ha alimentato tutto ciò che hai fatto in questa tua straordinaria carriera, una carriera che continua a toccare così tante delle nostre vite? Cosa vuoi che tutti noi portiamo via da quel lavoro?

Anthony Fauci : Beh, ci sono molti percorsi di carriera che le persone seguono. Quello che vorrei che le persone capissero, la scienza è una disciplina meravigliosa. Apre prospettive di comprensione e vie di intervento per cose che non avresti mai immaginato. Che se continui a lavorarci sopra, ci riesci. Ciò che era disponibile per noi nel campo della diagnostica, delle terapie e dei vaccini quando ho iniziato rispetto a quello che abbiamo adesso, è semplicemente straordinario. È mozzafiato, i progressi che sono stati fatti. Quindi mi piace incoraggiare le persone, se hanno qualche inclinazione ad entrare in questo campo, che può essere straordinariamente gratificante per te stesso e di contributo alla società.

Rachel Gotbaum : Questo è il dottor Anthony Fauci, che si è ritirato dal NIH dopo 54 anni lì, 38 dei quali alla guida del National Institutes of Allergy and Infectious Diseases.

Dottor Fauci, grazie mille per esserti unito a noi.

Anthony Fauci : Piacere mio. È bello stare con te.

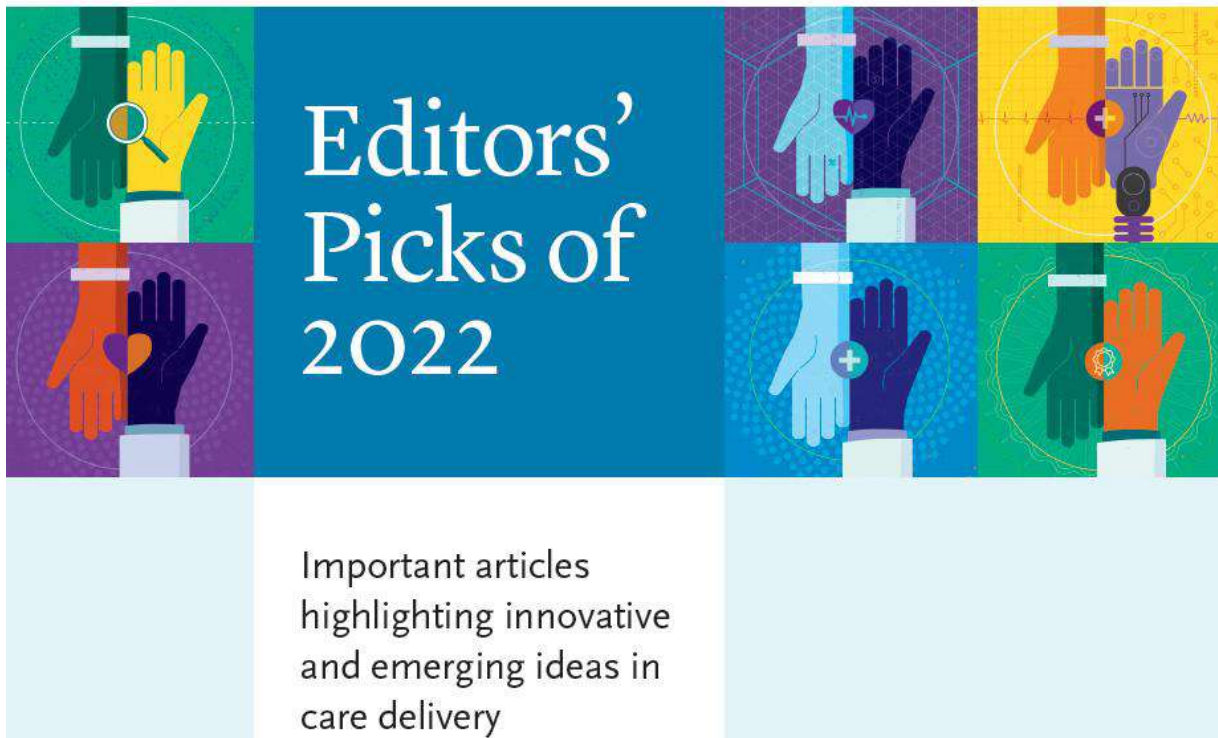
Rachel Gotbaum : Questa è "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine* . La prossima volta, l'intelligenza artificiale in medicina è considerata la nuova frontiera. Algoritmi informatici che aiutano i medici a svolgere meglio il loro lavoro e migliorare la salute dei loro pazienti. Ma a chi servono effettivamente questi algoritmi?

Relatore 3 : Il pregiudizio nell'IA è davvero questo sporco segreto dell'assistenza sanitaria. Pensiamo che l'intelligenza artificiale risolverà i nostri problemi, ma i pregiudizi del mondo reale verranno replicati nell'IA e ridimensionati a un livello che non abbiamo mai visto prima. Finiremo non solo con lo stesso problema di disparità, ma ampliandolo.

Rachel Gotbaum : Questa è la prossima volta su "Intention to Treat" dal *New England Journal of Medicine* . Sono Rachel Gotbaum.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2300938?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19S62NHldr2IloqCYCN%2F%2FtG5I2XLN11fr2%2FgM4IH%2FbZtwTEl0ypBnaJvksIN6NbHhSeYsc7CR%2FkTzAG34KWg%2FWX%2BJTgCmrOal2xVCX%2F%2BV78OLGvcOMoMWWSGmK%2BCDC4M7Gruah64%2FNyqJLJLpd%2B6i%2BNI0BJXZ8gKHsbi8cdD%2FDpOlsvgtfkPrw4RoItIVPguqJAI1LzhRqMdCg%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20March%2023,%202023%20DM2168021_NEJM_Non_Subscriber&bid=1474993944

Innovations in care delivery. Catalyst NEJM



Tradotto con www.DeepL.com/Translator

Presentazione Febbraio 2023

Caro lettore,

NEJM Catalyst porta innovazioni e applicazioni pratiche per migliorare il valore dell'assistenza sanitaria al nostro pubblico globale di clinici, leader clinici, dirigenti e ricercatori.

dell'assistenza sanitaria al nostro pubblico globale di medici, leader clinici, dirigenti e ricercatori. Nel corso dell'anno, pubblichiamo articoli, casi di studio, commenti e rapporti di approfondimento che forniscono insegnamenti di vita reale per risolvere i problemi che l'assistenza sanitaria deve affrontare oggi.

Questa raccolta di contenuti pubblicati in precedenza esemplifica la nostra ampiezza di autori, organizzazioni e argomenti.

In "*The Whole PERSON Health Score: A Patient-Focused Tool to Measure Nonmedical Determinants of Health*", i leader del Riverside University Health System raccontano lo sviluppo di uno strumento di valutazione innovativo e olistico incentrato sul paziente per dare priorità alle esigenze non tradizionali del paziente a monte.

"*Dare un senso ai nuovi approcci all'erogazione delle cure primarie: A Typology of Innovations in Primary Care*" dei ricercatori della Harvard Medical School esamina la pletera di organizzazioni innovative di cure primarie per aiutare a valutare il loro impatto dal punto di vista delle politiche, della pratica e dei pazienti.

I medici del Mass General Brigham descrivono la loro esperienza con due programmi di ospedale a domicilio in "*Technology-enabled Hospital at Home: Innovation for Acute Care at Home*".

Essi hanno riscontrato che queste tecnologie sono sicure e accettabili per i pazienti e i medici e che mostrano una promessa significativa nel migliorare l'efficienza e il coordinamento delle risorse cliniche.

Poiché la salute mentale è una preoccupazione crescente per i lavoratori in prima linea durante la pandemia di Covid-19, un team della Mayo Clinic ha rapidamente sviluppato un piano completo per il benessere emotivo di tutti i suoi dipendenti.

Il documento "*Methodology for a Mental Health Plan for Health Care Workers*" illustra come questo approccio abbia aumentato in modo sostanziale il ricorso ai servizi di salute mentale nel giro di un anno.

Il rapporto "*Health Care Is Confronting the Social Determinants of Health*", basato su un sondaggio del *NEJM Catalyst Insights Council* - il nostro gruppo qualificato di dirigenti, leader clinici e medici di organizzazioni di tutto il mondo direttamente coinvolte nella fornitura di assistenza sanitaria - mostra una diffusa consapevolezza della necessità di affrontare i determinanti sociali della salute e di migliorare la raccolta di dati sui bisogni sociali legati alla salute.

Vi invitiamo a rivolgervi al *NEJM Catalyst* per trovare soluzioni praticabili alle complesse sfide della vostra organizzazione e lasciarvi ispirare dal potenziale di trasformazione dell'assistenza sanitaria.

I redattori,

NEJM Catalyst

Le scelte dei redattori del 2022

Indice dei contenuti

<i>In profondità</i>	Il punteggio di salute dell'intera persona: Uno strumento incentrato sul paziente per misurare i determinanti non medici della salute	1
<i>Commentario</i>	Dare un senso ai nuovi approcci all'erogazione delle cure primarie: una tipologia di innovazioni nelle cure primarie	30
<i>Articolo</i>	Ospedale a domicilio abilitato dalla tecnologia: innovazione per cure acute a domicilio	45
<i>Studio di caso</i>	Metodologia per un piano di salute mentale per gli operatori sanitari	72
<i>Rapporto di approfondimento</i>	L'assistenza sanitaria si confronta con i determinanti sociali della salute	85

Dhruv Khurana, MS, MA, PhD, Geoffrey Leung, MD, EdM, Bijan Sasaninia, Diep Tran, MPH, MA, Mahbuba Khan, MD, Anthony Firek, MD, MS

Vol. 3 No. 8 | August 2022

DOI: 10.1056/CAT.22.0096

Lo sviluppo di un piano per la fornitura di assistenza sanitaria in America spesso ignora i deficit non medici delle risorse socioeconomiche dei pazienti.

non mediche delle risorse socioeconomiche, del benessere e della qualità della vita dei pazienti, che contribuiscono all'insoddisfazione dei pazienti, ai risultati clinici scadenti e all'aumento dei costi dell'assistenza sanitaria.

contribuiscono all'insoddisfazione dei pazienti, agli scarsi risultati clinici e all'aumento dei costi e dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria.

e utilizzo dell'assistenza sanitaria. I determinanti sociali della salute sono stati riconosciuti come fattori significativi contribuiscono in modo significativo alla salute, al benessere e, in ultima analisi, alla longevità, ma sono stati in larga misura nell'ambito delle cure primarie perché i medici non dispongono degli strumenti e della formazione necessari per incorporarli nella di incorporarli durante l'erogazione delle cure di routine.

Il Riverside University Health System ha sviluppato un nuovo strumento di valutazione olistico e incentrato sul paziente, denominato Whole PERSON Health Score (WPHS).

(WPHS) per rispondere a queste esigenze critiche.

Questo articolo illustra il quadro di riferimento per lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione dello sviluppo, l'implementazione e la valutazione del WPHS in un contesto di cure primarie multidisciplinari, multidisciplinare, di assistenza primaria e di rete di sicurezza. Lo strumento di valutazione è composto da 28 domande (o elementi) che riguardano sei domini di salute (uno per ogni lettera del punteggio PERSON [Salute fisica, Salute emotiva, Utilizzo delle risorse, Salute sociale]), salute, utilizzo delle risorse, socioeconomia, proprietà, nutrizione e stile di vita]).

che sono stati scelti sulla base di una revisione della letteratura sui fattori che influenzano la durata della vita, la mortalità e la longevità, e la longevità.

Il paziente riceve un voto in lettere che va dalla A (il migliore) alla Z (il peggiore) in ogni ambito. L'assegnazione delle lettere dalla A alla Z non si basa su un calcolo normalizzato.

L'assegnazione delle lettere si basa piuttosto sull'impatto previsto sull'aspettativa di vita. I voti sono I voti sono classificati in tre colori - rosso, giallo e verde - in base alla gravità del problema intervento necessario. Questo sistema di codifica a colori mette in evidenza le aree di bisogno critiche e e spinge l'operatore a impegnarsi con il paziente per agire. Riverside ha somministrato 10.166 WPHS da agosto 2020 a ottobre 2021, di cui 9.809 sono state completate, rappresentando 8.829 pazienti unici.

completate, che rappresentano 8.829 pazienti unici. In questo articolo, l'analisi si concentra sui 7.926

pazienti unici che hanno completato una singola valutazione, per evitare confusioni relative all'analisi longitudinale.

analisi longitudinale. Complessivamente, il bisogno maggiore si è registrato nel dominio Nutrizione e stile di vita

(15,22% dei pazienti valutati, ma 49,79% di tutti i trigger della zona rossa). Questo dominio è stato

seguito dalla Salute emotiva (10,59% dei pazienti, 34,64% dei fattori scatenanti della zona rossa) e dalla Salute socioeconomica (9,35% dei pazienti, 34,64% dei fattori scatenanti della zona rossa). Socioeconomia (9,35% dei pazienti, 30,59% dei fattori scatenanti della zona rossa). Al contrario, la necessità di intervento meno necessità di intervento è stato il dominio Salute fisica (1,35% dei pazienti, 4,42% delle dei trigger della zona rossa).

Sulla base di un'indagine condotta tra i fornitori, il valore del WPHS nell'erogazione dell'assistenza variava a seconda della disciplina.

nell'erogazione dell'assistenza variava a seconda della disciplina. Il valore è stato maggiore per il team di gestione dell'assistenza ai vigilanti, che si concentra sui bisogni dei pazienti.

gestione dei vigilanti, che si concentra sui bisogni dei vigilanti rilasciati di recente (84,61%), seguito dal team di integrazione della salute comportamentale (*behavioral health*).

Il valore maggiore è stato riscontrato per il team di gestione dell'assistenza ai probabili, che si concentra sulle esigenze dei detenuti in libertà vigilata appena rilasciati (84,61%).

(66,67%), il team di gestione delle cure complesse (50%) e il team di cure primarie (44,82%). Il WPHS spinge le équipe sanitarie sanitari a dare priorità ai bisogni non tradizionali dei pazienti a monte, tra cui la salute emotiva, salute emotiva, il senso di appartenenza e i determinanti sociali della salute. Il completamento della valutazione WPHS ha portato al riconoscimento dei bisogni non medici del paziente.

Le misure relative alla salute che guidano le decisioni sulle cure mediche e sui pagamenti si concentrano principalmente su salute fisica, sui biomarcatori clinici e sugli esiti medici. Questa attenzione spesso trascura importanti bisogni non medici dei pazienti, tra cui le carenze di risorse materiali e socioeconomiche e gli aspetti non ottimali del benessere generale e della qualità del paziente, risorse materiali e socioeconomiche e aspetti non ottimali del benessere generale e della qualità di vita del paziente.

L'incapacità di rispondere a questi bisogni reali dei pazienti contribuisce all'insoddisfazione dei pazienti, a esiti clinici non controllati e a un aumento dell'assistenza sanitaria.

esiti clinici incontrollati e un aumento dei costi e dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria.¹⁻⁵ Tuttavia, vi è un crescente riconoscimento del fatto che le questioni non mediche, come la povertà, l'inadeguatezza degli alloggi e la mancanza di accesso al cibo, sono forti determinanti della salute e del benessere sono forti determinanti della salute, del benessere e della longevità.⁶⁻⁹

Questi determinanti sociali della salute (SDOH) rappresentano un aspetto essenziale ma in gran parte non affrontato dell'assistenza primaria.

Secondo il modello County Health Rankings, i determinanti sociali della salute (SDOH), come i comportamenti sanitari, i fattori socioeconomici e l'ambiente fisico, contribuiscono all'80% dei risultati clinici di una comunità.

Al contrario, l'assistenza clinica contribuisce al restante 20% dei risultati clinici.¹⁰⁻¹²

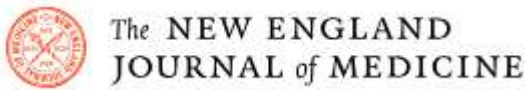
In generale, il personale sanitario, compresi i medici, non è formalmente addestrato a considerare l'impatto delle SDOH sulla salute durante l'erogazione delle cure di routine.^{13,14}

I medici si affidano pesantemente su biomarcatori e risultati di test diagnostici per guidare il loro processo decisionale.

Di conseguenza, un fornitore di cure primarie (PCP) che si occupa di un paziente a basso reddito affetto da diabete potrebbe non rendersi conto che l'accesso del paziente a un'alimentazione nutriente è limitato a causa dello status socioeconomico generale.

Alcuni sistemi sanitari, centri sanitari comunitari e organizzazioni non profit hanno sviluppato e implementato strumenti di indagine per identificare e affrontare i fattori SDOH.¹⁵⁻¹⁹

Mentre questi strumenti SDOH possono aiutare a scoprire i bisogni critici non medici, la mancanza di uno strumento di misura simultaneo



Lawrence O. Gostin, JD, e Gigi K. Gronvall, Ph.D.

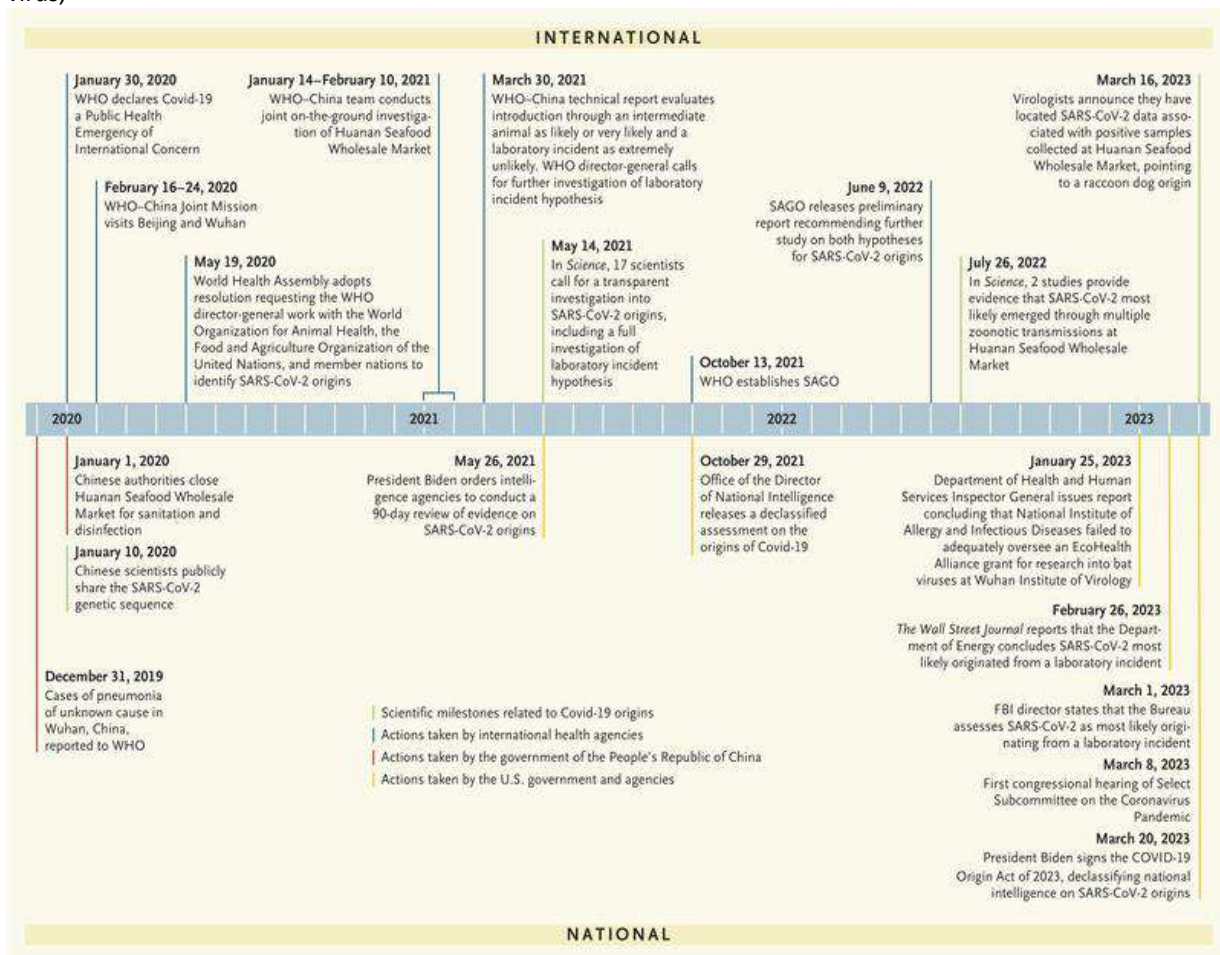
7 giugno 2023

DOI: 10.1056/NEJMp2305081

Quando sorgono emergenze sanitarie, gli scienziati cercano di scoprire la causa, ad esempio il modo in cui un agente patogeno è emerso e si è diffuso, perché questa conoscenza può migliorare la nostra comprensione dei rischi e delle strategie per la prevenzione, la preparazione e la mitigazione.

Eppure, nel quarto anno della pandemia di Covid-19, continuano intensi dibattiti politici e scientifici sulle sue origini. Le due ipotesi principali sono uno spillover zoonotico naturale, che molto probabilmente si è verificato presso il mercato all'ingrosso di frutti di mare di Huanan, e una fuga di laboratorio dal Wuhan Institute of Virology (WIV).

Vale la pena esaminare gli sforzi per scoprire le origini della SARS-CoV-2, gli ostacoli politici e cosa ci dicono le prove. Queste prove possono aiutare a chiarire il percorso evolutivo del virus. Ma indipendentemente dalle origini del virus,



Eventi chiave nello sforzo di determinare le origini della pandemia di Covid-19.

La storia delle origini risale al 31 dicembre 2019, quando l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) venne a conoscenza di un cluster di casi di polmonite di causa sconosciuta a Wuhan (vedi [cronologia](#)). Le autorità di Wuhan hanno chiuso il mercato di Huanan il giorno successivo, rendendo gli animali vivi non disponibili per i test. La Cina ha condiviso pubblicamente la sequenza

genetica del SARS-CoV-2 il 10 gennaio 2020. Solo poche settimane dopo che l'OMS ha dichiarato il Covid-19 un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale il 30 gennaio, la missione congiunta OMS-Cina ha visitato Pechino e Wuhan (dal 16 al 24 febbraio).

Il rapporto tecnico congiunto OMS-Cina pubblicato nel marzo 2021 ha valutato uno spillover zoonotico come una fonte "probabile o molto probabile" del virus, i prodotti della catena alimentare fredda come "possibili" e un incidente di laboratorio come "estremamente improbabile".¹ Il direttore generale dell'OMS ha immediatamente ripudiato i risultati del rapporto, ritenendo prematuro escludere un possibile incidente di laboratorio.

Una lettera aperta pubblicata su *Science* il 14 maggio 2021 ha accreditato la teoria del laboratorio, chiedendo l'accesso aperto ai registri di laboratorio e agli studi basati sulla scienza.² Il 13 ottobre 2021, il direttore generale dell'OMS ha istituito il gruppo consultivo scientifico per le origini dei nuovi agenti patogeni (SAGO). La Cina ha ufficialmente respinto il piano dell'OMS per una seconda fase di indagine sulle origini. Il rapporto preliminare della SAGO ha avvertito che la Cina stava nascondendo dati chiave.

Di recente, un team di esperti internazionali ha annunciato di aver identificato dati su campioni ambientali positivi per SARS-CoV-2 raccolti dal mercato di Huanan nel gennaio 2020, che la Cina aveva nascosto al pubblico dominio per 3 anni. Gli scienziati cinesi avevano caricato i dati su GISAID (l'iniziativa globale sulla condivisione di tutti i dati sull'influenza) ma poi li avevano rimossi. In risposta alle pressioni dell'OMS, la Cina ha restituito quei dati a GISAID.

Determinare le origini della SARS-CoV-2 dovrebbe essere una questione strettamente scientifica, ma è diventata coinvolta nella politica. Nel marzo 2020, il Ministero degli Affari Esteri cinese ha affermato, senza prove, che il personale dell'esercito americano aveva introdotto SARS-CoV-2 durante una visita a Wuhan, spingendo il presidente Donald Trump ad affermare che il virus aveva avuto origine nel WIV.

Accusando il direttore generale di schierarsi con la Cina, Trump ha notificato alle Nazioni Unite che gli Stati Uniti intendevano ritirarsi dall'OMS. Sebbene il presidente Joe Biden abbia successivamente annullato tale decisione, la controversia sulle origini è continuata. Il 26 maggio 2021, Biden ha ordinato alle agenzie di intelligence statunitensi di rivedere le ipotesi di origini concorrenti. L'Ufficio del direttore dell'intelligence nazionale ha pubblicato la "Valutazione declassificata sulle origini del COVID-19,"³

La politica delle origini si è surriscaldata all'inizio di quest'anno. Il 25 gennaio 2023, l'Ufficio dell'ispettore generale del Dipartimento della salute e dei servizi umani ha concluso che l'Istituto nazionale per le allergie e le malattie infettive non era riuscito a supervisionare adeguatamente una sovvenzione all'EcoHealth Alliance per la ricerca sui virus dei pipistrelli presso il WIV.⁴

Un mese dopo, il Dipartimento dell'Energia, che sovrintende a una rete di 17 laboratori statunitensi, ha concluso con "scarsa fiducia" che molto probabilmente SARS-CoV-2 è nato da un incidente di laboratorio. Il Federal Bureau of Investigation ha affermato di favorire la teoria del laboratorio con "moderata" fiducia.

Altre quattro agenzie, insieme a un gruppo di intelligence nazionale, giudicano ancora che la SARS-CoV-2 sia emersa da uno spillover zoonotico naturale, mentre due rimangono indecise. Tutte le agenzie di intelligence statunitensi hanno respinto l'accusa secondo cui i partecipanti a un programma clandestino di armi biologiche cinesi avrebbero sviluppato intenzionalmente SARS-CoV-2.

Eppure un rapporto pubblicato a metà dicembre 2022 dai membri repubblicani della Camera dei rappresentanti accreditava ancora quella teoria. Il 20 marzo 2023, Biden ha firmato un disegno di legge che declassifica i documenti sulle origini del Covid-19 e il Congresso ha avviato le udienze.

Delle tre possibilità - naturale, accidentale o deliberata - le prove più scientifiche finora identificate supportano l'emergenza naturale. Più della metà dei primi casi di Covid-19 erano collegati al mercato di Huanan e la mappatura epidemiologica ha rivelato che la concentrazione dei casi era centrata lì.

Nel gennaio 2020, i funzionari cinesi hanno autorizzato il mercato senza testare animali vivi, ma campioni ambientali positivi, compresi quelli di una gabbia per animali e una macchina per la rimozione di peli e piume, hanno indicato la presenza sia di SARS-CoV-2 che di soggetti sensibili a Covid animali. ⁵I risultati recentemente pubblicati includevano il DNA del cane procione, indicando un possibile progenitore SARS-CoV-2.

I campioni dei primi casi nell'uomo contenevano anche due diversi lignaggi SARS-CoV-2. Sebbene solo un lignaggio si sia diffuso a livello globale, l'esistenza di più lignaggi suggerisce che un'epidemia di SARS-CoV-2 negli animali potrebbe aver portato a molteplici eventi di spillover.

I fautori della teoria della fuga accidentale di laboratorio sottolineano la posizione geografica del WIV nella città in cui è iniziata la pandemia.

Indicano la presenza del ceppo di coronavirus di pipistrello RaTG13 in laboratorio, sostenendo che le manipolazioni genetiche come la ricerca sul guadagno di funzione (GOF) potrebbero aver prodotto SARS-CoV-2. La maggior parte degli scienziati confuta questa teoria perché esiste una notevole distanza evolutiva tra i due virus.

Tuttavia, non si può escludere in modo inequivocabile la possibilità che il laboratorio contenesse un ceppo progenitore diverso da SARS-CoV-2 che ha portato a una fuga di notizie dal laboratorio.

L'offuscamento della Cina può significare che non avremo mai la certezza sulle origini della più grande pandemia in più di un secolo. Dopo che tutto il mondo ha sofferto per la perdita di vite umane, difficoltà economiche e disparità di salute esacerbate, c'è un valore intrinseco nel conoscere la causa. Un corpo oggettivamente determinato di fatti scientifici non può disinnescare completamente la retorica politica che circonda l'indagine sulle origini, ma la ricerca deve continuare.

I dati genetici appena rilasciati possono rivelare se specifici animali sono stati infettati e offrire informazioni sulla loro provenienza, aprendo nuove possibilità di indagine, che possono anche migliorare le tecniche di attribuzione per indagare su futuri focolai. Indipendentemente dalle origini di Covid, futuri focolai potrebbero derivare da cause deliberate, accidentali o naturali, e migliorare la nostra capacità di comprendere e dimostrare le teorie sarà fondamentale. Proponiamo tre passaggi importanti per rafforzare la preparazione alla pandemia.

In primo luogo, è fondamentale prevenire le ricadute utilizzando una strategia One Health che colleghi la salute animale, umana e ambientale. Circa il 60% delle epidemie di malattie mai viste prima nell'uomo derivano da zoonosi naturali.

Le popolazioni umane e animali potrebbero essere separate in modo più efficace con una regolamentazione più severa dei mercati umidi e l'applicazione delle leggi che vietano il commercio di specie selvatiche. Gli sforzi di gestione del territorio, come l'arresto della deforestazione, andrebbero a vantaggio dell'ambiente creando al tempo stesso un cuscinetto tra la fauna selvatica e gli esseri umani.

L'uso diffuso di pratiche agricole sostenibili e umane eliminerebbe il sovraffollamento di animali domestici e ridurrebbe l'uso profilattico di antimicrobici, con ulteriori vantaggi nella prevenzione della resistenza antimicrobica. In secondo luogo, è importante rafforzare la sicurezza del laboratorio per ridurre i rischi di rilascio involontario di un pericoloso agente patogeno.

I requisiti normativi dovrebbero includere valutazioni del rischio specifiche del sito e dell'attività per identificare e mitigare i rischi; protocolli fondamentali per la prevenzione e il controllo delle

infezioni; e la formazione per l'uso corretto e l'accesso ai dispositivi di protezione individuale. Esistono standard internazionali per la gestione del rischio biologico, che dovrebbero essere ampiamente adottati.

In terzo luogo, la ricerca GOF progettata per chiarire i tratti di trasmissibilità o patogenicità dei patogeni dovrebbe essere adeguatamente supervisionata per ridurre i rischi, consentendo allo stesso tempo di continuare importanti ricerche e sviluppo di vaccini.


Tale ricerca può portare alla creazione di microbi con potenziale pandemico potenziato, che potrebbero essere rilasciati involontariamente o intenzionalmente. Tuttavia, non esiste un accordo internazionale su quali attività di ricerca siano problematiche o su come ridurre i rischi. Il 27 gennaio 2023, il National Science Advisory Board for Biosecurity degli Stati Uniti ha emesso un quadro più rigoroso per la supervisione della ricerca, che eminenti virologi hanno criticato come eccessivo e inibitorio per lo sviluppo di vaccini statunitensi. Poiché la ricerca GOF è condotta nei laboratori di tutto il mondo, è necessario un quadro internazionale.

Fin dai primi giorni della pandemia, la polemica ha turbinato su come è iniziata.

Le indagini sulle origini sono sforzi scientifici, ma dobbiamo pianificare in anticipo in modo che gli scienziati ottengano un rapido accesso ai principali siti geografici, scambi scientifici aperti e piena trasparenza.

Sebbene tali indagini procedano più lentamente del ciclo delle notizie, questi passaggi sono le chiavi per svelare il mistero che circonda Covid-19 e preparare il mondo per i futuri focolai che sicuramente si verificheranno.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2305081?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX18GYsHu%2BkoNxiX5xcvJGTsTaibUVDCKwYrdpCKS8RGiA%2FAoljQkaWMBogUKgBmis7LvSMq3DJ8Ou8LUEi5Fb7xpWsx%2F2Z3HpQO1%2BQ68cDgh9aR60svOI5%2Fswbeo%2FfhtC2Gpe3lkcV%2BQVWv2UUm8rRYNK%2BKvXkAxeet3w3%2FhwnhRntBA%2FndOnY1xxaG3LuqDW0POzQ5xb4B2A%3D%3D&cid=NEJM%20Weekend%20Briefing,%20June%2010,%202023%20DM2232167_NEJM_Non_Subscriber&bid=1611640205



Dopo la pandemia. Appunti per una nuova sanità

a cura di Cinzia Caporale, Carla Collicelli, Ludovica Durst

ETICA DELLA RICERCA, BIOETICA,
BIODIRITTO E BIOPOLITICA

II, 2022

 **edizioni**
Consiglio Nazionale delle Ricerche

Anthony FAUCI. *Pandemie Preparedness and response. Lesson from COVID-19.* Accademia dei Lincei, Palazzo Corsini Roma



19 giugno 2023
ore 17:00

Keynote Lecture

**Anthony
FAUCI**

*Pandemic
Preparedness
and Response*
Lessons from COVID-19

Info e prenotazioni

lincei.it



Accademia Nazionale dei Lincei Palazzo
Corsini - II Piano - Sala di Scienze Fisiche
Via della Lungara 10, Roma

SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA

Istat: spesa sanitaria pubblica a 3.747,2 \$ per abitante nel 2020. Spesa sanitaria privata è 24,4% della complessiva. Radiocor Plus



La spesa sanitaria pubblica corrente italiana "è di gran lunga inferiore rispetto a quella di altri Paesi europei". Lo riporta l'Istat nel [Report "Noi Italia 2023"](#) pubblicato on line. Nel dettaglio, rileva l'Istituto di statistica, a parità di potere di acquisto, a fronte di 3.747,2 dollari per abitante spesi in Italia, nel 2020, la Finlandia supera i 4 mila dollari. Austria, Belgio, Danimarca, Francia, Irlanda, Lussemburgo e Svezia superano i 5 mila dollari, mentre la Germania, con i suoi 6.939 dollari per abitante, si conferma al primo posto per spesa pro capite, seguita dall'Olanda che si attesta di poco al di sopra dei 6 mila dollari di spesa per abitante. Il confronto europeo evidenzia che, in Italia, nel 2021, la quota di spesa sanitaria privata sulla spesa sanitaria complessiva (pubblica e privata) è uguale al 24,4%. Il Paese in cui i contributi della spesa privata sono maggiori è il Portogallo (con il 36%); tutti gli altri Paesi dell'Ue presentano quote inferiori al 30% e i contributi minori si registrano per la Germania (14,0%).

Comprendere e valorizzare il privato, al pari di altri soggetti, nel sistema pubblico, se ben regolamentato e condiviso, favorisce il buon funzionamento del sistema sanitario che ha comunque natura pubblica, significa anche rilanciare i principi di base del nostro SSN.

26 GIU -

L'apertura di tavoli di discussione al Ministero della Salute

Constatiamo con soddisfazione che finalmente si procede con metodo per ripensare il Servizio Sanitario Nazionale: ci riferiamo alla convocazione da parte del Ministro della Salute Schillaci dei Presidenti delle Regioni. Un incontro in cui le regioni hanno avanzato le loro proposte: risorse aggiuntive per il SSN, eliminazione dei tetti di spesa, varo di un nuovo Patto per la salute e passaggio a dipendenza dei medici di medicina generale.

Ha fatto poi seguito un incontro con le confederazioni sindacali che però ha lasciato profondamente delusi CGIL, che ha confermato una mobilitazione generale per sabato 24 e UIL e soddisfatta la sola CISL che ha apprezzato quanto proposto dal Ministro.

Il Ministro ha poi convocato alcune società scientifiche (seguendo criteri non esplicitati) e i sindacati della medicina generale e specialisti ambulatoriali per affrontare le criticità contenute nei due DM 70 e 71 di cui il primo ancora in fase di rielaborazione.

Ribadiamo che nel caso della salute il metodo è più importante che le dichiarazioni e per questo speriamo dunque che tali incontri non siano stati un'eccezione o una formalità ma diventino la regola per disegnare il nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

In questo periodo, finalmente e dopo tante sollecitazioni, vediamo anche la presa di posizione di alleanze per la salute, associazioni, sindacati di categoria su come ripensare il servizio sanitario nazionale.

Come sappiamo le questioni da affrontare e il ridisegno complessivo del sistema richiede ed è utile che sia così, la più ampia partecipazione possibile poiché le singole questioni vanno collocate all'interno di un ridisegno organico e partecipato.

La questione dello shift pubblico/privato

Diverse i suggerimenti che anche noi abbiamo tentato di dare in questi mesi ma in questa sede vogliamo tornare su di una questione che certamente è divisiva sul piano ideologico ma che dal nostro punto di vista di un nuovo SSN e un delle questioni da non lasciare in secondo piano: Il rapporto pubblico privato in sanità.

L'incremento del privato in alcuni ambiti remunerativi e sempre più rilevante ed è il frutto di molteplici fattori a partire dal pensiero neo liberale del New Public Management che ritiene importante introdurre, anche nella pubblica amministrazione, il modello di mercato sia per ridurre le spese che per migliorare l'efficienza e l'efficacia.

Tendenza incrementata con l'adozione delle politiche dell'austerità e talmente generalizzata da portare ad una condizione inedita di grave squilibrio istituzionale e di perdita di legittimità dello Stato che Chiara Cordelli ha definito "privatocrazia".

Un modo di procedere verso il disimpegno dello Stato iniziato con la privatizzazione di numerosi asset industriali dello Stato e che progressivamente si è estesa a tutto ciò che era pubblico: le autostrade, l'esercito, la scuola e inevitabilmente la sanità che rappresenta il piatto ricco dei bilanci regionali costituendo il 70% delle risorse disponibili.

Quale rapporto pubblico privato

Se guardiamo alcuni dati si evince che circa il 60% dei fondi pubblici in sanità è in mano ai privati per l'acquisto di servizi medici e farmacologici; più del 50% delle istituzioni sanitarie che si occupano di patologie croniche sono di proprietà privata, lo sono altresì più dell'80% delle istituzioni di assistenza sanitaria residenziale.

Così come molte strutture ospedaliere così dette di eccellenza (San Raffaele, San Donato, Bambin Gesù, Policlinico Gemelli ecc.). Una spesa sanitaria pubblica che raggiunge i 131 miliardi a cui si aggiunge una spesa privata che si aggira intorno ai 40 miliardi, quasi per intero out of pocket a diretto carico dei cittadini, essendo minima quella intermediata dai fondi assicurativi.

Di fatto dunque lo Stato ha scelto la strada di affidare al privato la gestione del servizio sanitario lasciando anche la libertà agli stessi soggetti accreditati di erogare per gli stessi cittadini servizi totalmente privati o a privato sociale.

Un chiaro conflitto di interessi perché spinge l'erogatore a scegliere quali prestazioni erogare a convenzione e quali da riservare alla contrattazione privata con il singolo cittadino, venendo meno a qualsiasi criterio di equità.

Il privato dunque rappresenta una realtà importante sia sul piano economico che sul piano scientifico e operativo e proprio per questo il modo di operare non può essere lasciato in secondo piano, o alle mere leggi di mercato, specie nel momento in cui si va a ridisegnare il nuovo Servizio Sanitario Nazionale.

La necessità di una nuova regolamentazione

E' necessario e urgente ridefinire il rapporto pubblico privato in sanità, la nostra convinzione è che il privato profit e non profit può fare bene al pubblico così come il pubblico può fare bene al privato. Certamente il pubblico e il privato, in un sistema pubblico in cui il privato accreditato è una delle componenti del più ampio sistema, può far bene alla salute dei cittadini se si guarda ai concreti e reali bisogni dei cittadini dei diversi contesti e non agli interessi di lobbies di parte.

Alla base tuttavia serve superare il gap che si è andato creando riservando una quota importante di risorse alle strutture pubbliche oggi fortemente sofferenti. Altrettanto importante è poi pattuire con gli erogatori privati che non possono essere rese a diretto pagamento prestazioni e servizi che non consentano un accesso pubblico.

Appare indispensabile dunque che dopo decenni di austerità, restrizioni e definanziamento e due anni di pandemia anche il rapporto pubblico e privato, nelle sue diverse declinazioni (intramoenia, accreditato, convenzione-libera professione, ecc) vada ridisegnato secondo una nuova Governance del SSN.

Così come i fondi integrativi debbono diventare una libera scelta, ma regolata all'interno del SSN, onde evitare di favorire cittadini abbienti a discapito di altri, ma anche per evitare interessi di lobbies finanziarie a scapito della salute collettiva.

Rilanciare un sistema che dia spazio alla prevenzione

Un sistema a cui partecipano più attori ma che è fondamentalmente pubblico, pagato con la fiscalità generale da tutti. Ma cosa ancora più importante un sistema che governa più attori per garantire prestazioni gratuite a tutti i cittadini, prestazioni avanzate per tutti senza che vi siano attori che agiscono solo sulla base delle prestazioni più remunerate ed in nome degli azionisti, mentre le altre prestazioni sono lasciate al solo sistema pubblico. Si tratta di disegnare un sistema governato dal pubblico in modo chiaro senza derive di sorta, che operi in funzione di una riduzione delle prestazioni per dare sempre più spazio alla prevenzione.

Troppe le scelte sbagliate che favoriscono la sanità privata

Nel corso degli anni sono state attuate una serie di politiche che di fatto hanno favorito lo shift pubblico/ privato in sanità. Per brevità vogliamo solo richiamarle sperando che diventino tema di confronto pubblico:

I tetti di spesa sul personale hanno di fatto determinato il depauperamento del capitale umano del pubblico favorendo di fatto la sanità privata

Il taglio del fondo sanitario ha definanziato il sistema pubblico lasciando così alla sanità privata libero gioco

La carenza di personale e la medicina difensiva, nonché il sovraccarico della medicina d'urgenza in carenza della medicina territoriale e di prevenzione hanno di fatto favorito la crescita della medicina privata, senza dimenticare alcune scelte deliberate di alcuni decisori regionali a favore del privato non solo per perseguire una maggior efficienza ed una maggiore efficacia.

Le lunghe liste di attesa anche a causa di un sistema di prenotazione arcaico che spesso taglia fuori dal circuito regionale gli erogatori accreditati sono state un ulteriore elemento di incentivazione per coloro che se lo possono permettere alle prestazioni private.

Gli incentivi e gli sgravi fiscali che di fatto hanno favorito il privato e il consumismo sanitario

A questi principali fattori va poi aggiunta la scelta di non chiamare ai tavoli delle decisioni (programmazione) e quindi dell'assunzione di responsabilità i soggetti privati in una logica di condivisione di un obiettivo comune anche con vantaggi economici ma non a discapito della salute delle collettività e del cittadino. La cultura della salute pubblica e un bene collettivo oltre che un bene economico diretto ed indiretto

Perché regolamentare il rapporto pubblico privato

Appare dunque chiaro perché il privato profit e non profit sia una componente importante per un ridisegno del SSN sia sul piano operativo che su quello scientifico ma anche come cultura dell'efficienza e dell'efficacia che spesso nel pubblico viene lasciata in secondo piano anche se per molte ragioni comprensibili vista la ristrettezza economica che in modo ingiustificato si riserva al sistema pubblico.

Una delle possibili risorse il privato che però deve entrare in una logica di cosa pubblica, ossia di bene collettivo che può soddisfare anche gli azionisti privati, ma che non tralascia appunto la finalità pubblica. Pertanto è opportuno strutturare un sistema di controllo, di valutazione e di valorizzazione di tutti gli attori utili per una salute della collettività di una società post moderna.

Il soddisfacimento del bisogno salute può avvenire solo seguendo percorsi e ricorrendo ad attori di natura diversa che proprio per la loro specificità sanno cogliere al meglio le articolate e complesse esigenze di promozione e tutela della salute di una popolazione sempre più competente, nonché le innovazioni tecnologiche, ma seguendo regole e procedure definite e verificabili onde evitare di favorire percorsi di salute privilegiati per chi ha più risorse a discapito di coloro che sono più limitati anche a partire dal versante economico.

Conclusioni

Il principio di garantire a tutti prestazioni essenziali non può e non viene meno se si struttura un sistema che comprende attori di natura diversa, in cui ognuno gioca il proprio ruolo a partire da quello di controllore.

Comprendere e valorizzare il privato, al pari di altri soggetti, nel sistema pubblico, se ben regolamentato e condiviso, favorisce il buon funzionamento del sistema sanitario che ha comunque natura pubblica, significa anche rilanciare i principi di base del nostro SSN.

Se non si vuole favorire la sanità privata, e il ministro ha garantito che non si vuole favorire il privato a discapito del pubblico, è necessario dunque ridisegnare il rapporto pubblico privato nel nascente nuovo Sistema Sanitario Nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114972

La spesa privata non è il male assoluto ed il suo aumento non è solo specchio di un Servizio sanitario nazionale che non funziona ma di una Società che è molto cambiata, che vuole risposte rapide, che vuole scegliere il medico al quale affidarsi (basta dare uno sguardo ai siti che elencano i migliori medici per disciplina), che cerca strutture per lui adeguate ed efficienti. Lo fa con risorse proprie, libere, non contingentabili né indirizzabili

14 GIU -

Recentemente sono comparsi diversi articoli qui su QS riferiti allo stato di salute del servizio sanitario nazionale che hanno descritto i problemi che lo caratterizzano, a dire il vero da anni, e che si sono acuiti dopo la pandemia da Sars >Cov 2 iniziata nel 2020.

Come era prevedibile ci si è trovati dinanzi ad un evento che ha stressato il sistema sanitario nel suo complesso, come peraltro è avvenuto in tutti i Paesi in Europa e nel mondo.

Sono aumentate le prestazioni non rese a livello ospedaliero e nelle strutture territoriali; il personale, già insufficiente, è stato sottoposto a super lavoro, soprattutto nei pronto soccorso, nelle medicine, comprese le unità operative di malattie infettive. La produzione delle aziende sanitarie è diminuita con ripercussioni sui bilanci, che hanno risentito anche del parziale rimborso governativo per le spese per COVID e dell'aumento dei costi per l'energia legati alla guerra in Ucraina.

Da questo le riflessioni di molti Autori su temi noti che desidererei trattare in successivi contributi cominciando dal finanziamento del sistema salute nella sua globalità (spesa pubblica e privata) e dai rapporti con le strutture private.

La percentuale di spesa pubblica per il SSN sul PIL pari al 6,4% nel 2019 (114 miliardi) è salita al 7,3% (120 miliardi) nel 2020 ma è destinata ad assestarsi sul 6,2 prossimamente. In termini assoluti, nel documento di economia e finanza varato dall'attuale Governo, la previsione di spesa sanitaria è di 136.043 milioni, ovvero 4.319 milioni in più rispetto al 2022 (+3,8%), anche se vanno considerati lo spostamento al 2023 della spesa sanitaria prevista nel 2022 per il rinnovo contrattuale del personale dirigente e l'inflazione per il 2023 che si attesta a +5%. Dal 2013 la spesa pubblica è cresciuta di circa 20 miliardi!

In modo sviante ed acritico tali percentuali vengono comparate con altri Paesi europei come la Francia e la Germania che non sono caratterizzati da un servizio sanitario nazionale ed hanno un PIL di gran lunga superiore a quello italiano in costanza di un inferiore debito.

Il paragone si estende al Regno Unito il cui servizio sanitario nazionale (NHS), rispetto alla stessa percentuale di popolazione, ha un finanziamento superiore al nostro di circa 20 miliardi, ma che non gode certo di buona salute. Sono in atto da mesi scioperi ad oltranza e proteste su tutto il territorio per le lunghe liste di attesa e l'accesso incontrollato ai pronto soccorso ospedalieri. L'insoddisfazione degli operatori è a livelli mai prima immaginati! Problemi stanno sorgendo poi in Germania dove l'eccesso di spesa delle Casse malattia è tale da avere avviato una profonda riflessione sul mantenimento dei piccoli ospedali dove peraltro non viene garantita la sicurezza delle cure, come pubblicamente affermato dal Ministro della salute.

È evidente che non basta aumentare il finanziamento di un sistema sanitario, sia esso basato sulla fiscalità generale che assicurativo, per garantire efficacia ed efficienza delle cure. È pur vero che il PNRR prevede per l'Italia finanziamenti dedicati al mondo sanitario (circa 15 miliardi) ma se si fa eccezione per l'Assistenza domiciliare integrata (ADI) le risorse sono quasi tutte destinate agli investimenti.

E' vero che il finanziamento pubblico del SSN in Italia è basso (lo è da sempre) ma la sostenibilità del debito italiano, che salirebbe ad oltre 3000 miliardi nel 2025, potrebbe non essere garantita dall'aumento incontrollato degli interessi a meno che non cresca l'economia e quindi il PIL nazionale.

In questo particolare momento storico appare complesso e difficile intervenire con aumenti che Alcuni indicano in almeno 20 miliardi di euro, valori anche ben più alti in alcuni studi previsionali proiettati al 2050 (meridiano sanità –Ambrosetti), per i ben noti problemi legati all'invecchiamento e alle conseguenti patologie croniche che lo accompagnano.

I livelli essenziali di assistenza (anche se dovrebbe essere più corretto parlare di tipologie di assistenza) sono individuati contestualmente alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica.

In altri termini se il finanziamento è insufficiente la fruibilità dei servizi, delle attività e delle prestazioni può essere integrata da alcune condizioni applicative:

La riduzione dell'offerta nell'ambito delle specifiche funzioni nelle quali si articolano le tipologie essenziali di assistenza e/o la loro conversione in altre funzioni;

La partecipazione alle spese da parte degli assistiti;

La inclusione (liste positive) e la esclusione (liste negative) della fruizione di determinate prestazioni da parte di talune categorie di assistiti;

La limitazione temporale della fruizione di talune prestazioni nel corso dell'anno;

La erogazione in forma indiretta di talune prestazioni ed il relativo regime di rimborso.

Immagino le reazioni a queste proposte che scrivemmo oltre 20 anni fa (*Guzzanti E, Mastrobuono I. I livelli essenziali di assistenza: L'evoluzione e l'interpretazione della normativa, i problemi e le proposte. Mondo Sanitario. 2001;VIII -7-8:17-36*).

Mentre il finanziamento pubblico è condizionato dal pesante debito pubblico (e lo sarà ancora per molto tempo), la spesa privata sfiora i 40 miliardi, fenomeno che peraltro avviene in tutti Paesi europei e non solo. La spesa privata, soprattutto "out of pocket" (di tasca propria e quindi libera!) è spesso messa in relazione all'impossibilità di ricorrere al SSN ma non sempre ciò è vero come ha dimostrato in più studi e ricerche il Censis.

Il cittadino, non solo appartenente alle fasce di reddito più alte o medio-alte, sceglie la struttura, il medico e il team di riferimento (che rimangono gli stessi negli incontri successivi), in molti casi la prestazione è più "conveniente" rispetto ai ticket per l'accesso al SSN, e il cittadino ottiene le prestazioni in tempi brevi. Molte strutture private autorizzate ed accreditate garantiscono centinaia di prestazioni diagnostiche a prezzi appena superiori a quelli dei ticket in tempi rapidissimi.

Complessivamente, nel 2021 la spesa sanitaria pubblica e privata italiana ammontava a 168 miliardi di euro, pari al 9,5% del PIL, in linea con l'Europa. Il settore privato genera salute e PIL, anche se in un Paese caratterizzato da una certa dose di "infedeltà fiscale" una quota certamente "sfugge" alla tassazione, cosa che non succede (obbligo di fattura per i rimborsi) per i circa 5 miliardi (dei 40 totali) gestiti dai 318 fondi/società di mutuo esistenti con oltre 15 milioni di iscritti (dati Anagrafe dei fondi 2020).

Dalla prima indagine condotta (Mastrobuono 1996) risultarono poco più di 1 milione di iscritti ad alcuni fondi storici. Oggi questo mondo è cresciuto straordinariamente, entrando a fare parte del cosiddetto "welfare aziendale" inserito nel "Jobs Act" con la defiscalizzazione fino a 3.200 euro pro-capite per la salute.

Le SMS e i fondi integrativi sono sempre esistiti prima e dopo la 833/78 e fanno parte del grande mondo della mutualità che è un valore nazionale, tutelato dalla Costituzione ed inserito nella legge

833 con la citazione “la mutualità volontaria è libera”. Sono stati preziosi durante la pandemia continuando a garantire prestazioni nelle strutture con loro convenzionate.

I cosiddetti vantaggi fiscali di cui godono i fondi e le SMS (vedi Bocconi e Agenzia delle entrate 2019) ammontano a circa 6/700 milioni, che, qualora aboliti, non si può garantire vadano al SSN, senza escludere la possibilità che i fondi stessi si trasformino in società di mutuo soccorso alle quali sono costituzionalmente garantite agevolazioni fiscali.

Recentemente (settembre 2022) è stato istituito l’Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi (OFSI), di cui mi onoro di fare parte con compiti di studio e ricerca per implementare una governance istituzionale dei fondi, nonché aggiornare la normativa “nel rispetto dei principi di universalità, uguaglianza, equità nell’accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari, nonché della centralità della persona e della globalità della copertura assistenziale”.

Ma il tema sul quale sembra esserci un certo accanimento quando si parla di “privatizzazione” della sanità è rappresentato dalle strutture private accreditate, in particolare ospedaliere. La macchina ospedaliera italiana mette a disposizione 185.000 posti letto (valore tra i più bassi d’Europa, anche per i p.l post-acuzie) di cui 129.000 sono in ospedali pubblici e 56.000 nei privati accreditati (soprattutto riabilitazione che il pubblico eroga con difficoltà). Si sono registrati durante la pandemia circa 6,4 milioni di ricoveri (rispetto agli 8 pre-pandemia) con 48 milioni di giornate di degenza di cui il 71,7% negli ospedali pubblici ed il 28,3% nel privato accreditato.

Se si sfoglia il rapporto sulla qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani (Agenas 2021 su dati PNE) spiccano le strutture private accreditate in alcuni settori strategici come il sistema nervoso, il respiratorio, la chirurgia oncologica e l’osteo-muscolare. Il SSN si avvale delle strutture private ad integrazione di quelle pubbliche sulla base del fabbisogno e con un budget globale che è rimasto quello del 2011 (DL n.95 del governo Monti!).

Di seguito le riflessioni (personali ovviamente) che nascono dalla rappresentazione di questo scenario:

1. il Servizio sanitario nazionale abbisogna di maggiori risorse (non solo negli investimenti ma soprattutto per parte corrente) ma è molto difficile che si possano raggiungere cifre importanti del fondo sanitario nazionale in costanza di un debito pubblico in crescita;
2. le tipologie di assistenza (LEA) sono erogate in base ai finanziamenti e se questi non sono sufficienti (e difficilmente lo saranno) bisognerà onestamente ammetterlo. Per quanto sia possibile riorganizzare, re-ingegnerizzare attività e prestazioni (professionisti permettendo) non si riuscirà a garantire tutto (ammesso che i LEA individuino questo tutto) a tutti;
3. la spesa privata non è il male assoluto ed il suo aumento non è solo specchio di un Servizio sanitario nazionale che non funziona ma di una Società che è molto cambiata, che vuole risposte rapide, che vuole scegliere il medico al quale affidarsi (basta dare uno sguardo ai siti che elencano i migliori medici per disciplina), che cerca strutture per lui adeguate ed efficienti. Lo fa con risorse proprie, libere, non contingentabili né indirizzabili;
4. la spesa intermediata da fondi, società di mutuo soccorso, casse, è una parte (piccola) di quella privata, è inserita nel welfare aziendale che dà risposte concrete ai lavoratori (più giovani). I fondi investono spesso in prevenzione con dati che potrebbero essere di grande utilità per un sinergico scambio di informazioni con il SSN in un’ottica di collaborazione e non di antitesi;
5. Il ruolo dei privati con il SSN, soprattutto dei privati ospedalieri accreditati, è fondamentale in un Paese che ha il più basso indice di posti letto per acuti e post-acuti d’Europa, soprattutto nel campo della riabilitazione destinata ad aumentare nei prossimi anni: non ha senso invocarne il

contingentamento! Ma è tutto il mondo del privato autorizzato ed accreditato, ospedaliero e non, che meriterebbe di essere valorizzato approdando finalmente ad un concetto più moderno di accreditamento, superando le barriere dei budget vincolanti (spesso superati) e dell'impossibilità dello scambio di personale, per giungere ad una integrazione moderna al passo con i tempi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114632

Sanità pubblica tra problemi e narrazioni. La voce info



Sanità pubblica tra problemi e narrazioni

DI MASSIMO BORDIGNON E GILBERTO TURATI / IL 05/06/2023 / IN SANITÀ

Cosa pensano i cittadini del Servizio sanitario nazionale? Le percezioni non sempre coincidono con i fatti. Per esempio, non è vero che la spesa sanitaria è diminuita negli ultimi anni. Ma i giovani sono più consci delle future difficoltà di finanziamento.

Il Servizio sanitario nella percezione degli italiani

Che cosa sanno gli italiani degli ultimi vent'anni di storia del Servizio sanitario nazionale? E quali sono le loro opinioni in merito al futuro della sanità pubblica in Italia? In una recente ricerca per il **Laboratorio Futuro** dell'Istituto Toniolo abbiamo provato a cercare qualche risposta alle due domande attraverso una indagine su un campione rappresentativo composto da 3 mila cittadini italiani tra 18 e 64 anni condotta da Ipsos tra marzo e aprile dello scorso anno. Sono venuti fuori risultati interessanti, che possono essere utili per impostare una riflessione sempre più urgente su quello che realmente si



PAROLA AI NUMERI | ECONOMIA ARGENTINA



LAVOCE.INFO AL FESTIVAL INTERNAZIONALE DELL'ECONOMIA | TORINO 1-4 GIUGNO



ISCRIVITI ALLA NEWSLETTER

Resta sempre aggiornato sugli ultimi articoli con la nostra newsletter.

Email

Consenso al trattamento dei dati personali:

Accetto Non accetto

Unione europea della salute: s'intensifica la lotta alla resistenza antimicrobica con l'approccio "One Health". Il Sole24ore



La Commissione accoglie con soddisfazione l'odierna adozione da parte del Consiglio dell'Unione europea della proposta della Commissione volta a potenziare l'azione dell'UE contro la resistenza antimicrobica.

Annunciata il 26 aprile insieme alla revisione della legislazione farmaceutica ad opera della Commissione, la raccomandazione sulla resistenza antimicrobica contribuisce a combattere tale problema nei settori della salute umana, animale e ambientale, seguendo il cosiddetto approccio "One Health".

"Oggi è un buon giorno per la salute - commenta **Margaritis Schinas**, vicepresidente per la Promozione dello stile di vita europeo - . Non solo per la salute umana, ma anche per quella degli animali e per un ambiente sano! Grazie all'azione rapida della presidenza svedese e dei ministri della Sanità abbiamo una raccomandazione del Consiglio sulla resistenza antimicrobica. La nostra lotta contro la resistenza antimicrobica sarà lunga, ma questa raccomandazione rappresenta una pietra miliare".

La raccomandazione si concentra su prevenzione e controllo delle infezioni, sorveglianza e monitoraggio, innovazione e disponibilità di antimicrobici efficienti, uso prudente degli antimicrobici e cooperazione tra gli Stati membri e a livello mondiale.

Per il 2030 sono stati fissati a livello dell'UE diversi obiettivi, definiti insieme al Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC):

- una riduzione del 20% del consumo complessivo di antibiotici negli esseri umani;
- almeno il 65% del consumo complessivo di antibiotici negli esseri umani dovrebbe essere efficace (uso dell'antibiotico giusto);
- una riduzione delle infezioni provocate da 3 batteri chiave resistenti agli antibiotici, obiettivo che si applicherà principalmente agli ospedali.

Tali obiettivi raccomandati a livello dell'UE, e tradotti a livello nazionale per ciascuno Stato membro, aiuteranno l'UE a contrastare la resistenza antimicrobica, tenendo conto delle specificità nazionali senza compromettere la salute e la sicurezza dei pazienti; permetteranno anche di monitorare meglio le infezioni e il consumo di antibiotici nei prossimi anni e di calibrare di conseguenza l'elaborazione delle politiche.

La raccomandazione conferma inoltre la leadership internazionale dell'UE in materia di resistenza antimicrobica e chiede alla Commissione e agli Stati membri di includere tale tema nell'accordo sulle pandemie in fase di negoziazione. Essa invita inoltre a mantenere la resistenza antimicrobica in cima all'agenda del G7 e del G20.

Gli antimicrobici sono medicinali di importanza cruciale. Nel corso degli anni, però, il loro uso eccessivo e improprio ha portato a un aumento della resistenza antimicrobica, il che significa che gli antimicrobici perdono efficacia e il trattamento delle infezioni è sempre più difficile quando non impossibile. In aprile la Commissione ha pertanto incluso nel pacchetto farmaceutico una proposta di raccomandazione del Consiglio che contiene misure complementari. La revisione della

legislazione farmaceutica dell'UE mira in effetti anche a promuovere lo sviluppo di nuovi antimicrobici innovativi, come pure a garantire un uso prudente degli antimicrobici e a ridurre l'impatto sull'ambiente.

Dal canto suo **Stella Kyriakides**, Commissaria per la Salute e la sicurezza alimentare accoglie "con favore l'adozione in tempi record da parte del Consiglio della nostra proposta, contenente misure più incisive per combattere la resistenza antimicrobica: questo mostra chiaramente che l'Unione europea è determinata a combattere la resistenza antimicrobica con la massima urgenza, aspetto fondamentale di un'Unione europea della salute forte e capace di proteggere i suoi cittadini". "Ora ci siamo dotati di obiettivi chiari per affrontare una grave minaccia sanitaria - conclude - che ogni anno costa la vita a 35 000 persone nell'UE. Desidero ringraziare la presidenza svedese per gli sforzi e l'attenzione dedicati a questo tema così importante".

Per il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, che oggi ha partecipato al Consiglio dei ministri della Salute Ue in Lussemburgo, "la raccomandazione adottata dal Consiglio Ue costituisce un importante ulteriore strumento nel contrastare le infezioni resistenti agli antibiotici investendo prioritariamente nell'uso mirato e consapevole degli antibiotici, sostenendo la ricerca e promuovendo test diagnostici rapidi e una comunicazione efficace in un contesto One Health. Limitare l'uso inappropriato di antimicrobici è infatti cruciale per ridurre le infezioni resistenti sia nell'uomo che negli animali".

Il ministro nel suo intervento ha rimarcato l'importanza dell'accento posto sul rafforzamento della prevenzione e del controllo delle infezioni "che rappresenta una priorità, in particolare nelle strutture di ricovero e cura, e sulla necessità di solidi sistemi di sorveglianza e monitoraggio della resistenza antimicrobica e del consumo di antimicrobici nella salute umana, animale e vegetale". In merito alla sensibilizzazione, educazione e formazione dei professionisti sanitari, il ministro ha sostenuto che "è importante che i programmi di formazione continua e i curricula includano una formazione intersettoriale obbligatoria sulla prevenzione e controllo delle infezioni, sui rischi ambientali e sulla biosicurezza associati all'antimicrobico resistenza".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-06-13/unione-europea-salute-s-intensifica-lotta-resistenza-antimicrobica-l-approccio-one-health-114232.php?uuid=AE7fHufD&cmpid=nlqf>

Lo studio: "Gli umani hanno estratto talmente tanta acqua dal sottosuolo che l'asse della Terra si è spostato". Enrico Franceschini, *La Repubblica*

la Repubblica

Enrico Franceschini

Lo afferma una ricerca degli scienziati dell'università di Seul. Un fenomeno che si stima possa modificare in futuro il clima del pianeta

LONDRA – Gli esseri umani hanno estratto talmente tanta acqua dal sottosuolo che l'asse della Terra si è spostato verso est di quasi un metro. Lo rivela una ricerca di scienziati dell'università di [Seul](#) citata dal sito americano di informazione *Axios*. In futuro il fenomeno potrebbe [influire sul clima del nostro pianeta](#), alterandone le stagioni.

Per il momento quanto è stato riscontrato dagli studiosi sudcoreani non ha provocato cambiamenti climatici. L'asse terrestre si sposta per cause naturali di vari metri all'anno. L'ulteriore deviazione registrata dagli scienziati è stata soltanto di 78 centimetri ed è avvenuta in un lungo periodo di tempo, fra il 1993 e il 2010. Inoltre, ricerche precedenti avevano già segnalato il fenomeno, attribuendone le cause principali allo [scioglimento dei ghiacci](#), anch'esso causato dall'effetto serra, e da molteplici attività umane, tra cui l'estrazione di acque sotterranee.

Ora tuttavia quest'ultima attività, la crescente estrazione della falda acquifera per vari usi industriali e d'altro genere, appare come un elemento maggiormente significativo di quanto era stato riscontrato in passato. "La redistribuzione delle acque del sottosuolo ha in realtà avuto il maggiore impatto sullo spostamento dell'asse attorno a cui ruota la Terra", afferma il geofisico Ki-Weon Seo nello studio in questione.

In pratica, quando una grande quantità di acqua viene rimossa dal sottosuolo, il centro di gravità del pianeta si muove. Ora gli scienziati hanno verificato che, nei diciassette anni fra il 1993 e il 2010, l'asse della Terra si è spostato verso 64.16 gradi Est alla velocità di 4,36 centimetri all'anno, equivalente appunto a un totale di 78 centimetri, a causa dello svuotamento delle risorse acquifere sotterranee. Il cambiamento non influisce per adesso sulle stagioni, conclude lo studio, ma nel lungo tempo potrebbe modificare il clima del nostro pianeta.

https://www.repubblica.it/esteri/2023/06/18/news/estrazione_acqua_sottosuolo_spostamento_asse_terra-404912095/?ref=RHLF-BG-I404893014-P11-S1-T1

la Repubblica

di Donatella Zorzetto

Il rapporto 'Sea Care' presentato dall'Iss rivela la presenza di SARS-CoV-2 in diverse zone del pianeta. Cresce l'allarme inquinanti in grado di trasportare microrganismi pericolosi per l'uomo. Intanto la variante Arturo sta per superare Kraken

Nuotare tra il Covid non è solo un'immagine inquietante evocata dal caldo di questi giorni, al ricordo di una pandemia che sembrava infinita, è la realtà portata alla luce da diversi progetti istituzionali a difesa del mare. Fra questi c'è 'Sea Care', frutto della partnership fra Iss, Sistema nazionale per la protezione ambientale, Marina militare e alcune Università, in cui i ricercatori sono saliti a bordo delle navi della Marina per poter effettuare campionamenti in tutti gli oceani.

In acqua tra virus e batteri

Cos'è emerso dalle analisi delle acque? Si è visto che erano presenti diverse specie di virus e batteri. Ma è risultata anche una cosa che nessuno si aspettava, cioè la presenza di Sars-CoV-2 in alcuni campioni prelevati in mare aperto e in siti diversi. Cosa che, secondo i ricercatori, "rappresenta un segno tangibile della pervasività raggiunta dal virus", con tutta probabilità trascinato nei mari e negli oceani da scarichi di acque reflue inefficienti in alcune aree del pianeta.

Ma c'è anche altro: i batteri appartenenti al genere Vibrio si stanno moltiplicando nei luoghi in cui erano già presenti e stanno colonizzando aree finora indenni, favoriti da condizioni di salinità e più elevate temperature. Questi vibriani possono essere considerati indicatori di cambiamento climatico, perché aumentano mentre il pianeta surriscaldato altera gli oceani.

Microrganismi pericolosi nelle microplastiche

E poi c'è il capitolo microplastiche, a loro volta preoccupanti perché in grado di trasportare microrganismi pericolosi. Sono state trovate in diversi campioni, con maggiore prevalenza nei mari più chiusi come il Mediterraneo. Lo studio ha riscontrato, in via preliminare, che è possibile che le microplastiche possano trasferire microrganismi anche pericolosi per l'uomo, favorendone la colonizzazione in aree diverse. Anche i Pfas, sostanze chimiche artificiali altamente inquinanti e diffuse, sono sempre più pervasive in tutto il pianeta, tanto che ne sono state trovate tracce nella gran parte delle acque nazionali e internazionali, e pure in alcuni campioni raccolti al Polo Nord.

Secondo gli scienziati, anche se le concentrazioni riscontrate non sono allarmanti per la salute dell'uomo, il fenomeno è preoccupante, sia come indice della diffusione planetaria dell'inquinante, sia per il fatto che non sono stati ancora studiati gli effetti diretti e indiretti che queste sostanze possono avere sulla salute marina.

Virus al largo: "Risultato inatteso"

Risultati che stupiscono gli esperti. A cominciare dall'Iss (Istituto superiore di sanità). "Il mare ha un ruolo centrale nell'equilibrio dell'ecosistema, che riguarda anche la nostra salute e il nostro benessere - ha detto il direttore generale Andrea Piccioli - . Ed è per questo che stiamo cercando di mettere a sistema tutte le nostre conoscenze con l'obiettivo di valutare il suo stato di salute". "L'impronta dell'attività umana è evidente in tutte le latitudini - ha concluso Piccioli - . Come hanno dimostrato i primi viaggi compiuti in quattro oceani e dieci mari del pianeta, e lo è al punto che vi abbiamo ritrovato sostanze chimiche persistenti usate negli ultimi cinquant'anni fino alle tracce del recente virus Sars-Cov2, che è stato per noi un risultato inatteso".

Covid, 1,2 milioni di casi nel mondo

Intanto, mentre Covid si spinge al largo nei mari e negli oceani, sulla terraferma continua a 'lottare', sotto forma di varianti, che cercano di scalzarsi a vicenda per sopravvivere. Secondo l'ultimo bollettino dell'Oms (Organizzazione mondiale della sanità) ammontano a 1,2 milioni i casi e a oltre 7.100 i decessi causati dal virus nel mondo, negli ultimi 28 giorni: dal 22 maggio al 18 giugno. Rispetto ai 28 giorni precedenti, i nuovi casi sono diminuiti del 48% e i decessi del 58%. L'Italia è terza in Europa per numero di morti nel periodo: in tutto 420 (-36% rispetto ai 28 giorni precedenti), dietro a Spagna (729 vittime. +70%) e Federazione Russa (577. -13%), ed è quinta per numero di decessi nel mondo (dietro a Brasile con 978 vittime, -19%), Spagna,

La variante Arturo ad un passo da Kraken

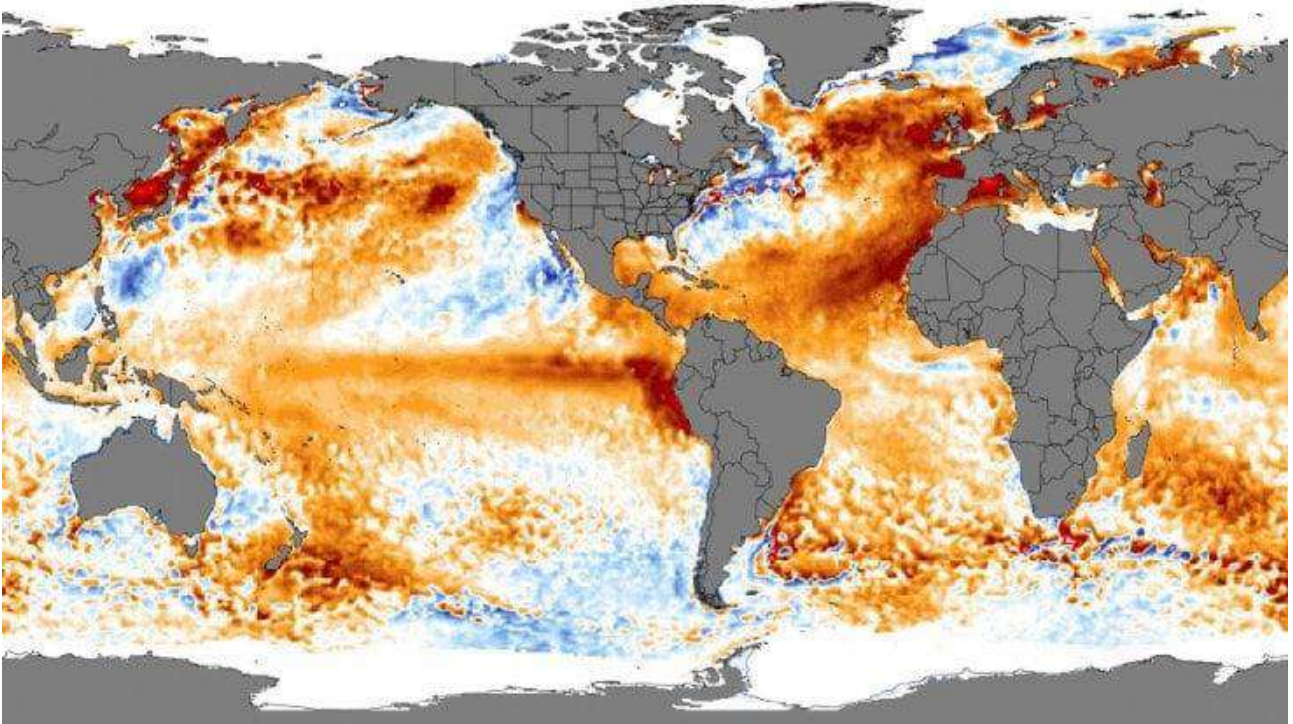
Ma c'è un'altra novità: dopo quasi cinque mesi di dominio, la variante XBB.1.5 (Kraken) sta per cedere il primato di ceppo di SarsCoV2 più diffuso su scala globale a XBB.1.16 (Arturo). Secondo l'ultimo aggiornamento dell'Oms, nella settimana compresa tra il 29 maggio e il 4 giugno, Kraken è stata responsabile del 23,31% dei casi di Covid nel mondo, mentre Arturo del 21,92%. Kraken è in forte discesa: era al 36,7% a inizio maggio e ha visto un calo del 36% in un mese; specularmente Arturo, che si trovava al 14,1% nei primi giorni di maggio è cresciuta del 55%. Nel contempo sono in crescita pure anche le varianti XBB.1.9.2 (al 12%) e XBB.2.3 (al 5%).

https://www.repubblica.it/salute/2023/06/27/news/covid_virus_mare_inquinamento_varianti-405517667/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S3-T1

El Niño, gli effetti che preoccupano gli scienziati: eventi meteorologici estremi e temperature record. Matteo Marini, La Repubblica

la Repubblica

Matteo Marini



Le acque dell'Atlantico raggiungono valori record, il ghiaccio dell'Antartide è ai minimi storici. L'influenza del fenomeno ciclico che riscalda Pacifico si fa già sentire ma produrrà effetti potenzialmente disastrosi sul clima e sull'economia globale nei prossimi anni

Secondo Bhargavi Sakthivel, economista di *Bloomberg*, El Niño arriva nel peggior momento possibile.

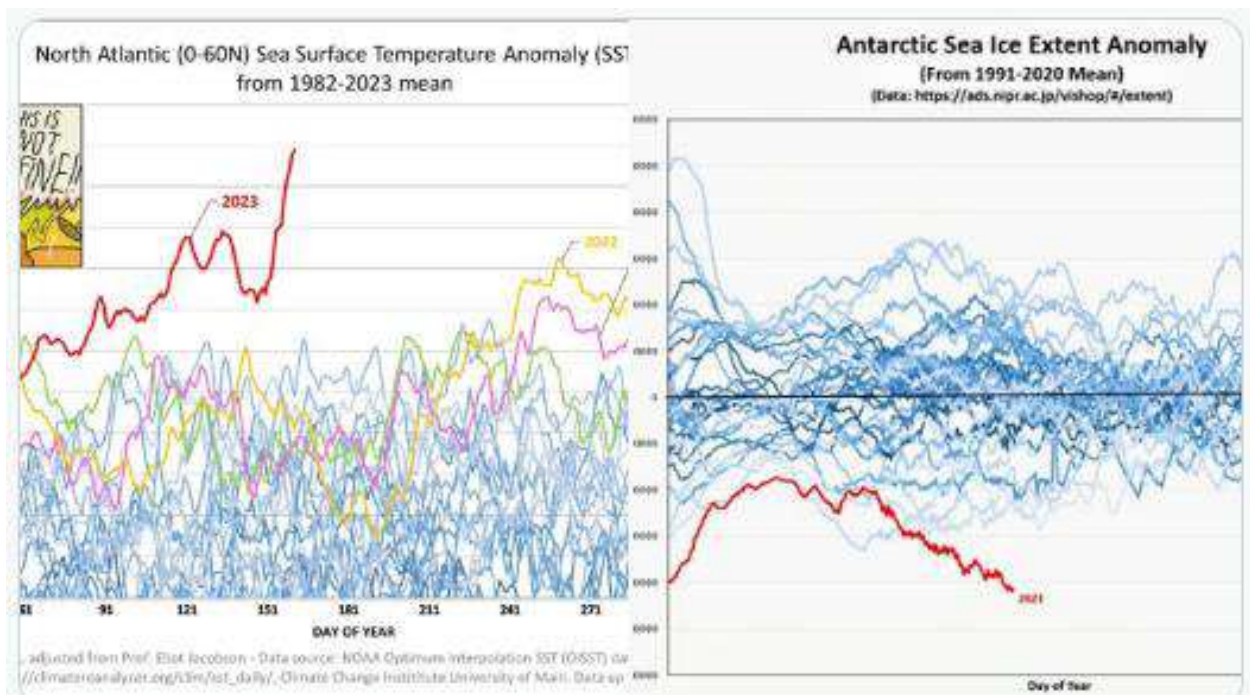
E se la sua analisi è prettamente economica, in questo inizio dell'estate meteorologica, c'è una concomitanza fattori ed eventi che, messi insieme, fanno preoccupare i climatologi, dal riscaldamento delle acque allo scioglimento dei ghiacciai marini.

Dopo un maggio che, [certifica il Noaa](#), è stato il terzo più caldo mai registrato (dai dati europei di Copernicus si tratterebbe del [secondo](#)) mentre il fenomeno di riscaldamento dei mari equatoriali nel Pacifico (El Niño), che cade con una certa regolarità, condiziona tutto il mondo e ha appena iniziato a farsi sentire in un mondo provato da crisi economica, di risorse e dall'inflazione.

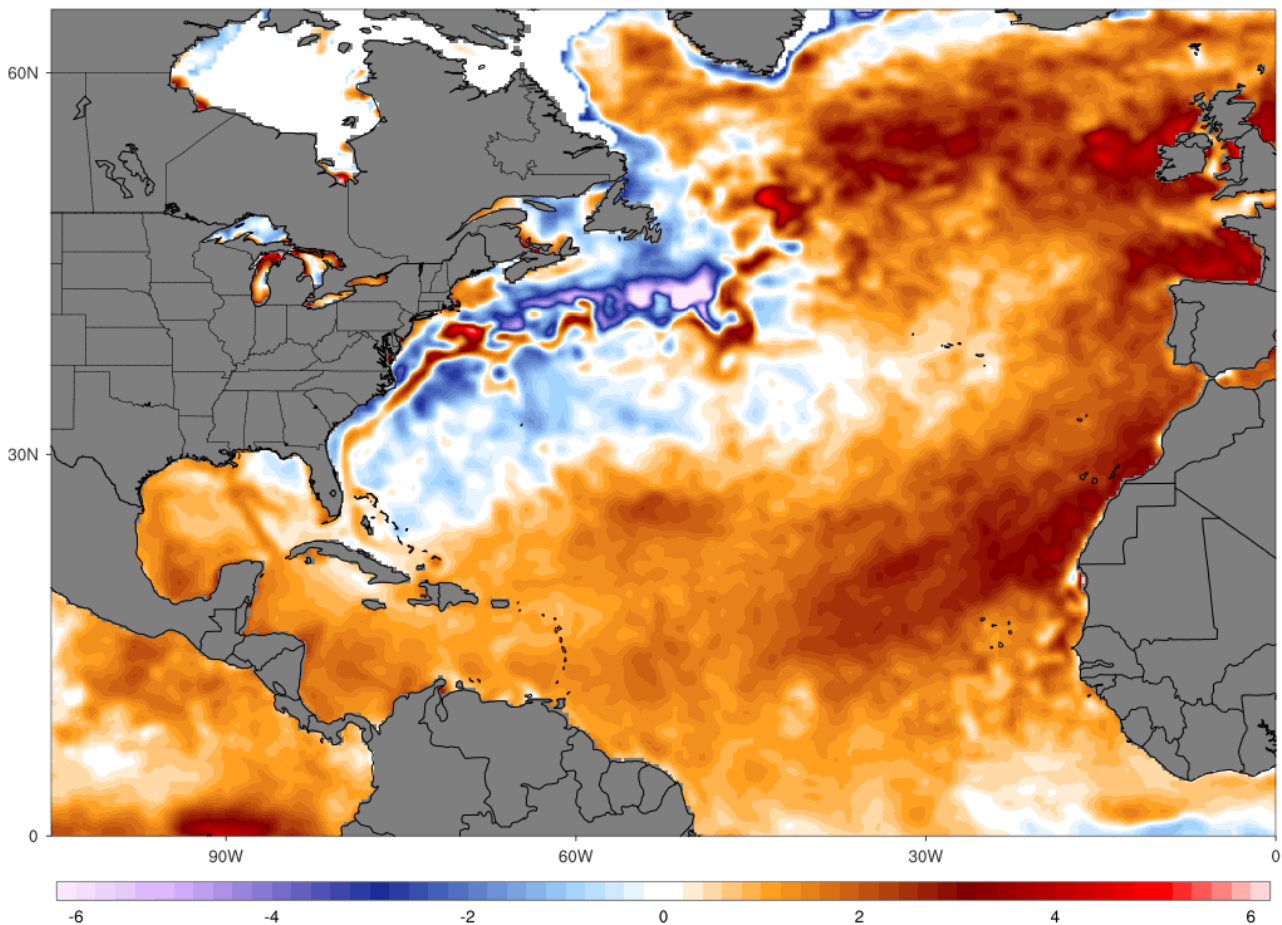
Gli effetti di quella che potrebbe essere una tempesta perfetta li vedremo forse già dai prossimi mesi.

Partiamo dalle misure. Ciò che ha allarmato alcuni scienziati sono alcuni record molto negativi. Innanzi tutto la temperatura dell'Atlantico settentrionale che da marzo fa registrare, praticamente ogni giorno, un livello senza precedenti in oltre 40 anni.

E lo stesso accade per la media di mari e oceani di tutto il globo tra i 60 gradi di latitudine Nord e i 60 gradi sud.



Tra le ragioni di questo riscaldamento così anomalo ci sarebbe, secondo alcuni esperti, anche la mancanza di trasporto di sabbia dal Sahara attraverso l'Atlantico da parte delle correnti. I meteorologi la chiamano "our pal Sal" (il nostro amico Sal, che sta per Saharan air layer) perché ha un effetto di deterrenza per il formarsi di [tempeste tropicali e uragani](#). Ma come una nuvola o la cenere di un'eruzione, è un aerosol che riesce anche a schermare parte della radiazione solare, impedendo alle acque di riscaldarsi. Questo, finora, non è successo. Unito alla scarsità di correnti che hanno, anch'esse, il merito di raffreddare le acque superficiali.

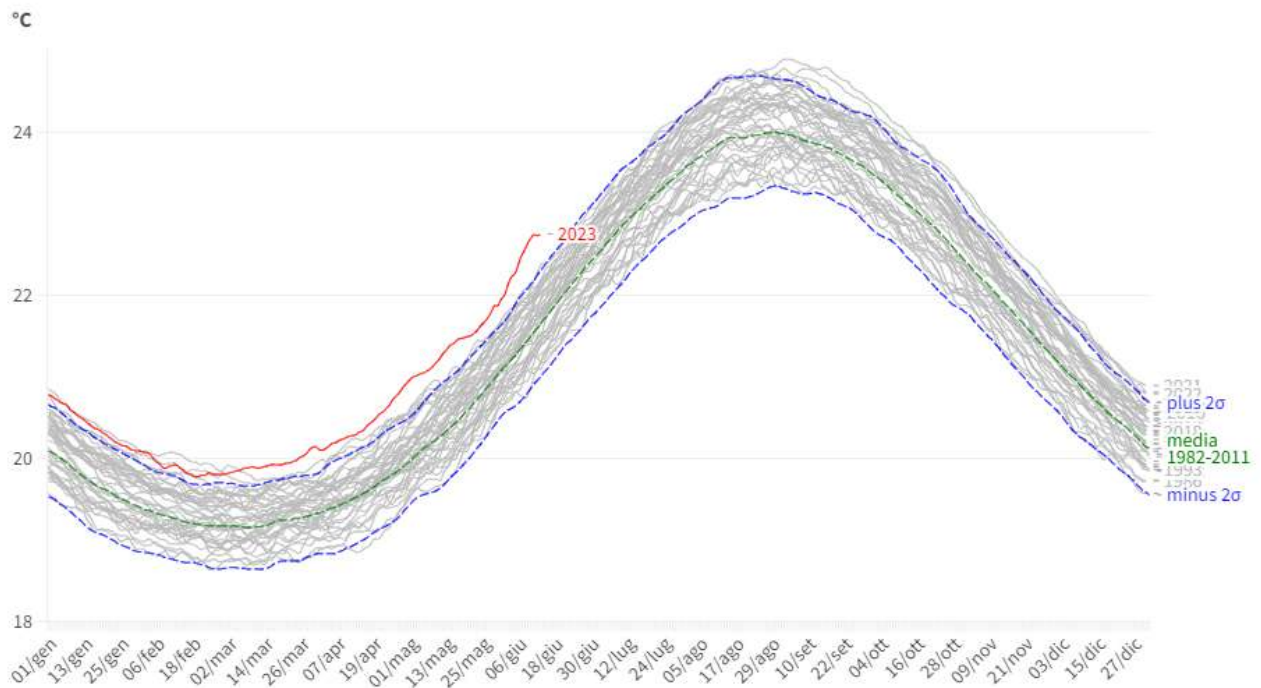


L'anomalia di temperatura superficiale dell'Atlantico il 13 giugno 2023. (Dati Noaa, credits: climatereanalyzer.org)

Da una parte è motivo di preoccupazione, dall'altra, secondo Michael Mann, il climatologo "autore" della celebre *hockey stick*, uno dei grafici simbolo del riscaldamento globale, non è questo il vero motivo di preoccupazione, e non andrebbe esagerato. Perché è il trend che dovrebbe allarmarci, e non da oggi.

Alcuni ipotizzano che c'entri qualcosa anche la riduzione di solfati dagli scarichi delle navi dal 2020, che ha ridotto le emissioni di un particolato che inquinava ma al tempo stesso schermava in parte la radiazione solare. Tuttavia gli esperti non sono tutti d'accordo su questo. Quello che nessuno mette in dubbio, è che anche se si tratta di un evento eccezionale, con una concausa di fattori in un sistema, come quello globale, caotico, è che più calore significa più energia, che dagli oceani passa all'atmosfera, anch'essa mostra temperature anomale ormai diventate una tendenza. Generando eventi estremi che diventeranno (e lo sono già diventati) sempre più frequenti.

Dall'altra parte del mondo, sono i ghiacci a preoccupare. In antartide mancano tre milioni di chilometri quadrati di ghiaccio marino. Non è quello che fa innalzare il livello dei mari, perché è già galleggiante. Ma sciogliendosi sotto l'influenza delle temperature in aumento, dell'atmosfera e delle acque, (così come dell'azione delle correnti che lo frantumano), il bianco, superficie riflettente, lascia spazio allo scuro degli oceani, che assorbe di più la radiazione solare, il calore, che scalda le acque e come un volano riprende il ben noto circolo vizioso.



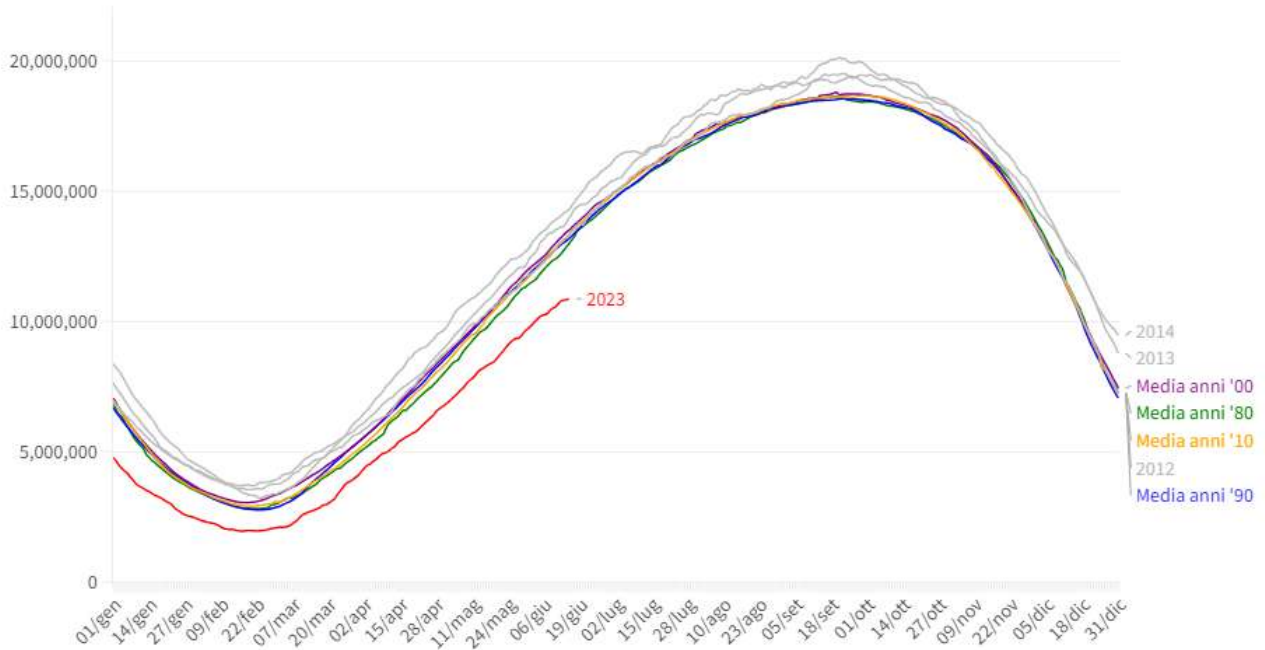
Dati: The NOAA 1/4° Daily Optimum Interpolation Sea Surface Temperature (OISST)

In tutto questo, chi ha iniziato appena a farsi sentire è El Niño. Le previsioni del [National weather service del Noaa](#) non escludono che sia uno "strong El Niño" che perdurerà anche nei prossimi autunno e inverno. Anche questo significherà maggior calore nelle acque oceaniche e di conseguenza in atmosfera.

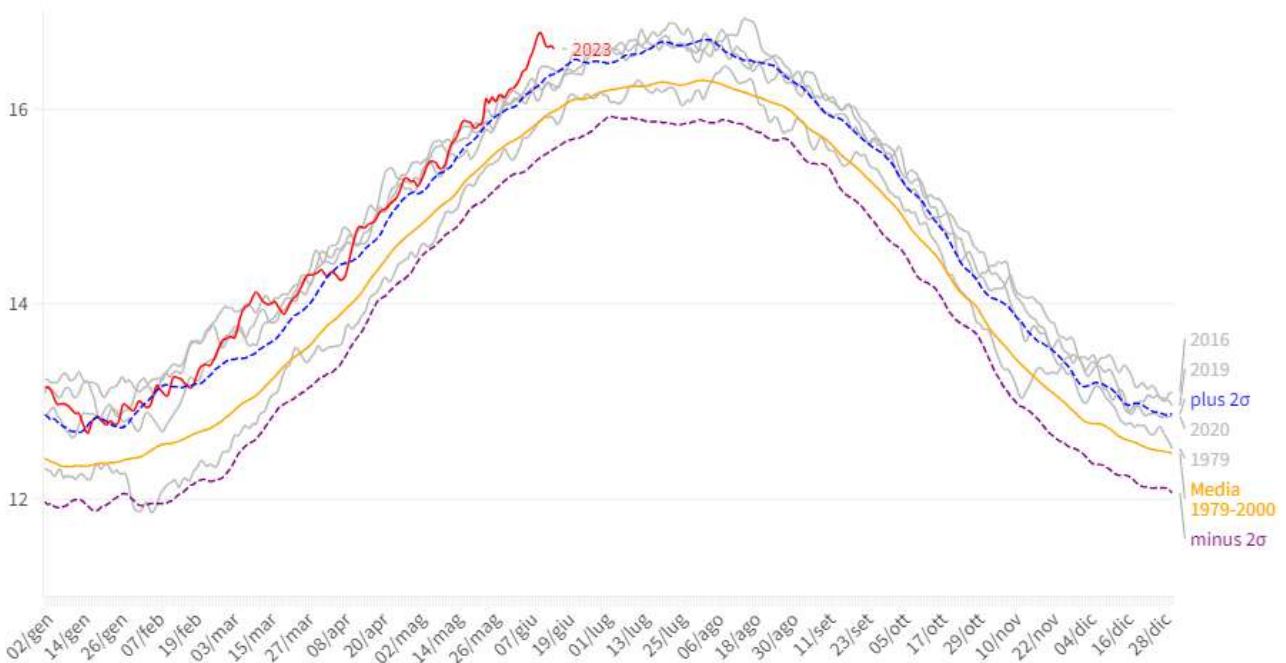
El Niño ha effetti già prevedibili, per esempio sul Sudamerica, dove porta maggiori piogge, l'Asia sud occidentale e l'Australia dovranno affrontare siccità e incendi, che sono già un'emergenza, ormai annuale, in molte parti del globo. Compreso il [Nordamerica nelle ultime settimane](#).

Ma è una [somma di emergenze](#) che, fa notare il professor Mann, avviene in un sistema complesso difficile da interpretare. Dove concorrono comunque cause naturali e intervento umano. Ma El Niño sta arrivando e i suoi effetti si faranno sentire.

Km quadrati



°C



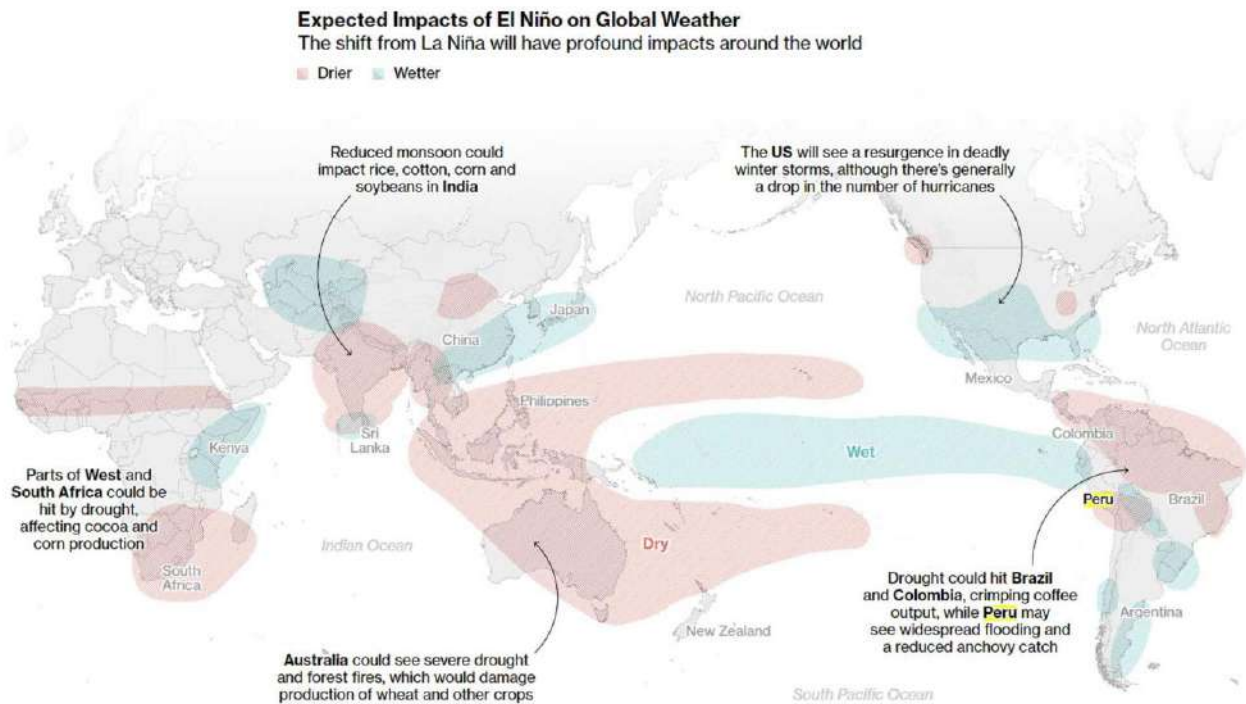
La World meteorological organization (Wmo) si spinge a dire che con El Niño, i prossimi anni saranno i più caldi di sempre con una probabilità del 98%, e che potrebbero [superare addirittura il grado e mezzo](#) rispetto all'epoca preindustriale: la prima soglia obiettivo degli accordi di Parigi sul clima, quella più difficile e che in molti, già sette anni fa, avevano bollato come impossibile.

La minaccia di El Niño sull'economia

Bloomberg, in un'analisi approfondita sui temuti effetti di El Niño, parla di una catastrofe che incombe nei prossimi anni. A cominciare dalla siccità in Oriente e nel Sud est del Pacifico. Al rischio carestia per l'agricoltura di molti settori, si

somma l'aumento di domanda di energia dovuto alle temperature che salgono e alla scarsità di approvvigionamento dovuta alle dighe delle centrali idroelettriche che si svuotano. Una crisi che ha colpito anche l'Italia durante la [grave siccità del 2022](#). Questo ha già costretto, in passato, la Cina a togliere energia a impianti industriali, comprese Apple e Tesla. Alcune zone colpite dalle alluvioni potrebbero veder compromessa l'estrazione di materiali indispensabili per l'elettronica.

Dai [Paesi in via di sviluppo](#), in Africa e Asia soprattutto, saranno sempre più profughi climatici a causa delle carestie che potrebbero compromettere i raccolti e mettere in ginocchio gli allevamenti. Il risultato sarà l'aumento dei prezzi di materie prime e beni di prima necessità come il cibo. E a subirne gli effetti saranno, ovviamente, i più poveri, anche nei Paesi del "primo mondo".



L'impatto globale di El Niño (Fonte: Bloomberg.com)

I costi per far fronte a questi effetti, è la previsione di *Bloomberg*, saranno altissimi. Il Perù, per fare un esempio, prevede di spendere un miliardo di dollari per mitigare i danni che El Niño causerà con forti piogge e alluvioni. Mentre in un'economia globale che ancora tarda a riprendersi dagli effetti dell'inflazione e della crisi dovuta al Covid e alla guerra, l'incubo secondo gli economisti è la stagflazione: alti livelli di inflazione in un contesto di contrazione economica.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/06/15/news/el_nino_meteo_estremo_record_temperatura_crisi_clima-404548420/?ref=RHVB-BG-I271182744-P3-S2-T1

la Repubblica

Il progetto Highlander, guidato da Cineca, rileva le anomalie nelle temperature con una precisione mai vista prima. Comune per comune, quartiere per quartiere. Tutto è cominciato a peggiorare più trent'anni fa, quando il Paese è cambiato anche sul piano sociale ed economico

di Jaime D'Alessandro

27 GIUGNO 2023

Ricordate cosa accadeva 32 anni fa e cosa facevate in quel 1991? Era l'epoca della Guerra del Golfo e della banda della Uno bianca, l'anno della fine del Patto di Varsavia e dell'Unione Sovietica, ma anche della nascita del Word Wide Web, della prima telefonata su rete mobile Gsm in Finlandia, della morte di Freddie Mercury, della pubblicazione di *American Psycho* di Bret Easton Ellis. Forza Italia ancora non esisteva, "mani pulite" sarebbe cominciata di lì a breve e fu sempre in quel periodo che gli stipendi in Italia smisero di crescere e l'ascensore sociale di salire.

Molti degli equilibri del nostro presente vengono da lì e, per pura coincidenza, vale anche per il clima. Avevamo estati che mediamente non prendevano fuoco fin da giugno e inverni che potevano esser chiamati tali. Poi le cose sono cominciate a cambiare. Il 1990 fu particolarmente caldo, seguito da un freddissimo 1991 e da un 1994 di nuovo molto caldo con temperature che a Bari hanno toccato i 44 gradi. Sembravano delle eccezioni, "anni record", che a partire dal 2000 sono diventati sempre più la norma. Già allora era in atto il riscaldamento della Terra, solo dopo però è divenuto così evidente.

I nostri nuovi colori

Lo raccontano bene le strisce climatiche dell'Italia dal 1981 al 2020 realizzate, con un'accuratezza che non ha precedenti, dal progetto Highlander. Usano come sistema di visualizzazione quella sorta di codice a barre inventato dal climatologo inglese [Ed Hawkins](#), professore dell'Università di Reading, che lo ha creato dando un colore alle temperature medie annuali dell'ultimo secolo e mezzo, ovvero dall'inizio della rivoluzione industriale. Blu per quelli freddi che via via si sono diradati virando verso il rosso con l'aumento dei gas serra. Il progetto Highlander, finanziato dalla Comunità europea, è andato oltre concentrandosi sull'Italia, restringendo l'arco temporale e aumentando il fattore di ingrandimento della lente.

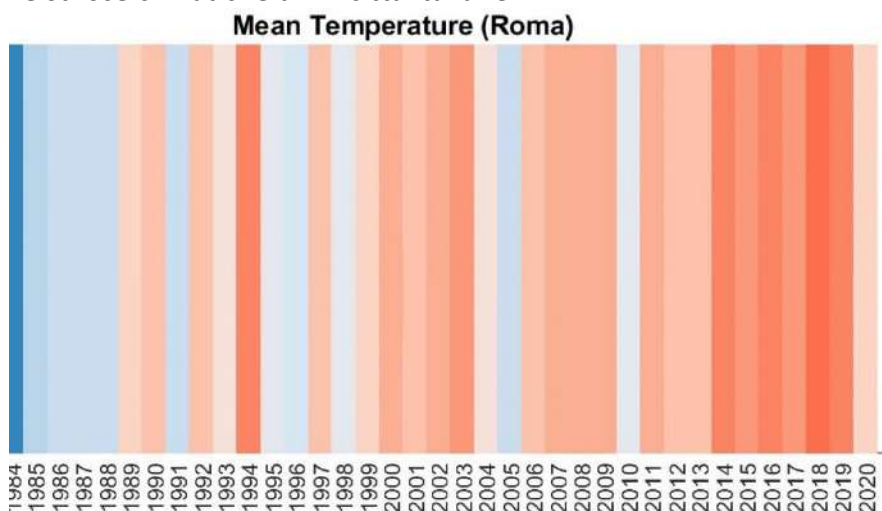
"Abbiamo analizzato una mole di dati enorme grazie al supercomputer Galileo di Bologna", racconta Paola Mercogliano, ricercatrice del Centro euromediterraneo per il cambiamento climatico (Cmcc). "Per questo siamo arrivati ad una rappresentazione tanto minuziosa. Ogni singolo quadrato della griglia di analisi è passato dall'avere un lato di 30 chilometri ad appena due. Questo significa che si può sapere cosa è accaduto nei passati trent'anni non solo in ogni regione, ma anche nei singoli comuni", che nel nostro Paese sono 7901: da Portopalo Di Capo Passero in provincia di Siracusa, estrema punta sud della Sicilia, a Predoi in Trentino-Alto Adige, il più settentrionale di tutti.

Il progetto, guidato dal Cineca, consorzio interuniversitario italiano a cui aderiscono 69 atenei, due ministeri e 27 istituzioni pubbliche, sta producendo un sito interattivo dove si potrà osservare cosa è davvero accaduto a livello nazionale, regionale, comunale su base annua o stagionale. Oltre al Cmcc, ha collaborato anche lo European Centre for Medium-Range Weather Forecasts (Ecmwf) elaborando dati climatici ad alta risoluzione fino al 2070.

Metodo, media e lente di ingrandimento

Per ora ci fermiamo al passato e alle [strisce climatiche](#), visto che sulle proiezioni verrà adoperato un metodo di visualizzazione differente rispetto a quello scelto per il passato. Con una precisione importante rispetto allo schema di Hawkins: la media della temperatura sul periodo 1981-2020 è calcolata su base trentennale, nel nostro caso 1981-2010. Questo perché i climatologi usano spesso questo metro, tre decenni, per avere una media. Dunque, ciò che state guardando sono le variazioni fino al 2020 rispetto alla media registrata dal 1981 al 2010. Dato che l'aumento delle temperature era già iniziato, l'andamento è ancora più allarmante.

Le strisce climatiche di 12 città italiane



Grazie all'accuratezza geografica, si scopre per altro che la situazione cambia sensibilmente secondo l'area che si prende in esame e non è affatto detto che quelle più a sud siano messe peggio. Critiche le anomalie di temperatura a Venezia, Trento, Bologna e Milano, meno pronunciate quelle di Catania, Napoli e Palermo. Nel mezzo Firenze e Roma, che fanno quasi media nazionale. Da un capo all'altro della penisola a soffrire è spesso l'entroterra, basta guardare a Modena, Arezzo e Foggia.

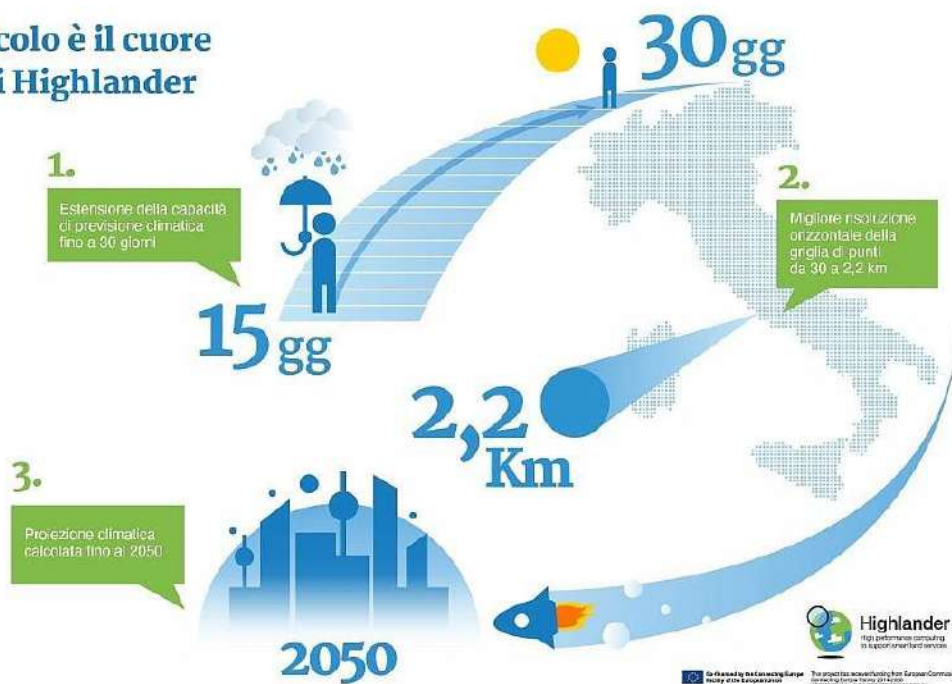
Poter distinguere quel che accade in città o in campagna, in montagna o sulla costa, con un reticolo così stretto da cogliere fenomeni che prima non potevano esser presi in considerazione, non è una novità da poco. Pensate ad un evento temporalesco violento ma localizzato, alle ondate di caldo estive in un quartiere o al poter misurare l'inverno sempre più mite in un comune alpino con poche case. "Il cambiamento climatico non è intuitivo né omogeneo", prosegue Mercogliano. "Una delle zone che si è riscaldata di più ad esempio è la Val Padana. Si tratta di fenomeni complessi. Per ogni area andrebbero prese contromisure specifiche".



Il supercalcolo è il cuore pulsante di Highlander

- 1.**
Per aumentare la previsione da 15 a 30 giorni ed incrementare la risoluzione fino a 2,2 km sono stati utilizzati **6 milioni di ore di calcolo HPC**
- 2.**
Grazie all'HPC le nuove proiezioni climatiche saranno molto più accurate
- 3.**
Per realizzare le proiezioni fino al 2050 serviranno altri **8 milioni di ore di supercalcolo**

I termini supercalcolo e HPC sono sinonimi.



Viene in mente il **Piano Nazionale di Adattamento ai Cambiamenti Climatici (Pnacc)**, immaginato dal 2016 che avrebbe dovuto mettere in sicurezza il territorio individuando gli interventi da compiere. Mentre scriviamo, è in fase di approvazione con i suoi 361 aspetti critici individuati e di conseguenza le opere da fare. Ma non sappiamo ancora quante di queste verranno davvero messe in cantiere.

I danni che non abbiamo ancora calcolato

In qualsiasi comune da noi osservato il colore va sempre dal blu o azzurro degli anni Ottanta e primi Novanta fino al rosso degli anni Dieci. Il blu indica una temperatura per quell'anno da 0,5 a 2 gradi in meno rispetto alla media del trentennio, mentre il rosso intenso degli anni Dieci segnala un aumento di un grado. Ciò vuol dire che lo sbalzo fra i due estremi è stato anche di tre gradi. Del resto, provate a ricordare quando vi siete accorti che tutti o quasi in casa aveano installato l'aria condizionata o ancora quando vi siete resi conto che gli inverni erano sempre più tiepidi.

"È difficile calcolare i danni climatici dagli anni Novanta a oggi. - come spiega spiega Francesco Bosello, professore alla Ca' Foscari di Venezia al dipartimento di Scienze ambientali, informatica e statistica - Il cambiamento climatico era già in atto e le temperature stavano già salendo, eppure la variazione era ancora debole. Ma se è vero che risulta complesso definire quanto tutto ciò sia costato sinora, il cosiddetto problema dell'attribuzione, i modelli climatici ed economici, ci consentono di fare proiezioni coerenti sui costi negli scenari futuri. Man mano che la conoscenza migliora, e le anomalie una costante, le stime dei costi vengono progressivamente riviste al rialzo". In futuro quindi non dovremmo avere problemi a distinguere il prima dal dopo e capire quanto ci sta costando l'aumento delle temperature. Basta guardare alla crescita degli [eventi climatici estremi](#): solo in Italia dall'inizio del 2023 sono aumentati del 135% rispetto a quelli di inizio 2022. Da gennaio a maggio se ne sono registrati 122 contro i 52 degli stessi mesi del 2022.

Gli allagamenti da piogge intense sono la tipologia che si è verificata con più frequenza. Sei le regioni maggiormente colpite: Emilia-Romagna, Sicilia, Piemonte, Lazio, Lombardia, Toscana. La denuncia è di Legambiente, che il 5 giugno ha diffuso i nuovi dati del suo Osservatorio Città Clima per sottolineare che servono politiche più ambiziose accompagnate da interventi concreti sia a livello nazionale sia a livello europeo. Quei dati confermano alcune previsioni del passato ormai diventate

realtà presente. Il Centro comune di ricerca (Jrc) di Siviglia, emanazione della Commissione europea che produce analisi socioeconomiche per l'ideazione, lo sviluppo, l'attuazione e il monitoraggio delle politiche dell'Ue, aveva predetto che l'impatto sull'area mediterranea sarebbe stato cinque volte superiore rispetto a quanto dovrà subire l'Europa del centro-nord. Si andrà ad aggiungere alle disparità economiche che già esistono fra le regioni italiane e fra le fasce della popolazione.

Al piano di adattamento manca un pezzo

Torniamo al Piano Nazionale di Adattamento ai Cambiamenti Climatici, il Pnacc, che ha dichiarato "l'obiettivo principale di fornire un quadro di indirizzo nazionale per l'implementazione di azioni finalizzate a ridurre al minimo i rischi derivanti dai cambiamenti climatici, migliorare la capacità di adattamento dei sistemi naturali, sociali ed economici, nonché trarre vantaggio dalle eventuali opportunità che si potranno presentare con le nuove condizioni". In attesa di poterlo leggere, una volta approvato, nel rapporto preliminare c'è un passaggio interessante.

Allo scopo di valutare la capacità della popolazione di provvedere ai propri bisogni, e quindi anche la capacità della collettività di fronteggiare eventuali situazioni critiche, si spiega che verranno presi in considerazione alcuni fattori: la popolazione inattiva giovanile (0-14 anni) e senile (65 e più anni) rispetto a quella attiva (15-64 anni), la condizione di disagio economico delle famiglie e il tasso di disoccupazione.

"L'indice di dipendenza, ovvero il rapporto tra gli individui in età non attiva e quelli in età attiva, esprime il carico sociale ed economico della popolazione generalmente inattiva: valori superiori al 50% indicano una situazione di squilibrio generazionale".

In Italia, stando al ministero dell'Ambiente e la Sicurezza energetica, non si registrano condizioni particolarmente critiche. Cita però valori riferiti al 2011, con i livelli più elevati di "potenziale disagio economico" al Centro-sud. Si ammette subito dopo, citando l'Istat, che indagini più recenti rivelano un incremento della percentuale di popolazione inattiva a carico di quella attiva, "per cui sarebbero utili dati a scala provinciale più recenti per rappresentare la situazione".

Qualche informazione l'aggiungiamo noi allora, tornando a segnalare le analisi degli economisti Salvatore Morelli, Paolo Acciari e Facundo Alvaredo. Sono basate sui registri delle imposte di successione presentate all'Agenzia delle entrate dal 1995 al 2016. Il nostro Paese è stato investito da una vera e propria inversione delle fortune a partire dalla metà degli anni Novanta e fino al 2016: lo 0,1% più ricco ha visto raddoppiare la sua ricchezza netta media reale da 7,6 milioni di euro a 15,8 milioni, facendo raddoppiare la sua quota sul totale dal 5,5 al 9,3%. Al contrario, il 50% meno benestante controllava l'11,7% della ricchezza totale nel 1995 e il 3,5 nel 2016. Il calo è dell'80%, unico Paese in Europa.

In media si è passati da 27 mila a 7mila euro, cifre entrambe attualizzate al valore del denaro nel 2016. Si è rotto così un patto fondamentale sul quale aveva retto la nostra società nel dopoguerra, la promessa che i figli sarebbero stati meglio dei genitori. In tali condizioni diventa difficile far fronte sul piano personale a disastri naturali come le alluvioni o a imposizioni dall'alto che dall'oggi al domani impongono magari di buttar via tutte le vetture vecchie per passare a quelle nuove meno inquinanti.

Il Paese della precarietà e del clima che cambia

"Nel mercato del lavoro molto è cambiato negli anni Ottanta e Novanta, specie con il pacchetto del ministro Tiziano Treu del 1995", spiega Francesca Coin, sociologa del lavoro in forza alla Scuola universitaria professionale della Svizzera italiana (Supsi) che ha appena pubblicato il saggio *Le grandi dimissioni* (Einaudi).

"Il cambio politico, economico e culturale era iniziato prima, negli anni Ottanta. Quelle norme di maggiore flessibilità sul lavoro erano state pensate per adattarsi alla nuova situazione, sperando di contrastare la disoccupazione. Come abbiamo scoperto in seguito, non hanno affatto avuto l'effetto desiderato. La precarietà nasce in quel periodo così come la narrazione nefasta legata alla flessibilità".

Fra le cause che avevano portato a quella nuova situazione economica, c'erano le delocalizzazioni delle produzioni in Paesi dove la manodopera era più a buon mercato. Fenomeno globale che oggi viene combattuto in primis dagli Stati Uniti, gli stessi che fra i primi l'avevano cavalcata sull'onda delle teorie e le pratiche liberiste dell'economista Milton Friedman. L'Italia faceva eccezione, avendo avuto una difesa alta dei diritti dei lavoratori, poi erosi via via con il continuo taglio dei costi e il crollo della grande industria.

Cosa avremmo potuto fare? La risposta di Francesca Coin è la seguente: "Tutto. C'è stato un disinvestimento enorme nella nostra capacità produttiva, non abbiamo più avuto una vera politica industriale e non investiamo in ricerca e sviluppo. Non abbiamo fatto leva sulle armi che avevamo: pensi alla formazione che produce intelligenze poi costrette a scappare all'estero o che vengono sottoimpiegate in settori con un livello così scarso di innovazione da richiedere solo bassa manovalanza, anche intellettuale. Molto era evitabile".

Dall'adattamento climatico a quello sociale ed economico

In questo contesto si aggiunge la crisi climatica e le elaborazioni del progetto Highlander danno ora un'idea precisa di quali aree sono già state maggiormente colpite. In alcune proiezioni precedenti del Cmcc, diverse aree italiane potrebbero finire per assomigliarsi, come Lazio e Sardegna.

La Pianura padana al contrario rischia di avere le stesse emergenze della Campania, investita d'estate da ondate di caldo che colpiranno vegetazione, animali, persone. Al Sud invece avremo temperature che regolarmente saliranno sopra i 40 gradi. L'agricoltura, il turismo, i valori del settore immobiliare, che rispettivamente da noi valgono il 12, 13 e 15% del Prodotto interno lordo, cambieranno.

Nella divisione Urban, Disaster Risk Management, Resilience and Land Global Practice della Banca Mondiale si aspettano un aumento dell'intensità dei disastri naturali di dieci volte nel giro di appena una decade rispetto a quelli attuali, non fosse altro perché è accaduta la stessa cosa nei dieci anni passati. Credono quindi che le ricostruzioni, come quelle in Mozambico, Honduras o in Malawi dopo il passaggio di alcuni cicloni, non siano più una strategia pensabile. Non si può più intervenire a posteriori, bisogna puntare su prevenzione e strategie di adattamento a lungo termine.

Questione di salute

Nel settore sanitario, sempre riguardo al clima, la pensano allo stesso modo. Parlare di salute pubblica significa prendere in considerazione anche quel che sta accadendo all'ambiente, dato che ha un effetto diretto sulla popolazione. Alcuni medici hanno così preso a collaborare con ecologi, scienziati del clima, economisti e a usare i loro dati per costruire modelli e previsioni in quel campo che viene chiamato "Salute planetaria".

Titolo per altro di un libro interessante curato da Samuel Myers e Howard Frumkin (Franco Angeli). Il primo è ricercatore presso l'Harvard T.H. Chan School of Public Health, il secondo è professore emerito di Scienze della salute ambientale ed ex preside della School of Public Health dell'Università di Washington.

I due sono convinti che non basti più analizzare le evidenze dell'ultima epidemia e trovare un rimedio a posteriori, ma serve anticipare il futuro. Per farlo, gli sguardi tradizionali suddivisi in base

alle varie discipline, sono inadeguati. Bisogna avere un quadro complessivo per trovare soluzioni efficaci.

Non è un caso che la stessa Paola Mercogliano stia coordinando qui da noi il progetto Agora, che fra Germania, Svezia, Spagna e appunto Italia, vuole promuovere la trasformazione sociale per consentire alle comunità locali di affrontare la crisi climatica. Obiettivo che può essere raggiunto solo attraverso un approccio multidisciplinare e integrato. Iniziativa paneuropea nata per condividere strumenti avanzati, pratiche, competenze e bisogni, "interagendo con le scienze per progettare e costruire un'Europa più resiliente". È un progetto di Horizon Europe iniziato nel gennaio 2023.

"Come dicevo all'inizio il cambiamento climatico non è intuitivo, ci troviamo davanti ad una mutazione del nostro Paese molto complessa e spendere male i soldi per l'adattamento è un rischio concreto"

Messaggio molto chiaro. Resta solo da capire se verrà ascoltato, così che si riesca finalmente a lasciare alle nostre spalle le ombre calate negli anni Novanta.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/07/01/news/strisce_climatiche_italia_progetto_highlander_cineca_comuni_precisione_crisi_ambientale-405524064/?ref=RHVB-BG-I271182744-P3-S1-T1

Dalla salute degli oceani, avvertono gli esperti, dipende strettamente anche quella del resto del pianeta e dell'uomo, una prospettiva di 'planetary health' su cui insistono anche gli ultimi trattati approvati dall'Onu sull'argomento, e la cooperazione scientifica e le partnership istituzionali rappresentano la strategia di elezione per produrre conoscenze ed elaborare strategie.

15 GIU -

Il mare sta male, soffocato dall'impatto delle attività umane, in termini di inquinamento 'diretto' o di effetti come i cambiamenti climatici, e i segni del 'passaggio' dell'uomo sono ormai ubiquitari, dal Mediterraneo alle acque del Polo Nord. A fare la diagnosi, sono stati gli esperti riuniti nel convegno "Mare e salute", che si è appena tenuto in ISS con la partecipazione di istituzioni, enti di ricerca e terzo settore impegnati nella prevenzione sanitaria e nella protezione degli ambienti acquatici e marini. Dalla salute degli oceani, avvertono gli esperti, dipende strettamente anche quella del resto del pianeta e dell'uomo, una prospettiva di 'planetary health' su cui insistono anche gli ultimi trattati approvati dall'Onu sull'argomento, e la cooperazione scientifica e le partnership istituzionali rappresentano la strategia di elezione per produrre conoscenze ed elaborare strategie.

"Il mare ha un ruolo centrale nell'equilibrio dell'ecosistema, che riguarda anche la nostra salute e il nostro benessere – ha dichiarato **Andrea Piccioli**, Direttore Generale dell'ISS – ed è per questo stiamo cercando di mettere a sistema tutte le nostre conoscenze per valutare il suo stato di salute, secondo un approccio "one-water" for "one-health". L'impronta dell'attività umana è evidente in tutte le latitudini, come hanno dimostrato i primi viaggi compiuti in quattro oceani e dieci mari del pianeta, e lo è al punto che vi abbiamo ritrovate sostanze chimiche persistenti usate negli ultimi cinquant'anni fino alle tracce del recente virus Sars-Cov2, che è stato per noi un risultato inatteso".

Il Capo di Stato Maggiore della Marina Militare, Ammiraglio di Squadra **Enrico Credendino**, nel corso del suo intervento ha sottolineato come "l'evento ha consentito di approfondire le connessioni tra gli oceani e il benessere della collettività. I mari ricoprono il 70 per cento del nostro pianeta e rappresentano l'imprescindibile elemento per la salute umana; sulla base di questa consapevolezza la Marina è da anni impegnata nel monitoraggio dei parametri ambientali marini utili ad accertarne lo stato di salute e a tutelarne la salvaguardia" proseguendo poi "attraverso le sinergie istituzionali, la condivisione di strategie e la ricerca di un approccio collegiale e federato, la Marina opera quotidianamente per generare una rinnovata consapevolezza nell'ambiente marino. La collaborazione con l'I.S.S. va in questa direzione e costituisce un importante ulteriore mezzo per declinare il ruolo della Forza Armata al servizio del Paese".

Il convegno è stato l'occasione per presentare i dati di diversi progetti interistituzionali a difesa del mare. Fra questi anche 'Sea Care', frutto della partnership fra ISS, Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA), Marina Militare e alcune Università, in cui i ricercatori salgono materialmente a bordo delle navi della Marina Militare per poter effettuare campionamenti in tutti gli oceani, e le azioni del PNRR MER – Marine Ecosystem Restoration, a cura di ISPRA, sotto l'egida del Ministero dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica.

Il progetto Sea Care, dagli Pfas al Polo Nord alle microplastiche che 'trasportano' i virus

Il progetto di ricerca sui rischi per la salute correlati ad ambiente e clima nella visione Planetary Health, il primo al mondo di questa portata e con questa metodologia, ha una durata di tre anni e si realizza attraverso un sistema strutturato di monitoraggio che raccoglie campioni e effettua misure

e analisi lungo le rotte ordinarie sia della nave scuola Amerigo Vespucci che di altre unità navali della Marina Militare in mare aperto, su acque territoriali e internazionali, al fine di raccogliere dati sullo stato di salute del mare.

Dalle analisi è emersa la presenza negli oceani di diverse specie di virus e batteri.

I batteri appartenenti al genere *Vibrio* (circa 100 specie), ubiquitari nell'ambiente marino e includenti una decina di specie patogene per l'uomo, possono essere considerati indicatori di cambiamento climatico. Mentre il pianeta surriscaldato altera gli oceani, innalzando il livello del mare e alimentando tempeste più violente, i vibrioni si stanno moltiplicando nei luoghi in cui erano già presenti e stanno colonizzando aree finora indenni, favoriti da condizioni di salinità e più elevate temperature. Inaspettato inoltre è il riscontro in alcuni campioni in mare aperto in siti diversi della presenza del SARS-COV-2, un segno sia della pervasività raggiunta dal virus che, probabilmente, di scarichi di acque reflue inefficienti in talune aree del pianeta.

Le microplastiche, uno dei temi più attuali per la salute del mare, sono state trovate in diversi campioni con maggiore prevalenza nei mari più chiusi come il Mediterraneo, grazie all'applicazione di metodiche utilizzate in routine per la "strategia marina" dall'ARPAER. Uno 'studio nello studio' eseguito su aree marine contigue ha riscontrato, in via preliminare, che è possibile che le microplastiche possano a loro volta 'trasportare' microrganismi anche pericolosi per l'uomo, favorendone la colonizzazione in aree diverse, fenomeno di particolare preoccupazione in quanto la proliferazione di patogeni (fra cui in particolare le specie del genere *Vibrio*, ma anche agenti virali), favorita da condizioni di salinità e temperature alterate dal cambiamento climatico, potrebbe aprire nuovi scenari di rischio.

Anche i PFAS e altri inquinanti ormai al centro delle cronache, sono sempre più pervasivi in tutto il pianeta, tanto che sono state trovate tracce di queste sostanze nella gran parte delle acque nazionali e internazionali, persino in campioni raccolti al Polo Nord. Anche se le concentrazioni riscontrate non sono preoccupanti per la salute dell'uomo, il fenomeno è preoccupante sia come indice della diffusione planetaria dell'inquinante che per il fatto che non sono stati ancora studiati gli effetti diretti e indiretti che queste sostanze possono avere sulla salute marina.

Il progetto rappresenta un contesto straordinario anche per lo sviluppo di nuove tecniche analitiche, come nel caso dei metodi di ricerca "untarget" per la ricerca di inquinanti in assenza di standard analitici e di metodi rapidi strumenti con sensori spettroscopici miniaturizzati, sviluppati rispettivamente dalle Università di Padova e "La Sapienza" di Roma, con un notevole potenziale per la caratterizzazione dell'insieme degli inquinanti antropici nelle acque marine.

L'importanza del progetto

Tra gli obiettivi principali del progetto, in linea con l'approccio "one-water" for "one-health", c'è la creazione di un partenariato stabile e di un approccio metodologico uniforme e sostenibile per superare i limiti delle attuali analisi sito-specifiche sugli ambienti marini, spesso condotte con metodi disomogenei e in aree confinate dell'"oceano globale" e restituire un quadro complessivo della contaminazione dei nostri mari e di come ciò impatta sulla salute umana, anche in relazione ai cambiamenti climatici. Durante il convegno sono stati presentati i primi dati ottenuti dalle analisi sui campionamenti, che hanno suggerito alcune osservazioni preliminari. Il progetto è anche una efficace palestra per lo sviluppo della Public health Intelligence, curata dal gruppo di malattie infettive di ISS, in grado di tracciare gli scenari COVID-19 ed eventuali altri focolai epidemici, con focus sui paesi di attracco durante la navigazione.

Il modello unico e originale di sinergia istituzionale che caratterizza il progetto Sea Care, in via di introduzione negli impegni della Water Agenda ONU 2030 a seguito della recente Conferenza Mondiale sull'acqua di New York 2023, sta raccogliendo un crescente interesse internazionale quale

approccio sostenibile in grado di garantire campionamenti e misure estensive e prolungate. Di fronte a sfide globali senza precedenti sul fronte ambientale-climatico in ambienti di straordinaria estensione e complessità quali gli oceani, l'approccio proposto è in grado di fornire fotografie straordinariamente estese, omogenee e sinottiche degli impatti delle azioni umane sugli ambienti marini, con prospettive di sviluppo di indicatori armonizzati di impatto antropico, anche per misurare gli effetti della attesa transizione verde sul mare e quindi sulla nostra salute.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=114704

di Andrea Piccioli

L'Italia sta affrontando crisi ambientali e climatiche sempre più gravi, come dimostrano anche le cronache recenti dall'Emilia Romagna, che colpiscono ecosistemi e falde già alterate da forti pressioni antropiche e infrastrutture idriche spesso obsolete, con seri impatti sugli ecosistemi e sulla disponibilità e qualità dell'acqua, ostacolando il raggiungimento del SDG6

15 GIU -

Il concetto di 'One Health', che sta diventando sempre più familiare negli ultimi anni, deve andare a braccetto con quello di 'One Water', così come espresso negli obiettivi di sviluppo dell'Onu, un approccio che chiede di considerare unitariamente l'accesso universale all'acqua e ai servizi igienici e il suo uso sostenibile, tenendo conto dei potenziali rischi per la salute umana da possibili danni agli ecosistemi acquatici, ad esempio derivanti da contaminazioni. Questo cambio di visione, fortemente promosso anche dall'ultima Conferenza delle Nazioni Unite sull'Acqua, è stato da tempo abbracciato anche dal nostro Paese, come dimostrano le diverse iniziative che si stanno sviluppando in questi anni, alcune delle quali sono state presentate al convegno 'Mare e Salute' che si è appena tenuto all'Istituto Superiore di Sanità.

L'Italia sta affrontando crisi ambientali e climatiche sempre più gravi, come dimostrano anche le cronache recenti dall'Emilia Romagna, che colpiscono ecosistemi e falde già alterate da forti pressioni antropiche e infrastrutture idriche spesso obsolete, con seri impatti sugli ecosistemi e sulla disponibilità e qualità dell'acqua, ostacolando il raggiungimento del SDG6. Stiamo per questo sviluppando strategie di prevenzione e risposta basate su un approccio di partenariato esteso tra istituzioni e portatori di interesse pubblici e privati, coordinato dai Ministeri della Salute e dell'Ambiente e Sicurezza Energetica e incardinato agli obiettivi e azioni definite dall'UE quali, tra l'altro, politiche di accesso ad acqua e servizi igienici sicuri come diritto fondamentale per tutta la popolazione, inclusi luoghi di cura, scuole e edifici prioritari. Come esempi concreti di strumenti di accelerazione verso il SDG6 possiamo citare l'istituzione recente all'ISS del Centro Nazionale per la Sicurezza delle acque, per il controllo di rischi biologici e chimici associati alle risorse idriche ma anche i fondamentali aspetti nutrizionali dell'acqua, l'accesso a dati e alle informazioni, l'approvazione dei piani di sicurezza dell'acqua alle filiere idro-potabili nell'ambito del ciclo idrico naturale e integrato, e l'istituzione di un sistema informativo sanitario centralizzato delle Acque gestito dall'Iss, pienamente interoperativo con il Sistema Informativo Nazionale per la Tutela delle Acque Italiane gestito dall'Istituto Superiore per la Protezione dell'ambiente (ISPRA) funzionale a fornire ad ogni istituzione di controllo e ricerca, e ai cittadini, dati sull'accesso alle acque e ai servizi idrici sicuri, a partire dallo stato degli ambienti naturali, dove le acque sono prelevate, fino ai rubinetti che le forniscono alle utenze.

Anche diversi progetti di ricerca che coinvolgono l'Iss rispondono all'approccio 'One Water', sempre nell'ottica della collaborazione interistituzionale. Durante il convegno sono stati presentati ad esempio i primi risultati del progetto 'Sea Care', frutto della partnership fra ISS, Sistema Nazionale per la Protezione Ambientale (SNPA), Marina Militare e alcune Università, in cui i ricercatori salgono materialmente a bordo delle navi della Marina Militare per poter effettuare campionamenti in tutti gli oceani. I primissimi risultati mostrano quadri dove appare evidente che ormai l'impatto dell'uomo sugli ecosistemi marini è davvero ubiquitario: le tracce di Pfas trovate al polo Nord così come il virus Sars-Cov-2 rinvenuto nei campioni prelevati in mari aperti, probabilmente provenienti da qualche scarico non correttamente trattato ci fanno capire come siamo di fronte a sfide globali

senza precedenti sul fronte ambientale-climatico in ambienti di straordinaria estensione e complessità quali gli oceani.

La risposta a tutto questo non può che essere il dialogo e la collaborazione interistituzionale a tutti i livelli, nazionali ed internazionali, superando approcci specialistici e settoriali, promuovendo una diversa organizzazione della conoscenza basata sull'integrazione sistemica a favore dell'interconnessione della scienza. Tutto ciò deve tradursi in una visione olistica delle politiche in tutti quei settori che influenzano i complessi equilibri tra salute ambiente e clima, per l'uomo, la terra ed il mare che la unisce.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114684

Oms-Unicef: "Nel mondo si muore ancora per mancanza di acqua pulita ed elettricità nei servizi sanitari. Ogni anno 8 milioni di morti". quotidiano sanita.it

Lo rileva un nuovo rapporto Oms-Unicef su "Acqua, servizi igienico-sanitari, igiene, rifiuti ed elettricità nelle strutture sanitarie" che sottolinea come basterebbero solo 60 centesimi di dollari a persona ogni anno nei paesi meno sviluppati per cambiare le cose ma attualmente solo il 12% di tutti i paesi dispone di oltre il 75% dei fondi necessari per raggiungere gli obiettivi di WASH nelle strutture sanitarie.

13 GIU - In tutto il mondo, milioni di vite potrebbero essere salvate evitando anche la perdita di ingentissime risorse economiche attraverso un intervento semplice e conveniente: servizi idrici, sanitari e igienici (in sigla WASH) nelle strutture sanitarie.

Un nuovo rapporto Oms-Unicef sottolinea infatti che i servizi Safe WASH consentono pratiche salvavita di prevenzione e controllo delle infezioni, frenano la diffusione della resistenza antimicrobica e aiutano a fornire a tutti servizi di assistenza sanitaria primaria di qualità. Tuttavia, sottolinea il rapporto, le azioni intraprese nei paesi sono insufficienti e circa 8 milioni di persone muoiono ogni anno in 137 paesi a basso e medio reddito a causa di un'assistenza sanitaria di scarsa qualità, che comporta la perdita di 6 trilioni di dollari dovuta a cattive condizioni di salute e mortalità prematura.

Interventi come il miglioramento della disponibilità di postazioni per l'igiene delle mani e dell'acqua potabile, la pulizia regolare, servizi igienici funzionanti e un regolare approvvigionamento idrico in loco possono aiutare notevolmente a migliorare i servizi sanitari, le prestazioni del personale e a rispettare la dignità degli utenti delle strutture sanitarie.

"Spesso ci viene data la scusa che i problemi di salute pubblica sono troppo costosi da risolvere, ma ora comprendiamo che fornire WASH ed energia di base alle strutture sanitarie è sia non negoziabile che conveniente", ha affermato la dott.ssa **Maria Neira**, direttore dell'OMS per l'ambiente, Cambiamenti climatici e salute aggiungendo che "Non abbiamo scuse e il tempo stringe. L'infrastruttura di base è un prerequisito per la qualità dell'assistenza ed è essenziale per le pratiche salvavita".

In media, i servizi WASH di base costano solo 60 centesimi di dollaro USA a persona ogni anno nei paesi meno sviluppati, o, in altri termini, solo il 6% dell'attuale spesa sanitaria annuale dei Paesi meno sviluppati. Con l'aumentare del rischio di future pandemie, cambiamenti climatici, insicurezza geopolitica e conflitti, gli investimenti sono più critici che mai. Tuttavia, sottolinea ancora il rapporto, attualmente solo il 12% di tutti i paesi dispone di oltre il 75% dei fondi necessari per raggiungere gli obiettivi di WASH nelle strutture sanitarie.

I servizi WASH, una corretta gestione dei rifiuti e la disponibilità di energia elettrica, inoltre, possono impattare positivamente sulla salute delle madri e dei bambini durante il parto. Basti pensare che la mancanza di servizi aumenta il rischio di infezione, in particolare di sepsi, che può essere mortale per bambini e madri e che più di 1 milione di donne e ragazze rispondendo a una indagine hanno sottolineato come i servizi WASH rappresentino la seconda necessità più importante per la salute riproduttiva e materna di qualità, dopo un'assistenza dignitosa e rispettosa.

"Gli ultimi dati rivelano che 5 milioni di bambini hanno perso la vita prima del loro quinto compleanno per cause prevenibili, la metà dei quali erano neonati", ha affermato **Cecilia Sharp**, direttore dell'UNICEF per acqua, servizi igienico-sanitari e igiene e clima, energia, ambiente e DRR e che "Molte di queste morti sono prevenibili con una soluzione semplice come acqua e sapone sicuri.

I servizi idrici e igienico-sanitari gestiti in modo sicuro dove nascono i bambini contribuiranno a salvare la vita di milioni di bambini e madri ogni anno”.

Circa il 43% delle morti neonatali si è verificato nell'Africa sub-sahariana, dove solo la metà delle strutture sanitarie dispone di una fonte d'acqua in loco. Inoltre, i progressi globali nella riduzione della mortalità materna si sono arrestati tra il 2016 e il 2020. Se il mondo continua su questa tendenza, mancherà l'obiettivo di sviluppo sostenibile per ridurre la mortalità materna prevenibile, con la perdita di più di 1 milione di vite entro il 2030.

Ma qualcosa fortunatamente sta cambiando e il rapporto mostra che oltre il 70% dei 73 paesi monitorati sta aggiornando e implementando la gestione dei rifiuti sanitari e gli standard WASH, anche con un focus sulla resilienza climatica. Ma resta comunque una percentuale ancora alta (circa 1 Paese su 5) che non mostra segni di miglioramento.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114608

Inquinamento: studio Usa, anche a bassi livelli danneggia lo sviluppo del cervello. Valentina Arcovio. Sanità. Informazione



L'inquinamento, anche a livelli ritenuti sicuri dall'Agenzia per la protezione dell'ambiente (EPA) degli Stati Uniti, può alterare lo sviluppo a lungo termine della funzione cerebrale negli adolescenti. A lanciare l'allarme è una ricerca della Keck School of Medicine della University of Southern California, pubblicata sulla rivista Environment International

di Valentina Arcovio

L'**inquinamento**, anche a livelli ritenuti sicuri dall'Agenzia per la protezione dell'ambiente (EPA) degli Stati Uniti, può alterare lo sviluppo a lungo termine della **funzione cerebrale** negli adolescenti. A lanciare l'allarme è una ricerca della Keck School of Medicine della **University of Southern California**, pubblicata sulla rivista Environment International e finanziata dal National Institutes of Health e dall'EPA. È noto che l'**inquinamento atmosferico** contribuisce all'insorgere di malattie, motivo per cui le autorità di regolamentazione hanno fissato dei **limiti alle emissioni**. Ma prove sempre più evidenti suggeriscono che anche i valori di inquinamento ritenuti a lungo sicuri possono aumentare il rischio di **problemi di salute** a livello cerebrale.

Lo studio ha coinvolto oltre 9mila bambini

Nello studio i ricercatori hanno utilizzato i dati raccolti da **scansioni cerebrali** di oltre 9mila partecipanti allo studio Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD), il più grande studio nazionale sulla **salute cerebrale** dei giovani. Le scansioni cerebrali di base considerate appartenevano a bambini di età compresa tra i 9 e i 10 anni. Dopo due anni un sottoinsieme di bambini è stato sottoposto nuovamente a scansione cerebrale, consentendo ai ricercatori di osservare come la **connettività cerebrale** sia cambiata nel tempo. In particolare, gli scienziati hanno analizzato le **reti cerebrali** di salienza, frontoparietale, nonché l'amigdala e l'**ippocampo**, regioni chiave del cervello note per essere coinvolte nelle emozioni, nell'**apprendimento**, nella memoria e in altre funzioni complesse.

Scopri se l'Aria che respiri è Pulita

Scopri se puoi aderire all'Azione Legale Collettiva e unisciti a noi. Ti aiutiamo a ottenere un risarcimento per gli anni in cui hai vissuto in città inquinate.

L'esposizione all'inquinamento è stata associata a varie alterazioni cerebrali

Successivamente, i ricercatori hanno utilizzato i dati dell'EPA per mappare la qualità dell'aria nella residenza di ciascun bambino, compresi i livelli di **particolato fine (PM2,5)**, **biossido di azoto (NO2)** e **ozono troposferico (O3)**. Gli scienziati hanno poi utilizzato strumenti statistici avanzati per studiare il rapporto tra i livelli di inquinamento atmosferico e i cambiamenti della **connettività cerebrale** nel tempo. Dai risultati è emerso che i bambini esposti a un maggior **livello di inquinanti** presentano cambiamenti nella connettività tra varie **regioni cerebrali**. In particolare, una maggiore esposizione al PM2,5 è stata collegata a un aumento della connettività funzionale tra le regioni, mentre una maggiore **esposizione al NO2** è risultata legata a una diminuzione relativa della connettività. L'esposizione a livelli più elevati di O3 è stata associata a maggiori connessioni all'interno della **corteccia cerebrale**, ma a minori connessioni tra la corteccia e altre regioni, come l'amigdala e l'ippocampo.

Le alterazioni cerebrali possono avere impatto su sviluppo cognitivo ed emotivo

«Una deviazione in qualsiasi direzione dalla normale traiettoria di **sviluppo del cervello**, sia che le reti cerebrali siano troppo connesse o che non lo siano abbastanza, potrebbe essere dannosa in futuro», spiega **Devyn L. Cotter**, ricercatore della Keck School of Medicine e primo autore dello studio. L'interazione tra le varie **regioni del cervello** consente di svolgere molteplici attività, dal modo in cui recepiamo le informazioni sull'ambiente circostante al modo in cui pensiamo e ci sentiamo. Molte di queste **connessioni critiche** si sviluppano tra i 9 e i 12 anni e possono influenzare lo sviluppo cognitivo ed emotivo normale o atipico dei bambini.

«Politica dovrebbe tener conto dell'impatto dell'inquinamento sul cervello»

«La **qualità dell'aria** in tutta l'America, anche se entro i limiti previsti dall'EPA, contribuisce ai cambiamenti nelle **reti cerebrali** in questo periodo critico (età 9-12 anni, ndr) che possono riflettere un biomarcatore precoce per un aumento del rischio di **problemi cognitivi** ed emotivi più avanti nella vita», sottolinea **Megan M. Herting**, altra autrice dello studio. «In media, i **livelli di inquinamento** dell'aria sono piuttosto bassi negli Stati Uniti, ma si osservano ancora effetti significativi sul cervello», ha detto Cotter. «Questo è un aspetto che i politici dovrebbero tenere in considerazione quando pensano se inasprire gli **standard attuali**», conclude Cotter.

https://www.sanitainformazione.it/ambiente/inquinamento-studio-usa-anche-a-bassi-livelli-danneggia-lo-sviluppo-del-cervello/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl27062023&utm_content=sif

L'Assessorato alle Politiche sociali e alla Salute di Roma Capitale
e
la Fondazione Franca e Franco Basaglia

Promuovono e organizzano
Il Seminario



Abitare la città

Quarant'anni dopo l'occupazione di via Baccina
che fu il primo appartamento con ex degenti del Santa Maria della Pietà

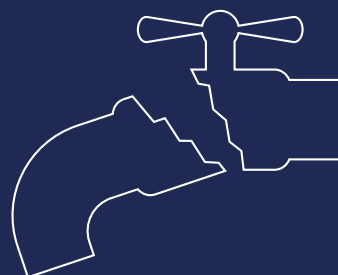
Pratiche, problemi e proposte di oggi
per l'abitare delle persone con sofferenza mentale e non solo

Roma - Campidoglio - Sala Laudato si'
20 giugno 2023
Ore 9:30 - 13:00

Per partecipare è necessario iscriversi inviando una email
al seguente indirizzo

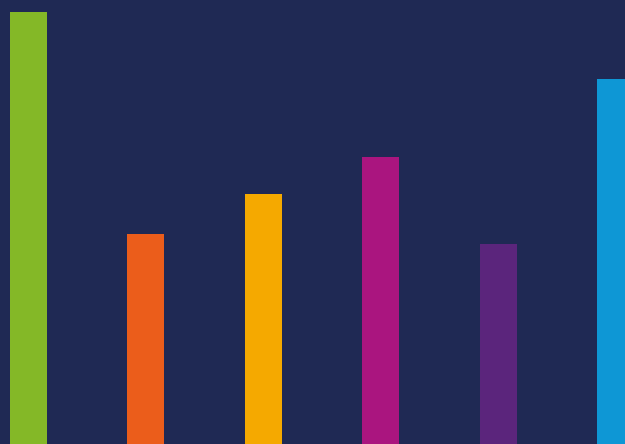
assessorato.politichesociali@comune.roma.it





Water, sanitation, hygiene, waste and electricity services in health care facilities: progress on the fundamentals

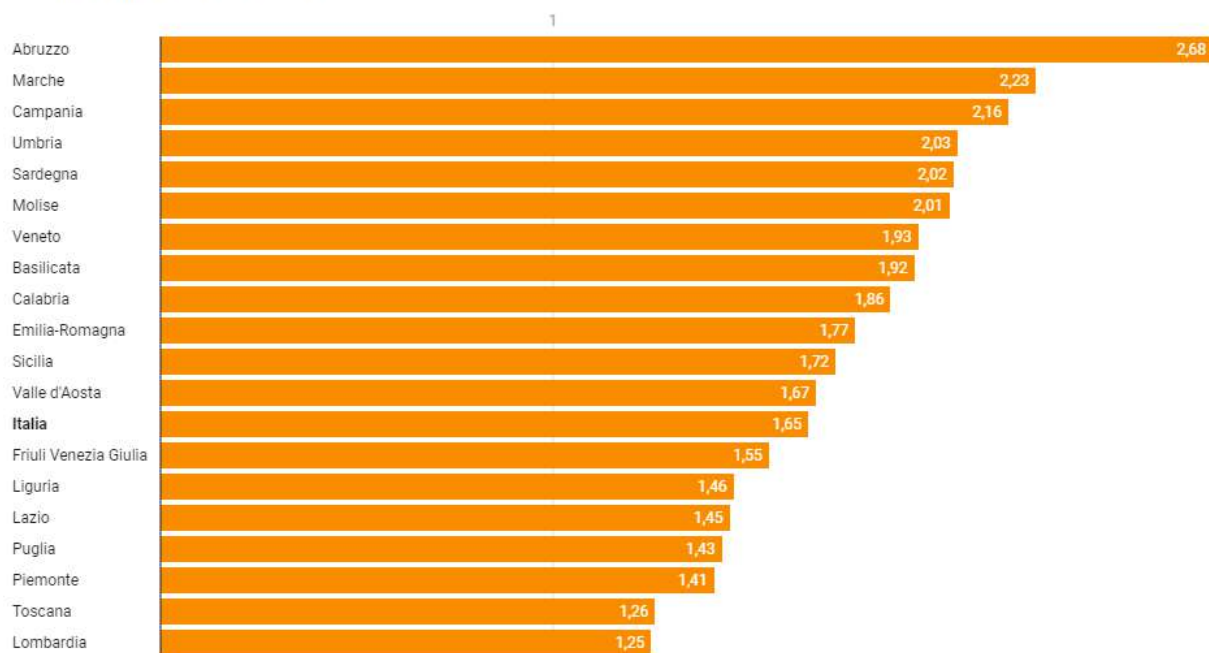
2023 Global Report





Indicatore di Stress SSN

L'indicatore rielabora le soglie regionali in merito al livello di incidenza di infetti ogni 100.000 abitanti tenendo conto della popolazione vaccinata e dell'efficacia del vaccino.



Aggiornato quotidianamente alle 18:00

Grafico: Data Network • Fonte: Github • Scaricare i dati • Embed • Scaricare immagine • Creato con Datawrapper

Variazione Settimanale Indicatore di Stress SSN

La variazione dell'indicatore di stress permette di confrontare i trend delle varie regioni.

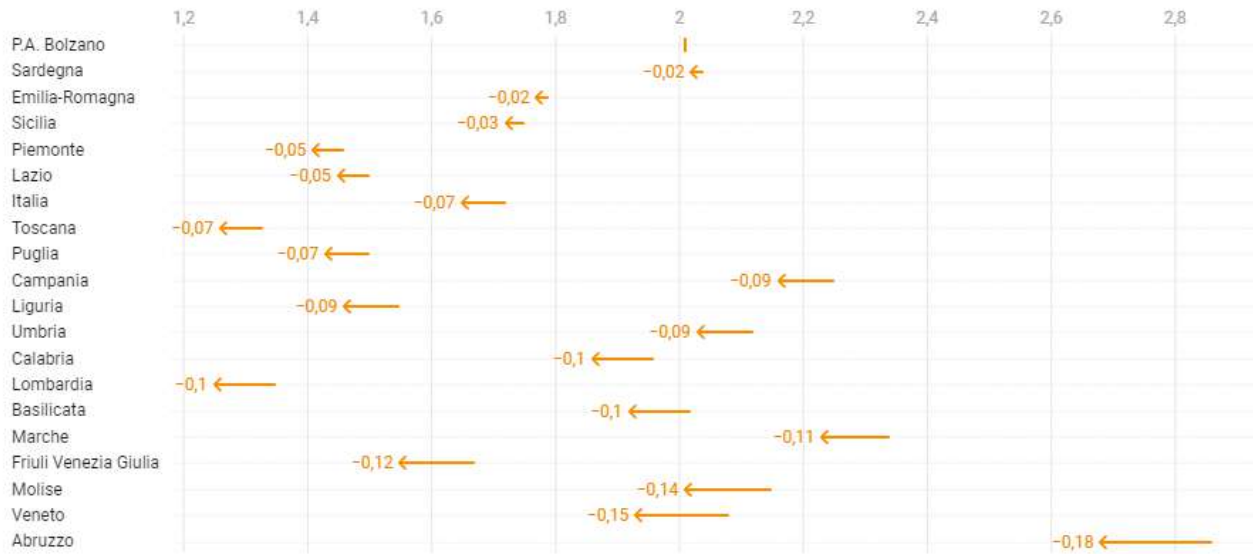


Grafico: Data Network • Fonte: [Github](#) • [Scaricare i dati](#) • [Embed](#) • [Scaricare immagine](#) • Creato con [Datawrapper](#)

Componenti Indicatore di Stress

L'indicatore è composto da due fattori determinanti che congiuntamente misurano il rischio: l'incidenza degli infetti e la percentuale di popolazione vaccinata.

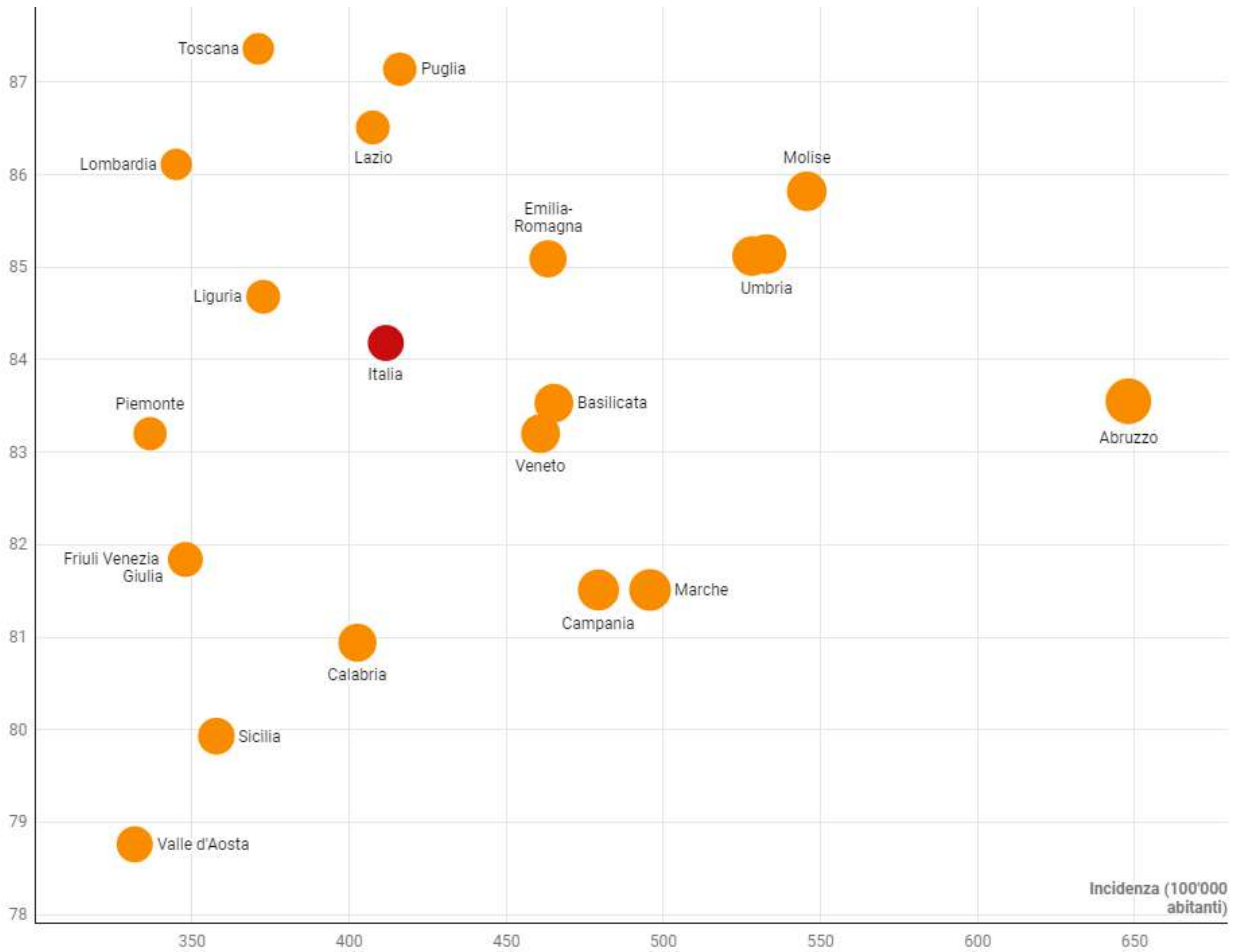


Grafico: Data Network • Fonte: Github • Scaricare i dati • Embed • Scaricare immagine • Creato con Datawrapper

Tabella Dati Indicatore di Stress

Pagina 1 di 2 >

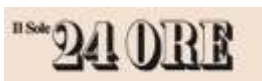
Regione	Totale Casi	Casi TI	Popolazione	Vaccinati	incidenza	Saturazione TI	Saturazione area non critica	Indicatore di Stress
Abruzzo	397.046	10	1.285.256	1.073.870	648	0,05	0,21	2,68
Basilicata	134.796	2	547.579	457.407	465	0,02	0,23	1,92
Calabria	379.686	11	1.877.728	1.519.816	403	0,07	0,23	1,86
Campania	1.678.510	35	5.679.759	4.629.506	479	0,06	0,15	2,16
Emilia-Romagna	1.463.050	31	4.445.549	3.782.839	463	0,04	0,17	1,77
Friuli Venezia Giulia	374.303	2	1.198.753	981.047	348	0,01	0,12	1,55
Lazio	1.544.125	53	5.720.796	4.949.187	408	0,06	0,12	1,45
Liguria	442.493	11	1.509.805	1.278.438	373	0,05	0,14	1,46
Lombardia	2.853.990	37	9.966.992	8.582.558	345	0,03	0,14	1,25
Marche	465.027	4	1.501.406	1.223.748	496	0,02	0,12	2,23
Molise	64.276	2	296.547	254.498	546	0,05	0,13	2,01
Piemonte	1.181.826	23	4.273.210	3.555.281	337	0,04	0,09	1,41
Puglia	1.113.071	28	3.926.931	3.422.106	416	0,06	0,15	1,43
Sardegna	300.521	10	1.598.225	1.360.465	528	0,05	0,15	2,02
Sicilia	1.161.423	37	4.840.876	3.869.257	358	0,06	0,22	1,72
Toscana	1.133.738	16	3.668.333	3.204.548	371	0,03	0,08	1,26
Umbria	280.331	1	865.013	736.443	533	0,01	0,27	2,03
Valle d'Aosta	36.105	0	123.895	97.581	332	0,00	0,36	1,67
Veneto	1.730.623	20	4.852.453	4.037.198	461	0,02	0,07	1,93
Italia	17.116.550	337	59.257.566	49.883.811	412	0,04	0,13	1,65

TI : Terapia Intensiva

Tabella: Data Network • Fonte: Github • Scaricare i dati • Embed • Scaricare immagine • Creato con Datawrapper

<https://altems.unicatt.it/altems-covid-19>

Gimbe: nel 2022 recuperato il 65% delle prestazioni ma oltre 7 milioni sono ancora da erogare, troppe differenze tra le Regioni. Fondazione Gimbe. Il Sole24ore



Fondazione Gimbe

I tempi di attesa per le prestazioni sanitarie costituiscono una delle principali criticità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con cui cittadini e pazienti si scontrano quotidianamente subendo gravi disagi (necessità di ricorrere alle strutture private, migrazione sanitaria, aumento della spesa out-of-pocket, impoverimento), sino alla rinuncia alle cure con pesanti conseguenze sulla salute.

«Il problema delle liste di attesa – dichiara Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – affligge da sempre il nostro SSN, ma negli ultimi anni si è aggravato per l'enorme quantità di prestazioni non erogate durante la pandemia COVID-19».

In particolare, secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2020 - rispetto al 2019 - in Italia sono stati oltre 1,57 milioni i ricoveri programmati in meno; per gli screening oncologici oltre 4,1 milioni di inviti e oltre 2,53 milioni di prestazioni in meno; infine, oltre 112 milioni le prestazioni ambulatoriali “saltate”, tra visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali.

Per fronteggiare il problema sono state stanziato risorse ad hoc per il recupero delle prestazioni: € 500 milioni come da Legge di Bilancio 2022 che ha ulteriormente prorogato quanto previsto dal DL 104/2020, le cui risorse non erano state completamente utilizzate dalle Regioni.

Nel gennaio 2022 il Ministero della Salute, con le “Linee di indirizzo per il recupero delle prestazioni sanitarie non erogate in ragione dell’epidemia da SARS-CoV-2” ha individuato tre categorie di prestazioni prioritarie: ricoveri per interventi chirurgici programmati, inviti e prestazioni per le campagne di screening oncologici e prestazioni ambulatoriali.

«Seguendo le indicazioni ministeriali – spiega Cartabellotta – ciascuna Regione ha elaborato un Piano Operativo Regionale (POR) dove ha delineato strategie e modalità organizzative per recuperare le prestazioni non erogate durante il periodo pandemico».

Il recente Rapporto sul coordinamento della Finanza Pubblica della Corte dei Conti ha reso noti i dati del Ministero della Salute sia sul recupero delle prestazioni nel 2022 da parte delle Regioni, sia sul finanziamento utilizzato: dati su cui la Fondazione GIMBE ha effettuato le analisi di seguito riportate.

Ricoveri per interventi chirurgici programmati.

Complessivamente le Regioni hanno inserito nei POR oltre 512 mila ricoveri programmati da recuperare, per le quali il Ministero della Salute riporta un recupero stimato di poco più di 338 mila (66%). Notevoli le variabilità regionali: dal 92% del Piemonte al 14% della Liguria.

Screening oncologici: inviti e prestazioni.

Le Regioni hanno previsto nei POR di recuperare oltre 5 milioni di inviti e quasi 2,84 milioni di prestazioni. La rendicontazione ministeriale riporta un recupero stimato di quasi 4,2 milioni di inviti (82%) e poco più di 1,9 milioni di prestazioni (67%). Notevoli le differenze regionali: per gli inviti si va dal 100% di Piemonte, Valle d’Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Molise e Basilicata al 14% del Friuli Venezia Giulia. Relativamente alle prestazioni, il recupero oscilla dal 100% di Toscana, Provincia Autonoma di Trento, Piemonte e Basilicata al 9% di Calabria e Lazio. Da segnalare che la Regione Umbria aveva già recuperato tutte le prestazioni di screening nell’anno 2021.

Prestazioni ambulatoriali.

In totale le Regioni hanno programmato di recuperare quasi 11,9 milioni di prestazioni, di cui Ministero della Salute riporta un recupero stimato di quasi 6,8 milioni (57%). «Un dato – spiega Cartabellotta – che ha avuto conseguenze rilevanti sui tempi di attesa delle nuove prestazioni ambulatoriali, e verosimilmente ne continua ad avere, visto che ne rimangono da recuperare oltre 5 milioni». Anche per queste prestazioni nette le differenze regionali in termini di recupero: dal 100% di Valle D’Aosta, Provincia Autonoma di Trento e Toscana al 7% della Campania.

Recupero complessivo delle prestazioni.

«Delle 20,3 milioni di prestazioni arretrate, nel 2022 complessivamente ne sono state recuperate poco meno di due su tre, ovvero il 65% – precisa Cartabellotta – e nessuna Regione ha raggiunto per tutte le prestazioni le quote di recupero previste dai POR». Inoltre, i risultati evidenziano un’ampia variabilità nei livelli di performance sia tra le varie Regioni, sia all’interno della stessa Regione tra differenti tipologie di prestazioni. Al fine di fornire un quadro complessivo sulla capacità di recupero delle singole Regioni è stata calcolata la percentuale totale di prestazioni recuperate sul totale di quelle inserite nei relativi POR. «Pur trattandosi di tipologie differenti di prestazioni – spiega Cartabellotta – che richiedono un diverso impegno organizzativo ed economico, questa “classifica” vede sul podio Toscana (99%), Provincia autonoma di Trento (95%) ed Emilia-Romagna (91%) e sul fondo Calabria (18%) e Campania (10%)».

Finanziamento utilizzato.

L’attività di audit conclusa nell’aprile 2023 dal Ministero della Salute sull’attuazione dei POR fornisce anche il quadro sull’utilizzo delle risorse. La spesa rendicontata al 31 dicembre 2022 sfiora i € 348 milioni, ovvero quasi il 70% di quella stanziata, con notevoli differenze regionali: dal 2% del Molise al 100% della Liguria, con alcune Regioni (Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia e Piemonte) che superano il 100%, verosimilmente in ragione dello stanziamento di risorse proprie. «Il dato più rilevante – commenta Cartabellotta – è che non risulta una correlazione diretta tra risorse utilizzate e prestazioni recuperate: in altre parole, dalla rendicontazione del Ministero della Salute emergono inspiegabili variabilità regionali tra risorse investite e prestazioni recuperate».

Coinvolgimento delle strutture private accreditate.

Al fine di agevolare il recupero delle prestazioni, la normativa ha previsto che Regioni e Province Autonome potessero coinvolgere gli erogatori privati accreditati, integrando accordi e contratti esistenti, con la possibilità di destinare ai privati sino a un massimo di € 150 milioni sui complessivi € 500 milioni di finanziamento. Il Ministero della Salute riporta una stima complessiva a livello nazionale di committenza alle strutture private del 29%: in dettaglio, il 30% del finanziamento destinato ai ricoveri, il 13% di quello per gli screening e il 32% delle risorse allocate per le prestazioni ambulatoriali. «Tuttavia esiste una enorme variabilità regionale – spiega il Presidente – sia in termini di quota di committenza totale, sia rispetto alla distribuzione delle tre tipologie di prestazioni erogate dal privato». La percentuale stimata di committenza al privato è pari o superiore alla media nazionale in Puglia (93%), Lombardia (46%), Campania (37%), Sicilia (35%), Liguria (32%) e Calabria (30%); le altre Regioni si collocano al di sotto del valore nazionale, con Marche e Molise che non hanno fatto ricorso al privato.

«Il monitoraggio del Ministero della Salute – conclude Cartabellotta – dimostra che complessivamente che le Regioni non hanno recuperato il 35% delle prestazioni “saltate” durante la pandemia per complessive 7,13 milioni di prestazioni. In dettaglio, 174mila ricoveri programmati, 914mila inviti e 936mila di prestazioni per gli screening oncologici e 5,1 milioni di prestazioni ambulatoriali. Inoltre, i dati restituiscono un quadro molto eterogeneo tra le varie Regioni sia sulle percentuali di prestazioni recuperate, sia sul finanziamento utilizzato che non sempre è correlato con le prestazioni recuperate».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-06-22/gimbe-2022-recuperato-65per cento-prestazioni-ma-oltre-7-milioni-sono-ancora-erogare-troppe-differenze-le-regioni-093137.php?uuid=AEXDEmnD&cmpid=nlqf>

*Covid, dall'Inghilterra accusa a Pechino: "Il virus nato in un laboratorio del ministero della Difesa".
Antonello Guerrera. La Repubblica*

la Repubblica

dal nostro corrispondente **Antonello Guerrera**

Il Sunday Times pubblica una lunga inchiesta basata su documenti desecretati negli Stati Uniti. E getta nuovi pesanti sospetti sulle autorità cinesi. Ma manca ancora la certezza

LONDRA - La "pistola fumante", almeno per ora, non c'è. Ma il *Sunday Times* ha pubblicato ieri un dettagliato e lunghissimo articolo sulle origini del Covid-19 secondo cui è sempre più probabile che il Coronavirus che ha scatenato la recente pandemia mondiale sia stato originato da un incidente di laboratorio nell'Istituto di virologia di Wuhan. Ovvero la città cinese dove, secondo la narrativa ufficiale, il virus avrebbe invece per la prima volta contagiato un gruppo di umani dal famigerato mercato del pesce.

Ma le cose non starebbero così, almeno secondo l'inchiesta del settimanale britannico. Che ha consultato centinaia di documenti, alcuni dei quali diventati di pubblico dominio [grazie al "Freedom of Information Act"](#), e comunicazioni top secret, parlato con diversi esperti e soprattutto con fonti dell'intelligence americana che sta indagando sulle origini del Coronavirus che ha afflitto il mondo fino all'anno scorso e ucciso 7 milioni di persone.

Alla fine, secondo l'inchiesta, è probabile che la pandemia da Covid sia nata da una fuga dal laboratorio di Wuhan, che "la Cina stesse conducendo esperimenti proprio su Coronavirus modificati in laboratorio coordinati dal Ministero della Difesa cinese in vista di una possibile guerra batteriologica" e che "Pechino abbia nascosto molti dati ed esperimenti negli ultimi anni alle autorità straniere".

La storia raccontata dal *Sunday Times* parte da lontano. Ossia dalla fondazione dell'Istituto di Virologia di Wuhan nel 2003, per comprendere le origini del virus respiratorio Sars. Il laboratorio negli anni riesce ad accumulare fondi per decine di milioni di dollari anche da scienziati e istituzioni americane, per la ricerca sui vaccini anti Sars e altri simili virus letali della famiglia del Coronavirus. Un'iniezione di denaro che aumenta soprattutto dopo l'11 Settembre e i timori negli Stati Uniti e Occidente di una guerra batteriologica. La ricerca viene guidata a Wuhan dalla misteriosa e controversa capo-scienziata 39enne Shi Zhengli, che verrà soprannominata "BatWoman" per il suo lavoro sui pipistrelli in caverne e miniere e che ancora oggi lavora in quell'istituto.

Allora il laboratorio di Wuhan inizia a testare i nuovi virus rinvenuti su topi geneticamente modificati, tali da avere polmoni più simili agli umani. Per esempio, nel 2012 il laboratorio di Wuhan prende un virus rinvenuto a Shitou, nella provincia dello Yunnan, che denomina W1Y1, e lo incrocia con un secondo proveniente dalla stessa zona, ribattezzato SHC014: il risultato è un patogeno molto più potente che potrebbe tramutarsi in un'arma di distruzione di massa.

Negli anni, nonostante una moratoria di Obama nel 2014 sulla sperimentazione di agenti patogeni potenziati, gli scienziati cinesi iniziano ad incrociare e a sviluppare sempre di più "cocktail di virus", o incroci di pestilenze recuperate soprattutto da resti e feci dei pipistrelli. L'obiettivo, secondo gli investigatori americani, è quello di creare virus sempre più infettivi per gli umani. Secondo il *Sunday Times*, il laboratorio di Wuhan insiste nelle sue sperimentazioni e a un certo punto, "mescolando" il coronavirus W1Y1 con il SHC014 e un altro patogeno simile alla Sars, crea un virus più letale del 300%, almeno a vedere i risultati sui topi geneticamente modificati con polmoni simili agli umani: il 75% infettato da questo nuovo virus muore.

Ma queste informazioni non vengono condivise con i colleghi occidentali. Allora, l'agenzia statunitense Darpa (Defence Advanced Research Projects Agency) e altre si rifiutano di continuare a sovvenzionare le ricerche del laboratorio di Wuhan. Secondo i documenti e le fonti occidentali consultate dal *Sunday Times*, le cose cambiano davvero dal 2016. Quando gli scienziati cinesi ammettono di aver scoperto, 4 anni prima, un nuovo tipo di Coronavirus in una miniera di Mojiang, sempre nella provincia di Yunnan, insieme ad altri otto. Alcuni studiosi che hanno raccolto campioni ed escrementi di pipistrello muoiono dopo aver sofferto di sintomi simili alla Sars, anche se Pechino questo non lo comunicherà nella circostanza. La variante viene chiamata "RaTG13", e la sequenza del genoma è quella più simile al Covid che abbiamo conosciuto nel 2020.

Le autorità cinesi non informano quelle internazionali delle vittime né di questi e altri avvenimenti. O almeno, lo fanno solo parzialmente. "In questo momento, le comunicazioni e la condivisione di informazioni con i cinesi si interrompe improvvisamente", dicono fonti di intelligence americane che hanno avuto accesso a metadati e conversazioni private,

“a questo punto parte il loro programma di ricerca segreto e vengono coinvolti direttamente la Difesa e l’esercito cinesi per quella che sembra una preparazione a un’eventuale guerra batteriologica”.

Secondo i documenti e le fonti del *Sunday Times*, in questi anni il laboratorio di Wuhan avrebbe iniziato a sperimentare e incrociare il RaTG13 insieme agli altri virus rinvenuti a Mojiang. Inoltre, secondo l’intelligence americana, negli ultimi anni Pechino si sarebbe già preparata a un vaccino contro il Covid, tanto che ha destato sospetto la tempestiva presentazione di un brevetto già nel febbraio 2020.

Secondo il professore di microbiologia Richard Ebright, del Waksman Institute of Microbiology della Rutgers University, quegli “esperimenti a Wuhan sono stati tra i più irresponsabili e pericolosi nella ricerca sui coronavirus”. I virus rinvenuti 7 anni fa in quella miniera sono, a livello di genoma, i più vicini a quelli del Covid-19 prima che scoppiasse la pandemia. Le autorità cinesi, secondo il *Sunday Times*, non avrebbero riportato tra l’altro la malattia e i malori di alcuni giovani ricercatori dell’istituto di Wuhan che nel novembre 2019 - un mese prima dell’allerta mondiale del Coronavirus - vengono ricoverati con sintomi simili al Covid. Uno dei loro parenti successivamente morirà.

Fonti americane sentite dal *Sunday Times* dicono: “Riguardo a quegli avvenimenti di fine 2019 all’istituto di Wuhan, siamo certi che si sia trattato di Covid19”. Studi recuperati dal settimanale e confermati in un report del Senato Usa, inoltre, dimostrano come i primi veri focolai siano avvenuti proprio intorno all’istituto di Virologia di Wuhan e non al mercato del pesce e altri animali lontano alcuni chilometri in città.

Quindi davvero il Covid19 è scappato dal laboratorio di Wuhan? È molto probabile, secondo il *Sunday Times* e le sue fonti, sebbene la prova certa non ci sia. Ciò anche a causa dell’oscurantismo del regime cinese che negli ultimi anni, come documenta il settimanale, hanno limitato fortemente i movimenti e l’accesso di studiosi e autorità straniere per cercare di approfondire le origini del virus.

Come successo alla spedizione dell’esperta britannica Alice Hughes, ex professoressa dell’Accademia Cinese delle Scienze che supervisiona l’Istituto di Wuhan, che si è recata più volte nella miniera e caverne incriminate. Ma i poliziotti cinesi dello Yunnan non le hanno permesso di svolgere il suo lavoro tra 2020 e 2021. Oggi Hughes è riparata a Hong Kong e dice di poter non parlare con i media perché “sorvegliata dalla sicurezza cinese”.

https://www.repubblica.it/esteri/2023/06/12/news/covid_cina_laboratorio_wuhan_accuse-404109867/?ref=RHLF-BG-I404149102-P1-S1-T1

Studio di fase I randomizzato, in cieco con osservatore, controllato con placebo su un vaccino mRNA SARS-CoV-2 PTX-COVID19-B. Orozco et al. Scientific reports

scientific reports

Natalia Martin-Orozco , Noah Vale , Alan Mihic , Talia Amor , Lorenzo Reiter , Yuko Arita , Ruben Sansone , Regina Hu , Anne-Claude Gingras , Bradley Thomas Sorenson , Eric Gates Marcusson & Pijush Patel

Rapporti scientifici volume 13 , Numero articolo: 8557 (2023)

Abstract

L'accesso ai vaccini contro il virus SARS-CoV-2 è stato limitato nei paesi poveri durante la pandemia di COVID-19. Pertanto, un vaccino mRNA a basso costo, PTX-COVID19-B, è stato prodotto e valutato in uno studio di Fase 1. PTX-COVID19-B codifica la variante D614G della proteina Spike senza la mutazione prolina-prolina (986-987) presente in altri vaccini COVID-19.

Lo scopo dello studio era valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'immunogenicità del vaccino PTX-COVID19-B in adulti sieronegativi sani di età compresa tra 18 e 64 anni.

Il disegno dello studio era in cieco per l'osservatore, randomizzato, controllato con placebo e testato con dosi crescenti di 16 µg, 40 µg o 100 µg su un totale di 60 soggetti che hanno ricevuto due dosi intramuscolari, a distanza di 4 settimane.

I partecipanti sono stati monitorati per eventi avversi sollecitati e non richiesti dopo la vaccinazione e sono stati forniti di una scheda diario e di un termometro per segnalare qualsiasi reattogenicità durante lo studio.

I campioni di sangue sono stati raccolti al basale, nei giorni 8, 28, 42, 90 e 180 per l'analisi sierica del dominio di legame anti-recettore IgG totale (RBD)/titoli Spike mediante ELISA e per la neutralizzazione dei titoli anticorpali mediante saggio di pseudovirus.

I titoli in BAU/mL sono stati riportati come media geometrica e IC 95% per coorte. Dopo la vaccinazione, sono stati osservati pochi eventi avversi sollecitati ed erano da lievi a moderati e si sono risolti entro 48 ore.

L'evento avverso locale e sistemico sollecitato più comunemente è stato rispettivamente il dolore al sito di iniezione e la cefalea.

La sieroconversione è stata osservata in tutti i partecipanti vaccinati, che hanno mostrato titoli anticorpali elevati contro RBD, Spike, e attività neutralizzante contro il ceppo di Wuhan.

I titoli anticorpali neutralizzanti sono stati rilevati anche contro le varianti Alpha, Beta e Delta dei problemi in modo dipendente dalla dose.

Tutte le dosi testate di PTX-COVID19-B sono risultate sicure, ben tollerate e hanno fornito una forte risposta di immunogenicità.

La dose da 40 µg ha mostrato un minor numero di reazioni avverse rispetto alla dose da 100 µg e pertanto è stata selezionata per uno studio di fase 2, attualmente in corso.

Numero di registrazione dello studio clinico:

NCT04765436 (21/02/2021). (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04765436>).

<https://www.nature.com/articles/s41598-023-35662-y>

scientific reports

Javier Perez-Saez , María-Eugenia Zaballa , Julien Lamour , Sabine Yerly , Riccardo Dubos , Delphine S. Courvoisier , Jennifer Villers , Jean-François Balavoine , Didier Pittet , Omar Kherad , Nicolas Vuilleumier , Laurent Kaiser , Idris Guessous , Silvia Stringini , Andrew S. Azman & il gruppo di studio Specchio-COVID19

Comunicazioni sulla natura volume 14, Numero articolo: 3032 (2023)

Abstract

I livelli di anticorpi leganti contro SARS-CoV-2 hanno dimostrato di essere correlati alla protezione contro l'infezione con lignaggi pre-Omicron.

Ciò è stato messo in discussione dall'emergere di varianti immunitarie, in particolare le sottolinee Omicron, in un panorama immunitario in evoluzione con alti livelli di incidenza cumulativa e copertura vaccinale.

Ciò a sua volta limita l'uso di metodi commerciali ad alto rendimento ampiamente disponibili per quantificare gli anticorpi leganti come strumento per monitorare la protezione a livello di popolazione.

Qui dimostriamo che i livelli di anticorpi anti-Spike RBD, quantificati dal dosaggio immunologico utilizzato in questo studio, sono un correlato indiretto della protezione contro Omicron BA.1/BA.2 per individui precedentemente infettati da SARS-CoV-2.

Sfruttando misurazioni sierologiche ripetute tra aprile 2020 e dicembre 2021 su 1083 partecipanti di una coorte basata sulla popolazione a Ginevra, in Svizzera, e utilizzando la modellazione cinetica degli anticorpi, abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un SARS-CoV-2 positivo documentato -2 infezione durante l'onda Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95% CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione. abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un'infezione SARS-CoV-2 positiva documentata durante l'ondata Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95 %CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione. abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un'infezione SARS-CoV-2 positiva documentata durante l'ondata Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95 %CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-38744-7>

Gli anticorpi specifici per la proteina del picco del coronavirus indicano frequenti infezioni e reinfezioni nell'infanzia e tra gli operatori sanitari vaccinati con BNT162b2. Kolehmainen et al. Scientific reports

Pekka Kolehmainen , Moona Huttunen , Alina Iakubovskaja , Sari Maljanen , Sisko Tauriainen , Emrah Jatkin , Arja Pasternack , Rauno Naves , Laura Toivonen , Paula A. Tähtinen , Lauri Ivanska , Johanna Lempainen , Ville Peltola , Matt Waris , Laura Kakkola , Olli Ritvos & Ilkka Julkunen

***Rapporti scientifici* volume 13, Numero articolo: 8416 (2023)**

Abstract

La prevalenza delle infezioni da coronavirus umano stagionale (HCoV) nella prima infanzia e negli adulti non è stata ben analizzata negli studi sierologici longitudinali.

Qui abbiamo analizzato i cambiamenti nei livelli di anticorpi specifici per la punta HCoV (229E, HKU1, NL63, OC43, MERS e SARS-CoV-2) nei campioni di siero di follow-up di 140 bambini all'età di 1, 2 e 3 anni , e di 113 operatori sanitari vaccinati per Covid-19 con vaccino BNT162b2.

I livelli di anticorpi IgG contro sei proteine ricombinanti della subunità 1 (S1) del picco HCoV sono stati misurati mediante dosaggio immunoenzimatico.

Mostriamo che all'età di tre anni la sieropositività cumulativa per gli HCoV stagionali è aumentata al 38-81% a seconda del tipo di virus.

Le vaccinazioni BNT162b2 hanno aumentato gli anticorpi anti-SARS-CoV-2 S1, ma nessun aumento degli anticorpi stagionali contro il coronavirus associati alle vaccinazioni.

Negli operatori sanitari (operatori sanitari), durante un follow-up di 1 anno, sono stati osservati aumenti diagnostici degli anticorpi nel 5, 4 e 14% dei casi contro i virus 229E, NL63 e OC43, rispettivamente, correlandosi bene con gli HCoV circolanti.

Nel 6% degli operatori sanitari è stato osservato un aumento diagnostico degli anticorpi contro S1 di HKU1, tuttavia, questi aumenti hanno coinciso con gli aumenti degli anticorpi anti-OC43 S1.

I sieri immuni di coniglio e cavia contro le proteine HCoV S1 hanno indicato una reattività crociata immunologica all'interno dei generi alfa-CoV (229E e NL63) e beta-CoV (HKU1 e OC43).

<https://www.nature.com/articles/s41598-023-35471-3>

nature communications

Nicolò Gozzi , Matteo Cinazzi , Natalie E. Dean , Ira M. Longini Jr , M. Elisabetta Halloran , Nicola Perra & Alessandro Vespignani

[Nature communications](#) *a* volume 14,

Numero articolo: 3272 (2023)

Abstract

L'accesso ai vaccini COVID-19 su scala globale è stato drasticamente ostacolato dalle disparità socio-economiche strutturali.

Qui, sviluppiamo un modello epidemico basato sui dati e stratificato per età per valutare gli effetti delle disuguaglianze del vaccino COVID-19 in venti paesi a reddito medio-basso e basso (LMIC) selezionati da tutte le regioni dell'OMS. Indaghiamo e quantifichiamo i potenziali effetti della disponibilità di dosi più elevate o precedenti.

Nel fare ciò, ci concentriamo sui cruciali primi mesi di distribuzione e somministrazione del vaccino, esplorando scenari controfattuali in cui assumiamo lo stesso tasso di vaccinazione giornaliera pro capite riportato in paesi selezionati ad alto reddito.

Stimiamo che oltre il 50% dei decessi (intervallo min-max: [54-94%]) avvenuti nei paesi analizzati avrebbe potuto essere evitato. Consideriamo inoltre scenari in cui LMIC ha avuto un accesso anticipato alle dosi di vaccino in modo simile come paesi ad alto reddito.

Anche senza aumentare il numero di dosi, stimiamo che un'importante frazione di decessi (intervallo min-max: [6-50%]) avrebbe potuto essere evitata. In assenza della disponibilità di paesi ad alto reddito, il modello suggerisce che sarebbero stati necessari ulteriori interventi non farmaceutici che inducessero una considerevole diminuzione relativa della trasmissibilità (intervallo min-max: [15-70%]) per compensare la mancanza di vaccini.

Nel complesso, i nostri risultati quantificano gli impatti negativi delle disuguaglianze dei vaccini e sottolineano la necessità di intensificare gli sforzi globali dedicati a fornire un accesso più rapido ai programmi di vaccinazione nei paesi a reddito medio-basso. stimiamo che una frazione importante di decessi (intervallo min-max: [6-50%]) avrebbe potuto essere evitata.

In assenza della disponibilità di paesi ad alto reddito, il modello suggerisce che sarebbero stati necessari ulteriori interventi non farmaceutici che inducessero una considerevole diminuzione relativa della trasmissibilità (intervallo min-max: [15-70%]) per compensare la mancanza di vaccini.

Nel complesso, i nostri risultati quantificano gli impatti negativi delle disuguaglianze dei vaccini e sottolineano la necessità di intensificare gli sforzi globali dedicati a fornire un accesso più rapido ai programmi di vaccinazione nei paesi a reddito medio-basso. stimiamo che una frazione importante di decessi (intervallo min-max: [6-50%]) avrebbe potuto essere evitata.

In assenza della disponibilità di paesi ad alto reddito, il modello suggerisce che sarebbero stati necessari ulteriori interventi non farmaceutici che inducessero una considerevole diminuzione relativa della trasmissibilità (intervallo min-max: [15-70%]) per compensare la mancanza di vaccini.

Nel complesso, i nostri risultati quantificano gli impatti negativi delle disuguaglianze dei vaccini e sottolineano la necessità di intensificare gli sforzi globali dedicati a fornire un accesso più rapido ai programmi di vaccinazione nei paesi a reddito medio-basso. [15-70%]) sarebbe stato necessario per compensare la mancanza di vaccini.

Nel complesso, i nostri risultati quantificano gli impatti negativi delle disuguaglianze dei vaccini e sottolineano la necessità di intensificare gli sforzi globali dedicati a fornire un accesso più rapido ai

programmi di vaccinazione nei paesi a reddito medio-basso. [15–70%]) sarebbe stato necessario per compensare la mancanza di vaccini.

Nel complesso, i nostri risultati quantificano gli impatti negativi delle disuguaglianze dei vaccini e sottolineano la necessità di intensificare gli sforzi globali dedicati a fornire un accesso più rapido ai programmi di vaccinazione nei paesi a reddito medio-basso.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-39098-w>

GRT-R910: un vaccino mRNA SARS-CoV-2 autoamplificante aumenta l'immunità per ≥6 mesi negli anziani precedentemente vaccinati. Palmer et al. Nature communications

nature communications

Christine D. Palmer , Ciaran D. Scallan , Lauren D. Kraemer Tardif , Melissa A. Kachura , Amy R. Rappaport , Daniel O. Koralek , Alison Uriel , ... Andrea Ustianowski

[Nature communications](#) volume 14,

Numero articolo: 3274 (2023)

Abstract

SARS-CoV-2 ha provocato alti livelli di morbilità e mortalità in tutto il mondo e gravi complicanze possono verificarsi nelle popolazioni più anziane.

L'immunità umorale indotta dai vaccini autorizzati diminuisce entro 6 mesi e i frequenti aumenti possono offrire solo una protezione transitoria. GRT-R910 è un vaccino SARS-CoV-2 basato su mRNA auto-amplificante sperimentale che fornisce Spike a lunghezza intera ed epitopi selezionati di cellule T non Spike conservate.

Questo studio riporta analisi ad interim per uno studio di dose-escalation in aperto di fase I che valuta GRT-R910 in adulti anziani sani precedentemente vaccinati (NCT05148962).

Sono stati valutati gli endpoint primari di sicurezza e tollerabilità.

La maggior parte degli eventi avversi locali e sistemici (EA) sollecitati dopo la somministrazione di GRT-R910 sono stati da lievi a moderati e transitori e non sono stati osservati eventi avversi gravi correlati al trattamento.

L'endpoint secondario dell'immunogenicità è stato valutato tramite test di legame IgG, test di neutralizzazione, ELISpot interferone-gamma e colorazione delle citochine intracellulari.

I titoli anticorpali neutralizzanti contro lo Spike ancestrale e le varianti preoccupanti sono stati potenziati o indotti da GRT-R910 e, contrariamente ai vaccini autorizzati, sono persistiti per almeno 6 mesi dopo la dose di richiamo. GRT-R910 ha aumentato e/o ampliato le risposte delle cellule T funzionali specifiche per Spike e ha innescato le risposte delle cellule T funzionali agli epitopi conservati non Spike.

Questo studio è limitato a causa della piccola dimensione del campione e saranno necessari ulteriori dati dagli studi in corso per corroborare questi risultati intermedi.

I titoli anticorpali neutralizzanti contro lo Spike ancestrale e le varianti preoccupanti sono stati potenziati o indotti da GRT-R910 e, contrariamente ai vaccini autorizzati, sono persistiti per almeno 6 mesi dopo la dose di richiamo.

GRT-R910 ha aumentato e/o ampliato le risposte delle cellule T funzionali specifiche per Spike e ha innescato le risposte delle cellule T funzionali agli epitopi conservati non Spike.

Questo studio è limitato a causa della piccola dimensione del campione e saranno necessari ulteriori dati dagli studi in corso per corroborare questi risultati intermedi. I titoli anticorpali neutralizzanti contro lo Spike ancestrale e le varianti preoccupanti sono stati potenziati o indotti da GRT-R910 e, contrariamente ai vaccini autorizzati, sono persistiti per almeno 6 mesi dopo la dose di richiamo. GRT-R910 ha aumentato e/o ampliato le risposte delle cellule T funzionali specifiche per Spike e ha innescato le risposte delle cellule T funzionali agli epitopi conservati non Spike.

Questo studio è limitato a causa della piccola dimensione del campione e saranno necessari ulteriori dati dagli studi in corso per corroborare questi risultati intermedi.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-39053-9>

Il modello di criceto per la rigenerazione alveolare post-COVID-19 offre l'opportunità di comprendere le sequele post-acute di SARS-CoV-2. Heydemann, Nature communications

Laura Heydemann , Malgorzata Ciurkiewicz , Giorgio Beythien , Caterina Becker , Klaus Schughart , Stephanie Stanelle-Bertram , Berfin Schaumburg , Nancy Mounogou-Kouassi , Sebastian Beck , Martin Zickler , Wolfgang Baumgärtner & Federico Armando

[Nature communications](#) volume 14,

Numero articolo: 3267 (2023)

Abstract

I sopravvissuti a COVID-19 spesso soffrono di sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2 (PASC). Le prove attuali suggeriscono la rigenerazione alveolare disregolata come possibile spiegazione per il PASC respiratorio, che merita ulteriori indagini in un modello animale adatto.

Questo studio indaga le caratteristiche morfologiche, fenotipiche e trascrittomiche della rigenerazione alveolare nei criceti dorati siriani infetti da SARS-CoV-2. Dimostriamo che CK8⁺ le cellule intermedie di differenziazione alveolare (ADI) si verificano in seguito al danno alveolare diffuso indotto da SARS-CoV-2.

Un sottogruppo di cellule ADI mostra un accumulo nucleare di TP53 a 6 e 14 giorni dopo l'infezione (dpi), indicando un arresto prolungato nello stato ADI. I dati del trascrittoma mostrano punteggi di modulo elevati per i percorsi coinvolti nella senescenza cellulare, nella transizione epiteliale-mesenchimale e nell'angiogenesi nei cluster cellulari con alta espressione genica ADI. Inoltre, mostriamo che il multipotente CK14⁺ i progenitori delle cellule basali delle vie aeree migrano fuori dai bronchioli terminali, favorendo la rigenerazione alveolare.

A 14 dpi si osservano cellule ADI, proliferazione peribronchiolare, macrofagi M2 e fibrosi subpleurica, indicando un ripristino alveolare incompleto. I risultati dimostrano che il modello del criceto fenocopia in modo affidabile gli indicatori di una rigenerazione alveolare disregolata dei pazienti COVID-19.

I risultati forniscono informazioni importanti su un modello traslazionale COVID-19, che è cruciale per la sua applicazione nella ricerca futura che affronta i meccanismi patologici della PASC e nella sperimentazione di approcci profilattici e terapeutici per questa sindrome.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-39049-5>

Cambiamenti climatici possono «resuscitare» virus «zombie» e scatenare nuove epidemie. V. Arcovio, Sanità Informazione



Sono stati trovati nella lana di mammut, nelle mummie siberiane, nei lupi preistorici e nei polmoni di una vittima dell'influenza ritrovata sepolta nel permafrost dell'Alaska. I virus «zombie» rischiano di «resuscitare» a causa degli effetti dei cambiamenti climatici e dare il via a nuove epidemie o pandemie

Valentina Arcovio

Sono stati trovati nella lana di mammut, nelle **mummie siberiane**, nei lupi preistorici e nei polmoni di una vittima dell'influenza ritrovata sepolta nel permafrost dell'Alaska. I **virus «zombie»** rischiano di «resuscitare» a causa degli effetti dei **cambiamenti climatici** e, in questo modo, dare il via a nuove epidemie o pandemie. A lanciare un avvertimento è stato un **team internazionale** di ricercatori, provenienti dalla Russia, dalla Germania e dalla Francia, secondo i quali il rischio che **particelle virali** antiche rimangano infettive è stato sottovalutato. E mai come oggi, che è la [Giornata mondiale dell'ambiente](#), è bene ricordare che tutto quello che succede sul nostro pianeta può avere ripercussione anche sulla salute di chi lo abita.

Con lo scioglimento dei ghiacciai molti virus antichi potrebbero ritornare alla luce

Gli scienziati ritengono che «il rischio sia destinato ad aumentare nel contesto del **riscaldamento globale**, in cui lo **scioglimento del permafrost** continuerà ad accelerare», scatenando malattie che erano rimaste intrappolate nel ghiaccio sin dalla Preistoria. In uno studio pubblicato un po' di tempo fa sulla rivista [Viruses](#), genetisti, **microbiologi** ed esperti in geoscienze, hanno monitorato alcuni virus «zombie» resuscitati, descrivendo alcuni **casi eclatanti** che dovrebbero preoccuparci per il futuro.

Il virus dell'influenza del 1918, ritrovato quasi un secolo dopo

Alla fine degli anni '90 il patologo svedese **Johan V. Hultin** ha trovato un deposito di RNA del virus dell'influenza del 1918 nei polmoni di una donna uccisa dal virus quasi 80 anni prima. Hultin aveva cercato intenzionalmente **campioni di influenza** che potessero aiutare i medici a capire meglio come combattere future pandemie. Ma la sua scoperta è stata una prima indicazione che i **virus mortali** possono essere conservati facilmente nel permafrost artico. Hultin ha riesumato il corpo di una grossa donna Inuit sepolta in una **fossa comune** di vittime dell'influenza vicino a un remoto villaggio fuori dalla città di Brevig Mission, in Alaska. Grazie al permafrost, una quantità sufficiente di **RNA del virus** dell'influenza è stata conservata così bene che i ricercatori hanno potuto **sequenziare l'intero genoma** del ceppo del 1918.

Il Pithovirus sibericum è in grado di contagiare le amebe anche dopo 30mila anni

Estratto per la prima volta dal **permafrost siberiano** nel 2014, 30 metri sotto terra, l'antico **Pithovirus sibericum** è un virus quasi otto volte più grande di quelli che normalmente infettano l'uomo moderno. Gli scienziati francesi del Centro nazionale di ricerca scientifica dell'**Università di Aix-Marsiglia** (CNRS-AMU) hanno resuscitato lo «zombi» *P. sibericum* vecchio 30mila anni e poi hanno esposto a esso delle amebe contagiandole. E' stata la prima volta che gli scienziati hanno visto un virus antico in grado di contagiare ancora.

Rinvenuto un altro antico virus rimasto sepolto migliaia di anni sotto il ghiaccio

Proprio come *P. sibericum*, gli scienziati hanno ritrovato negli stessi **campioni di permafrost** di 30mila anno fa anche il **Mollivirus sibericum**. Si tratta di un altro virus gigante che oggi non rappresenta una minaccia per l'uomo o gli animali, ma la sua vicinanza a *P. sibericum* ha lasciato gli scienziati preoccupati che il permafrost fosse pieno di agenti patogeni non morti. Ma gli scienziati non escludono che virus provenienti da **antiche popolazioni** umane (o animali) siberiane possano riemergere quando gli strati di permafrost artico si scioglieranno ancora di più a causa dei [cambiamenti climatici](#).

Il *Pandoravirus* e *Megavirus mammut* hanno infettato le amebe

Sia il *Pandoravirus mammut* che *Megavirus mammut* sono stati scoperti in un **ammasso di ghiaccio** vecchio 27.000 anni e nella lana di mammut rimasta congelata sulle rive del fiume Yana in Russia. Come gli antichi **virus giganti** del passato, *P. mammoth* e *M. mammoth* hanno dimostrato di essere in grado di uccidere le amebe. I ricercatori hanno scelto le amebe perché questi organismi unicellulari sono abbastanza vicini alle **cellule eucariotiche** simili a quelle umane e animali da fornire informazioni, ma non abbastanza vicine da rischiare di creare una nuova pandemia. Ma anche se entrambi questi virus non sono riusciti a infettare le **cellule umane e di topo**, i ricercatori pensano che sia necessario non abbassare la guardia.

Rinvenuto un vecchio virus nell'intestino di un antico lupo siberiano «scongelato»

Un antico parente del virus della **peste suina** africana, il *Pacmanvirus lupus* è stato ritrovato nell'intestino di un **lupo siberiano** «scongelato» risalente a 27mila anni fa. I resti del *Canis lupus* sono stati rinvenuti nello stesso sito del letto del fiume Yana dei due virus mammut. Come il resto di questi antichi virus di grandi dimensioni, **P. lupus** è ancora in grado di tornare in vita e uccidere le amebe, anche se è fuori gioco dal **Mesolitico** o dall'Età della Pietra.

Dalle mummie siberiane il virus del vaiolo potrebbe ritornare a nuova vita

Il vaiolo non ha bisogno di presentazioni. Secondo l'[Organizzazione mondiale della sanità](#), questa terribile malattia è stata ufficialmente debellata a livello globale nel 1980. Ma nel 2004, scienziati francesi e russi hanno trovato il **vaiolo** all'interno di una mummia siberiana di 300 anni, congelata nella tundra della Repubblica russa di Sakha. La mummia risale appartiene alla vittima dell'**epidemia di vaiolo** che si è verificata tra la fine del XVII e l'inizio del XVIII secolo nella regione della Siberia nord-orientale. Per gli scienziati questa scoperta ha un **significato nascosto** terribile: i virus possono essere resuscitati anche involontariamente e non stiamo facendo nulla per evitare tutto questo.

https://www.sanitainformazione.it/ambiente/cambiamenti-climatici-possono-resuscitare-virus-zombie-e-scatenare-nuove-epidemie/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl06062023&utm_content=sif

Conseguenze a 6 mesi di COVID-19 in pazienti dimessi dall'ospedale: uno studio di coorte. Huang et al. The Lancet

THE LANCET

Chaolin Huang, MD, Lixue Huang, MD, Yeming Wang, Xia Li, Lili Ren, Xiaoying Gu, et al.

Publicato: 12 giugno 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00810-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00810-3)

Summary

background Le conseguenze sulla salute a lungo termine del COVID-19 rimangono in gran parte poco chiare. Lo scopo di questo studio era descrivere le conseguenze sulla salute a lungo termine dei pazienti con COVID-19 che sono stati dimessi dall'ospedale e indagare sui fattori di rischio associati, in particolare sulla gravità della malattia.

Metodi

Abbiamo condotto uno studio di coorte ambidirezionale su pazienti con COVID-19 confermato che erano stati dimessi dal Jin Yin-tan Hospital (Wuhan, Cina) tra il 7 gennaio e il 29 maggio 2020.

Pazienti deceduti prima del follow-up; pazienti per i quali il follow-up sarebbe difficile a causa di disturbi psicotici, demenza o riammissione in ospedale; coloro che non erano in grado di muoversi liberamente a causa di osteoartropatia concomitante o immobili prima o dopo la dimissione a causa di malattie come ictus o embolia polmonare; coloro che hanno rifiutato di partecipare; coloro che non possono essere contattati; e coloro che vivevano fuori Wuhan o in case di cura o assistenziali sono stati tutti esclusi.

Tutti i pazienti sono stati intervistati con una serie di questionari per la valutazione dei sintomi e della qualità della vita correlata alla salute, sono stati sottoposti a esami fisici e un test del cammino di 6 minuti e hanno ricevuto esami del sangue. È stata utilizzata una procedura di campionamento stratificato per campionare i pazienti in base alla loro scala di sette categorie più alta durante la loro degenza ospedaliera come 3, 4 e 5-6, per ricevere test di funzionalità polmonare, TC del torace ad alta risoluzione ed ecografia.

I pazienti arruolati che avevano partecipato al Lopinavir Trial for Suppression of SARS-CoV-2 in Cina hanno ricevuto test anticorpali SARS-CoV-2.

Per valutare l'associazione tra gravità della malattia e conseguenze sulla salute a lungo termine sono stati utilizzati modelli di regressione lineare o logistica aggiustati multivariabili.

I pazienti arruolati che avevano partecipato al Lopinavir Trial for Suppression of SARS-CoV-2 in Cina hanno ricevuto test anticorpali SARS-CoV-2.

Per valutare l'associazione tra gravità della malattia e conseguenze sulla salute a lungo termine sono stati utilizzati modelli di regressione lineare o logistica aggiustati multivariabili.

I pazienti arruolati che avevano partecipato al Lopinavir Trial for Suppression of SARS-CoV-2 in Cina hanno ricevuto test anticorpali SARS-CoV-2. Per valutare l'associazione tra gravità della malattia e conseguenze sulla salute a lungo termine sono stati utilizzati modelli di regressione lineare o logistica aggiustati multivariabili.

Risultati

In totale, 1733 dei 2469 pazienti dimessi con COVID-19 sono stati arruolati dopo che 736 sono stati esclusi. I pazienti avevano un'età media di 57,0 anni (IQR 47,0–65,0) e 897 (52%) erano maschi e 836 (48%) erano femmine. Lo studio di follow-up è stato condotto dal 16 giugno al 3 settembre 2020 e il tempo medio di follow-up dopo l'insorgenza dei sintomi è stato di 186,0 giorni (175,0–199,0).

Affaticamento o debolezza muscolare (52%, 855 su 1654) e disturbi del sonno (26%, 437 su 1655) erano i sintomi più comuni.

Ansia o depressione sono state riportate nel 23% (367 su 1616) dei pazienti.

Le proporzioni della distanza percorsa a piedi in 6 minuti in meno rispetto al limite inferiore dell'intervallo normale erano del 17% per quelli con scala di gravità 3, 13% per scala di gravità 4 e 28% per scala di gravità 5-6. Le proporzioni corrispondenti di pazienti con compromissione della diffusione erano del 22% per la scala di gravità 3, del 29% per la scala 4 e del 56% per la scala 5-6, e i punteggi CT mediani erano 3,0 (IQR 2,0–5,0) per la scala di gravità 3, 4,0 (3,0–5,0) per la scala 4 e 5,0 (4,0–6,0) per la scala 5-6.

Dopo l'aggiustamento multivariabile, i pazienti hanno mostrato un odds ratio (OR) di 1,61 (IC 95% 0,80–3,25) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e 4,60 (1,85–11,48) per la scala 5-6 rispetto alla scala 3 per la compromissione della diffusione; OR 0,88 (0,66–1,17) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e OR 1,76 (1,05–2,96) per la scala 5-6 rispetto alla scala 3 per ansia o

depressione, e OR 0·87 (0·68–1·11) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e 2·75 (1·61–4·69) per la scala 5–6 rispetto alla scala 3 per affaticamento o debolezza muscolare.

Di 94 pazienti con anticorpi del sangue testati al follow-up, la sieropositività (96·2% i pazienti hanno mostrato un odds ratio (OR) di 1·61 (IC 95% 0·80–3·25) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e 4·60 (1·85–11·48) per la scala 5–6 rispetto alla scala 3 per compromissione della diffusione; OR 0·88 (0·66–1·17) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e OR 1·76 (1·05–2·96) per la scala 5–6 rispetto alla scala 3 per ansia o depressione, e OR 0·87 (0·68–1·11) per la scala 4 rispetto alla scala 3 e 2·75 (1·61–4·69) per la scala 5–6 rispetto alla scala 3 per affaticamento o debolezza muscolare.

Di 94 pazienti con anticorpi del sangue testati al follow-up, la sieropositività (96·2%vs 58,5%) e i titoli mediani (19,0 vs 10,0) degli anticorpi neutralizzanti erano significativamente inferiori rispetto alla fase acuta.

107 su 822 partecipanti senza danno renale acuto e con una velocità di filtrazione glomerulare stimata (eGFR) di 90 mL/min per 1·73 m² ° più in fase acuta avevano eGFR inferiore a 90 mL/min per 1·73 m² al follow-^{up} -su.

Interpretazione

A 6 mesi dall'infezione acuta, i sopravvissuti al COVID-19 erano principalmente turbati da affaticamento o debolezza muscolare, difficoltà del sonno e ansia o depressione. I pazienti che erano più gravemente malati durante la loro degenza ospedaliera avevano capacità di diffusione polmonare compromesse più gravi e manifestazioni di imaging del torace anormali e sono la principale popolazione target per l'intervento di recupero a lungo termine

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00810-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00810-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



Per quanto tempo possiamo aspettarci di essere rinchiusi e distanziati fisicamente? Quali saranno alcuni degli impatti duraturi del coronavirus sulla società? Nel pensare a cosa riserva il futuro a Nature Canada, il nostro direttore esecutivo, Graham Saul, ha compilato un elenco di articoli recenti che forniscono una prospettiva generale del COVID-19 e cosa possiamo aspettarci nei prossimi mesi e anni.

Tomas Pueyo, "[Coronavirus: The Hammer and the Dance: What the Next 18 Months Can Look Like, if Leaders Buy Us Time](#)", *Medium*, 19 marzo 2020. Questa è una lettura lunga (30 minuti), ma ne vale la pena per l'approfondimento dei vari scenari e implicazioni davanti a noi. È la migliore panoramica che ho visto su cosa comportano gli scenari futuri.

Brian Resnick, "[Gli scienziati avvertono che potremmo dover convivere con il distanziamento sociale per un anno o più](#)", *Vox*, 17 marzo 2020. Un buon riassunto di alcune delle ultime previsioni senza rimanere bloccati sulla situazione in nessun paese.

Ivan Semeniuk, "[Quando finisce il distanziamento sociale? Questi grafici mostrano dove siamo diretti e perché](#)", *The Globe and Mail*, 20 marzo 2020. Una rapida lettura che delinea gli scenari più probabili per quanto tempo saremo bloccati o coinvolti nel distanziamento fisico.

Kate Allen, "[Mesi di chiusura delle scuole, distanza sociale necessaria per combattere la pandemia: ricerca U of T](#)", *Toronto Star*, 18 marzo 2020. Una lettura veloce che illustra i risultati di un recente articolo dell'Università di Toronto su quanto tempo possiamo aspettarci di essere coinvolti in vari tipi di allontanamento fisico.

Nicholas Kristof, "[The Best-Case Outcome for the Coronavirus, and the Worst](#)", *New York Times*, 20 marzo 2020. C'è un po' di speranza in questo articolo incentrato sugli Stati Uniti, che è una bella cosa in questi tempi bui. (Ma, se preferisci non leggere lo scenario peggiore, smetti di leggere a metà, come suggerisce l'autore.)

Tom Frieden, CNN, "[Ex direttore del CDC: c'è una lunga guerra davanti e la nostra risposta al Covid-19 deve adattarsi](#)", 21 marzo 2020. Una grande combinazione di pensiero generale per il lungo raggio e cose specifiche che devono essere prese in considerazione considerazione oggi (inclusa l'importanza fondamentale dell'esercizio fisico e dell'andare all'aria aperta).

John Daley, "[Il caso di Endgame C: ferma quasi tutto, ricomincia quando il coronavirus se ne sarà andato](#)", *The Conversation*, 20 marzo 2020. Una panoramica strutturata e rapida delle opzioni a nostra disposizione con un po' di prospettiva australiana mista.

Brayn Walsh, "[La vita dopo il COVID 19 – come la pandemia potrebbe modellare il futuro](#)", *RNZ*, 14 marzo 2020. Questo articolo è un po' più teorico di altri ma, nel frattempo, getta una rete più ampia nel pensare a come il virus potrebbe rimodellare la società umana così come la conosciamo.

"[Il coronavirus cambierà il mondo in modo permanente. Ecco come](#)", *Politico*, 19 marzo 2020. Le previsioni di trentaquattro grandi pensatori per quello che verrà. Questa è una lettura lunga ed è molto incentrata sulle istituzioni e sulla società statunitensi, ma è quella che probabilmente rileggerò nelle prossime settimane.

Gideon Lichfield, "[Non torneremo alla normalità](#)", *MIT Technology Review*, 17 marzo 2020. Una buona panoramica dell'argomento sul motivo per cui ci troviamo in una qualche forma di blocco a rotazione per i prossimi 18 mesi e le implicazioni per la tecnologia che facilita la sorveglianza dei cittadini.

Yuval Noah Harari, “ [Yuval Noah Harari: The world after coronavirus](#) “, *The Financial Times* , 19 marzo 2020. L'autore che ci ha portato il libro *Sapiens* sostiene che ora ci troviamo di fronte a due scelte importanti: 1) tra sorveglianza totalitaria ed empowerment dei cittadini e ; 2) tra isolamento nazionalista e solidarietà globale.

<https://naturecanada.ca/news/blog/top-11-articles-on-what-we-can-expect-from-the-coronavirus/>.

Monitoraggio fase tre Report settimanale. Ministero della salute



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 6

Monitoraggio Fase 3
(Circolare del Ministero della Salute n. 14253 del 5 maggio 2023)

Acquisizione dati 14 giugno 2023

Aggiornamento dati: 8-14 giugno 2023 - Fonte dati: Ministero della Salute

Aggiornamento dati: 5-11 giugno 2023 - Fonte dati Istituto Superiore di Sanità

COVID-19 Weekly Epidemiological Update

Edition 147 published 15 June 2023

In this edition:

- [Global overview](#)
- [Hospitalizations and ICU admissions](#)
- [SARS-CoV-2 variants of interest and variants under monitoring](#)
- [WHO regional overviews](#)
- [Summary of the Monthly Operational Update](#)

Global overview

Data as of 11 June 2023

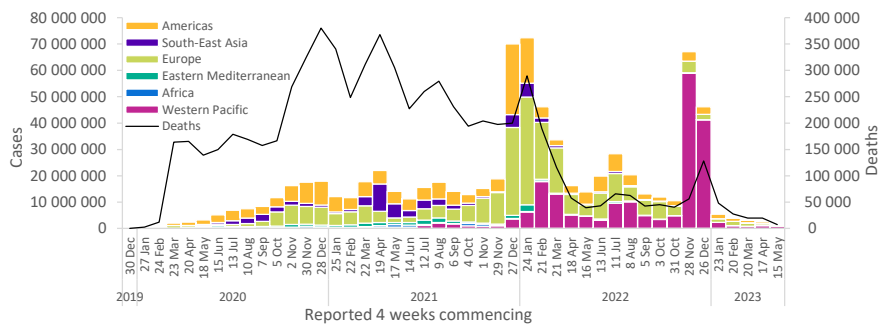
Globally, nearly 1.5 million new cases and 7300 deaths were reported in the last 28 days (15 May to 11 June 2023) (Figure 1, Table 1). At the regional level, all six WHO regions reported decreases in cases and deaths. As of 11 June 2023, over 767 million confirmed cases and over 6.9 million deaths have been reported globally.

Reported cases are not an accurate representation of infection rates due to the reductions in testing and due to continued reductions in reporting globally. During this 28-day period, only 59% (139 of 234) of countries and territories reported cases – a proportion that has been consistently declining since mid-2022. Additionally, data from previous weeks are continuously being updated to incorporate retrospective changes in reported COVID-19 cases and deaths made by countries. Data presented in this report are therefore incomplete and should be interpreted in light of these limitations.

Some countries continue to report high burdens of COVID-19, including increases in newly reported cases and, more importantly, increases in hospitalizations and deaths – the latter of which are considered more reliable indicators given the reductions in testing.

We present changes in epidemiological trends using a 28-day interval. Disaggregated data are still accessible on the [WHO COVID-19 dashboard](#), where the full dataset is available for download.

Figure 1. COVID-19 cases reported by WHO Region, and global deaths by 28-day intervals, as of 11 June 2023**



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

Kammer (Fmi): "Il Pnrr vale per l'Italia il 12% di Pil. Ma dovete completarlo". P. Mastrolillo. La Repubblica

la Repubblica

dal nostro corrispondente **Paolo Mastrolilli**

Intervista al direttore del Dipartimento Europeo: "La Tunisia ha annunciato che presenterà un nuovo piano di riforme per sbloccare gli aiuti, lo stiamo aspettando"

NEW YORK — L'Italia deve ratificare il Meccanismo europeo di stabilità senza ulteriori ritardi, ed implementare il Piano nazionale di ripresa e resilienza, per la semplice ragione che le conviene. Se lo farà, completando anche le riforme, il Pnrr può valere tra il 10 e il 12% del Pil da qui al 2030.

Quanto alla crisi tunisina, che preoccupa Roma per il rischio di un'ondata di migrazioni, il governo del Paese nordafricano ha informato il Fondo Monetario Internazionale che vuole presentare dei piani di riforma rivisti, e l'Fmi è ansioso di riceverli per poter sbloccare gli aiuti.

Lo dice in questa intervista a *Repubblica* Alfred Kammer, direttore del Dipartimento Europeo, indicando l'approccio più efficace a Mes e Pnrr. Nello stesso tempo Kammer [chiarisce che i ritardi nell'approvazione del prestito per evitare il default della Tunisia dipendono dalle sue autorità](#).

Il 15 ottobre 2022 gli inviati dell'Fmi e le autorità tunisine hanno raggiunto un accordo per sostenere le politiche economiche della Tunisia, con pacchetto di 48 mesi nell'ambito dell'Extended Fund Facility (EFF) per circa 1,9 miliardi di dollari.

L'Executive Board del Fondo è pronto ad approvare l'accordo e quando?

«La Tunisia ha sviluppato un programma di riforma autoctono, che costituisce la base di un accordo raggiunto a livello dello staff nell'ottobre del 2022, su uno strumento di finanziamento esteso dell'Fmi della durata di 4 anni per un valore di circa 1,9 miliardi. La presentazione del programma al Consiglio di amministrazione dell'Fmi è stata rimandata».

Che cosa sarebbe necessario per approvarlo?

«Le autorità tunisine hanno informato il Fondo che vorrebbero rivedere alcuni dei loro piani di riforma. Attendiamo con impazienza di ricevere questi piani di riforma rivisti, e di considerare le loro implicazioni per gli obiettivi di stabilità economica, miglioramento dell'equità sociale e promozione di una crescita più elevata e più inclusiva. L'Fmi rimane un forte partner della Tunisia e continuerà a sostenere le autorità nei loro sforzi di riforma».

L'Italia non ha ancora ratificato il Meccanismo europeo di stabilità. Sarebbe utile per Roma farlo e perché?

«Sollecitiamo la conclusione del processo di ratifica del trattato Mes senza ulteriori indugi.

Ciò renderebbe operativo un sostegno finanziario al Single Resolution Fund, fondamentale per fare più credibili gli accordi di risoluzione per le crisi bancarie in Europa. Avere strumenti più solidi per la risoluzione delle crisi bancarie dell'Unione Europea andrà a vantaggio di tutti i Paesi».

L'Italia chiede alla Ue di modificare il proprio Pnrr. Quanto è importante per Roma implementare il Piano nazionale di ripresa e resilienza?

«La piena e tempestiva attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza è fondamentale per rilanciare la produttività stagnante dell'Italia. Le riforme del Pnrr mirano a modernizzare la pubblica amministrazione e il sistema giudiziario, a semplificare le procedure civili, a rafforzare la concorrenza e l'adempimento fiscale, e a migliorare i risultati scolastici. Sono stati compiuti progressi con le riforme, ma i benefici matureranno una volta che saranno state completate. Tuttavia, la componente di investimento pubblico del Piano è frenata dalla carenza di manodopera, dall'aumento dei costi e dal vasto numero di progetti che i piccoli comuni dovrebbero amministrare. Inoltre, con le preoccupazioni in corso sulla sicurezza energetica, garantire la transizione verso l'energia verde è diventata una priorità più pressante. Pertanto, eventuali modifiche al Piano, che devono essere approvate dalla Commissione Europea, dovrebbero essere allineate con l'obiettivo di un percorso di crescita più rapido, più verde e equo per l'Italia».

In base alle analisi dell'Fmi sull'economia italiana, quali sarebbero gli investimenti più utili per il paese a questo punto?

«L'impatto sulla crescita del Pnrr dipende da diversi fattori, tra cui quanto della spesa è aggiuntiva — cioè, non si sarebbe verificata senza il Piano — e la misura in cui gli aumenti dei salari e dei prezzi erodono il valore reale delle risorse finanziarie. Nonostante queste puntualizzazioni, se il Piano sarà pienamente attuato, stimiamo che il Pnrr potrebbe aggiungere cumulativamente 10-12 punti percentuali al Pil nel periodo dal 2022 al 2030».

https://www.repubblica.it/economia/2023/06/16/news/kammer_fmi_il_pnrr_vale_per_litalia_il_12_di_pil_ma_dovete_completarlo-404616781/?ref=dr1a-3

la Repubblica

di Carlo Bastasin

La crescita di questi mesi è stata alimentata da fattori irripetibili: i risparmi accumulati durante il Covid, gli incentivi immobiliari e i fondi europei

C'è discordia tra gli osservatori nell'interpretare i buoni risultati della [crescita del Pil italiano](#) negli ultimi trimestri. La maggior parte degli analisti ritiene che lo sviluppo del Paese stia prendendo una strada nuova e che decenni di crisi abbiano selezionato uno strato di imprese temprato dalle difficoltà e le cui piccole dimensioni hanno assicurato flessibilità e adattamento ai mercati internazionali.

Una minoranza osserva invece che questo nocciolo di resistenza è troppo piccolo per trainare il resto del Paese e che l'economia rimarrà insabbiata nella stagnazione.

Nel breve termine, due fenomeni peseranno sui piatti della bilancia: il primo riguarda la stabilità dell'economia e della finanza globali e l'altro è il rischio che l'effetto della fiducia suscitata in Italia dagli aiuti europei possa esaurirsi di colpo se si scoprisse che i fondi sono impiegati male.

VARIAZIONI %	2022	2023	2024
Belgio	3,2	1,2	1,4
Germania	1,8	0,2	1,4
Estonia	-1,3	-0,4	3,1
Irlanda	12	5,5	5
Grecia	5,9	2,4	1,9
Spagna	5,5	1,9	2
Francia	2,6	0,7	1,4
Croazia	6,2	1,6	2,3
ITALIA	3,7	1,2	1,1
Cipro	5,6	2,3	2,7
Lettonia	2,8	1,4	2,8
Lituania	1,9	0,5	2,7
Lussemburgo	1,5	1,6	2,4
Malta	6,9	3,9	4,1
Olanda	4,5	1,8	1,2
Austria	5	0,4	1,6
Portogallo	6,7	2,4	1,8
Slovenia	5,4	1,2	2,2
Slovacchia	1,7	1,7	2,1
Finlandia	2,1	0,2	1,4
Area Euro (20)	3,5	1,1	1,6

FONTE: COMMISSIONE EUROPEA

La crescita del Pil italiano negli ultimi 40 mesi è stata superiore a quella tedesca e spagnola, simile a quella francese, ma inferiore a quella di tutti gli altri Paesi europei. La Spagna sta recuperando grazie al settore dei servizi, mentre la Germania sta operando una difficile transizione nel settore

automobilistico, in un contesto internazionale che frena un sistema produttivo tanto incardinato nel commercio globale.

Nelle ultime settimane, due rapporti della Banca mondiale e dell'Ocse hanno ipotizzato addirittura scenari di recessione globale nei prossimi trimestri. Le conseguenze sull'economia europea sono già visibili e di riflesso lo stanno diventando quelle sull'economia italiana la cui manifattura si è fermata di colpo.

A chi pensa che l'economia italiana abbia svoltato strutturalmente, c'è da chiedere che cosa sarebbe successo già nel 2023 senza i contributi eccezionali e irripetibili degli ultimi anni: i risparmi accumulati durante la pandemia, l'illusione monetaria, i crediti d'imposta relativi agli incentivi immobiliari, l'aumento del debito e il contributo dei fondi europei.

La crescita italiana è stata sostenuta da questi fattori, dalle esportazioni e dal turismo. Senza aiuti europei, un calo dell'economia globale, in un contesto di tassi d'interesse in aumento, riporterebbe l'economia italiana in recessione.

L'effetto PNRR

Con una valutazione fin troppo pessimistica, il Def di aprile stimava che l'80% della crescita del 2023 sia puramente effetto dei fondi del PNRR e che il resto sia trascinato dagli stimoli degli anni precedenti. Forse c'è in gioco un fattore diverso, visto che una crescita significativa era già stata messa in cascina nel primo trimestre, senza che gli effetti diretti del PNRR si fossero ancora materializzati. Il fattore che forse sfugge alle analisi è l'effetto-fiducia che l'attesa del PNRR ha creato nelle imprese nel 2022. Lo scorso anno, infatti, l'aumento degli investimenti fissi è stato molto vigoroso. L'accumulazione di capitale è cresciuta del 9,4 per cento, superando di quasi un quinto il livello del 2019.

Non solo gli investimenti in costruzioni, ma anche gli acquisti di beni strumentali sono saliti a un tasso ben superiore a quello del Pil. L'effetto-fiducia suscitato dal PNRR è stato sottovalutato forse perché siamo abituati a considerare ogni aumento della spesa pubblica con scetticismo. Un economista parlerebbe di "effetto ricardiano", secondo cui ogni beneficio della spesa è neutralizzato dall'attesa di un aumento equivalente del prelievo fiscale futuro. Ma ci sono condizioni in cui questo effetto non prevale, per esempio se i tempi di rientro del debito sono molto lunghi o il costo del debito è basso rispetto alla crescita.

Nel caso del PNRR si aggiunge un altro fattore "non ricardiano", cioè il fatto che il costo del debito è in parte sopportato non dagli italiani, ma dagli europei, mentre in altra parte ha un costo particolarmente basso. In tali condizioni, in Italia si è creato un effetto di fiducia inedito che deve aver convinto numerose imprese a investire prima ancora che gli effetti del PNRR si vedessero. Ma che cosa succederà se tali effetti si rivelassero deludenti, se cioè stessimo impiegando male le risorse? Ci sarà un effetto di sfiducia altrettanto potente? In tal caso ci potrebbero essere crisi simili a quelle dei decenni scorsi?

La improbabile crisi

Anche qui la risposta è duplice: da un lato una crisi italiana è improbabile perché la quota di debito pubblico in mano a non residenti è ormai solo circa un quarto del totale. Dall'altro lato, le condizioni circostanti non sono benigne perché nei prossimi tre anni i Paesi dell'Ocse dovranno rifinanziare sul mercato circa metà dei loro debiti pubblici complessivi, raccogliere cioè 23mila miliardi di dollari. Dal 2021 i costi di finanziamento del debito pubblico dei Paesi Ocse sono raddoppiati.

Le condizioni per il Tesoro italiano sono inoltre più difficili perché la domanda di titoli pubblici da parte delle banche centrali è scomparsa. La liquidità si è ridotta in un quadro che il Sovereign Borrowing Report dell'Ocse descrive come una "confluenza di incertezza macroeconomica, rischi geopolitici, declino dell'ottimismo degli investitori e spostamento nelle dinamiche degli scambi".

Nel frattempo, il debito sovrano è sotto pressione nei Paesi emergenti dove si rischiano crisi gravi. Per il governo si tratta di prendere atto dell'importanza dell'effetto fiducia di cui finora ha beneficiato. Ne deve tener conto nel discutere le nuove regole fiscali europee.

Ottenere regole che consentano minore disciplina fiscale potrebbe resuscitare quella sfiducia nella stabilità italiana che hanno pesato sugli investimenti delle imprese in Italia negli ultimi trent'anni e che solo il PNRR ha allontanato.

https://www.repubblica.it/economia/2023/06/19/news/italia_PNRR_recessione-404705209/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S6-T1

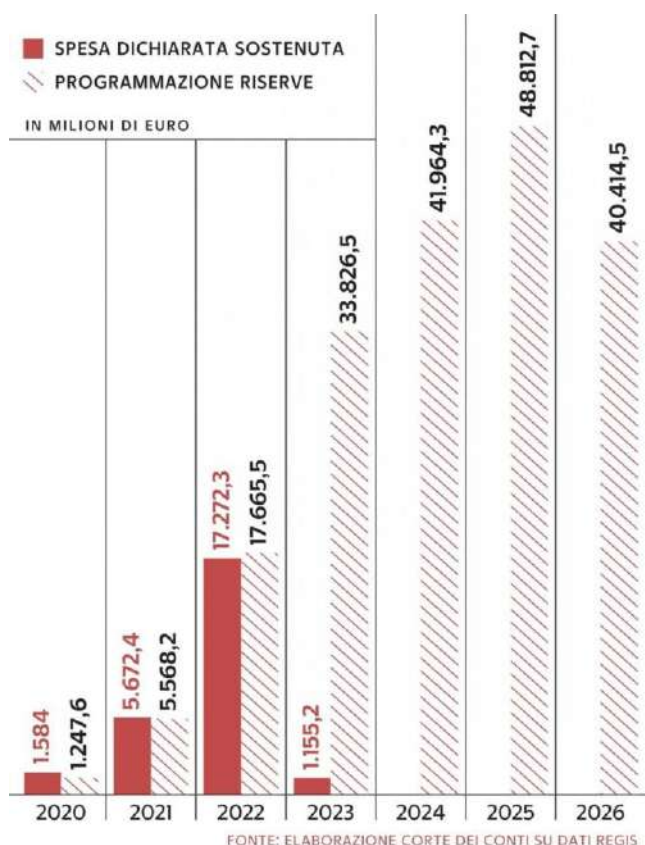
PNRR, nei primi due mesi spesi solo 1,2 miliardi su un totale programmato di 40,9 per il 2023. G. Colombo, La Repubblica

la Repubblica

Giuseppe Colombo

La relazione del governo sull'attuazione del piano svela i ritardi e mette a rischio l'attuazione del programma

Nelle casse dello Stato sono confluiti quasi 70 miliardi, 66,9 per la precisione. Ma che fine hanno fatto i soldi del Pnrr? È la relazione semestrale sullo stato di attuazione del Piano di ripresa e resilienza, la prima del governo Meloni, a svelare l'affanno della spesa. Che, nel meccanismo del Recovery, non prevede un allineamento perfetto tra le entrate e le uscite: c'è uno sfasamento temporale tra le risorse che arrivano da Bruxelles e l'impiego delle stesse, legate a una programmazione spalmata sull'arco temporale del Piano.



Ma l'utilizzo dei fondi procede così a rilento che a rischiare è la tabella di marcia fissata dall'esecutivo. Basta guardare i dati relativi ai primi due mesi dell'anno: appena 1,2 miliardi spesi, a fronte di una programmazione, per il 2023, che è pari a 40,9 miliardi. L'asticella si è fermata al 3,1% delle somme che bisogna utilizzare entro la fine dell'anno. Il ritardo, tra l'altro, non impatta solo sui progetti del Pnrr, che risentono di un minor afflusso delle risorse, ma rischia di generare un effetto negativo anche sulla crescita del Paese. Se non si spenderanno in tempo i 40,9 miliardi programmati verrà a mancare un supporto fondamentale per il Pil. Secondo le stime contenute nel Rapporto sul

coordinamento della finanza pubblica della Corte dei Conti, infatti, la leva del Pnrr vale circa due terzi della crescita, da qui al 2026. E un tasso medio annuo dell'1,2%. Se il Piano non aggancerà un'accelerazione, allora il tasso scenderà a 0,4%, riproponendo per l'Italia una traccia ben conosciuta: la crescita anemica, che non riesce a incanalarsi su un percorso strutturale.

Ma cosa dicono i dati relativi alle risorse spese? Innanzitutto il dato macro, la spesa cumulata al 28 febbraio: sono circa 25,74 i miliardi spesi dall'Italia da quando è nato il Pnrr. Erano poco di meno, circa 24,48 miliardi al 31 dicembre del 2022. La differenza, circa 1,2 miliardi, mette in evidenza la lenta progressione nel 2023. Fino ad oggi è stato speso il 13,44% dei 191,5 miliardi del Piano che devono essere utilizzati entro giugno del 2026. Dalla tabella sulla spesa, contenuta nella relazione semestrale, emerge innanzitutto la spinta che è arrivata dal rafforzamento dell'ecobonus e del sismabonus per l'efficienza energetica e la messa in sicurezza degli edifici: ben 8,74 miliardi, sui 25,74 spesi in totale, arrivano da questa voce. Il secondo bacino è rappresentato dai crediti d'imposta Transizione 4.0, quelli relativi a beni materiali e immateriali, ma anche all'innovazione tecnologica, ricerca e sviluppo, oltre che alla formazione. In tutto 5,4 miliardi. Se si sommano agli 8,74 miliardi degli incentivi, si arriva a 14,1 miliardi, più della metà della spesa complessiva. Una portata che non è solo quantitativa, ma che ha anche un significato qualitativo: la spesa del Pnrr è stata trainata da impieghi affidati alle imprese o a processi di fatto automatici, che non richiedono un coinvolgimento di peso delle due amministrazioni a cui appartengono (il ministero dell'Ambiente e quello per le Imprese), se non per le attività di coordinamento.

I dicasteri, invece, fanno decisamente più fatica. Il livello di spesa media è pari appena al 13 per cento. Il ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti si attesta sotto, al 12%, ma è anche l'amministrazione che gestisce in tutto 39 miliardi del Pnrr, il 20% del totale. Chi è sopra la media è il ministero dell'Ambiente: è responsabile di 34 miliardi del Piano (il 18% del totale) e ha fatto registrare una spesa del 25 per cento, ma il risultato è gonfiato dalla spesa per l'ecobonus e il sismabonus.

LINEA DI FINANZIAMENTO	TOTALE PAGATO (IN MILIONI DI EURO) NOV-DIC 2022	PAGAMENTI DISPOSTI PER PROGETTI...	
		...nuovi* GEN-MAG 2023	...in essere** GEN-MAG 2023
Asili nido e scuole dell'infanzia	206,6	51,7	32,4
Tempo pieno e mense	20,9	8,3	-
Infrastrutture per lo sport nelle scuole	18,6	4,6	-
Formazione personale su transizione digitale	52,8	-	-
Scuola 4.0	245,2	835,8	-
Messa in sicurezza e riqualificazione scuole	482,6	-	243,1
Divari territoriali	-	249,9	-
TOTALE	1.026,7	1.150,3	275,5

* Su contabilità speciale ** Su contabilità ordinaria FONTE: CORTE DEI CONTI

Al di là delle performance dei singoli dicasteri, il dato più rilevante è la difficoltà nel portare avanti gli investimenti. Come spiega, in un passaggio emblematico, la stessa relazione: "La maggior parte delle amministrazioni - si legge - ha registrato un livello di spesa inferiore alle previsioni, che denota un ritardo nella fase di definizione e avvio delle misure che potrebbe incidere sulla effettiva realizzazione dell'intero Piano".

La questione diventa come recuperare il ritardo. E si aggancia qui la decisione del governo di mettere mano ai progetti, con una revisione che si punta a chiudere prima della scadenza, fissata dall'Europa per il 30 agosto. L'inflazione, ma anche una burocrazia che ancora frena i progetti, nonostante le semplificazioni introdotte, sono le ragioni principali che l'esecutivo indica per spiegare la necessità di procedere speditamente con la revisione del Piano. Che, al momento, è a un livello iniziale, con l'indicazione da parte dei ministeri degli investimenti che stanno registrando criticità. In tutto sono 120 le misure che fanno fatica e che perciò potrebbero lasciare il Pnrr, traslocando su altre programmazioni di fondi europei. Se resisteranno, invece, saranno ridimensionati nei passaggi intermedi. Sempre che Bruxelles dica sì.

https://www.repubblica.it/economia/2023/06/05/news/pnrr_governo_spesa_ritardi-402905792/?ref=nl-rep-f-anr

PNRR. Le maggiori criticità su Case e Ospedali di Comunità e adeguamento antisismico. In ballo oltre 4 mld di euro. E anche sui target del 2023 la strada è tutta in salita. La Relazione di Fitto. G.Rodriguez, quotidiano *sanita.it*

Giovanni Rodriguez

Questi tre obiettivi sono giudicati dal Governo come "elementi di debolezza" a causa anche dell'aumento dei costi. Il Ministero della Salute segnala poi ritardi su quattro dei sette adempimenti che dovevano essere già soddisfatti entro lo scorso 31 marzo. E sugli otto adempimenti con scadenza giugno, ad oggi ne risulta portato a termine solo uno.

09 GIU -

Nella relazione inviata al Parlamento dal ministro per gli Affari europei **Raffaele Fitto** sullo stato di attuazione del PNRR, relativa al terzo semestre, per il ministero della Salute emergono due "elementi di debolezza" in tre aree della Missione 6. E non sono obiettivi di poco conto.

Queste riguardano il territorio per l'investimento 1.1 "Case di comunità (Cdc) e presa in carico della persona" (vale 2 mld di euro), l'investimento 1.3 "Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (ospedali di comunità)" (vale 1 mld di euro) e l'investimento 1.2 "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" (riguarda l'adeguamento antisismico e vale 1,6 mld).

Questi tre gli ambiti sono caratterizzati da criticità riguardanti due voci: "Eventi e circostanze oggettive: aumento costi e/o scarsità di materiali" ed "Eventi e circostanze oggettive: squilibrio offerta/domanda. Insomma parliamo di investimenti per circa 4,6 mld circa un terzo della Mission 6 Salute finanziata con i soldi europei.

Quanto alla formazione in ambito sanitario, nella relazione si ricorda che "è previsto entro il primo semestre del 2023 l'aumento del numero di borse di studio in medicina generale, con l'assegnazione di 1.800 borse, garantendo il completamento di due cicli di apprendimento triennali (M6C2-14)113. In totale, entro giugno 2024 (M6C2-15), è prevista l'assegnazione di ulteriori 900 borse per un totale di 2.700 assegnazioni aggiuntive, che garantiscono il terzo ciclo di apprendimento triennale. Le attività del triennio formativo 2021-2024 sono iniziate a maggio 2022, dopo che il Ministro della Salute aveva ripartito tra le regioni le risorse per finanziare le prime 900 borse di studio per i medici di medicina generale".

"Per il triennio formativo 2022-2025 - prosegue - a settembre 2022 è stato adottato il decreto del Ministro della Salute che ripartisce alle Regioni le risorse per finanziare le ulteriori 900 borse di studio.

Il decreto di riparto è stato pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 298 del 22 dicembre 2022. Il concorso nazionale per l'accesso ai corsi di formazione specifica in medicina generale relativi al triennio 2022-2025 si è svolto entro i termini previsti. L'assegnazione di queste ulteriori 900 borse di studio completerà il target".

Oltre alla formazione, il ministero della Salute segnala sul proprio [sito](#) alcuni ritardi su quattro dei sette adempimenti che dovevano essere soddisfatti entro lo scorso 31 marzo.

Questi riguardano:- "Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)": il numero aggiuntivo di persone over 65 anni da trattare in assistenza domiciliare per raggiungere l'obiettivo di prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni entro il 2026.

L'assistenza domiciliare integrata è un servizio per persone di tutte le età con una o più malattie croniche o una condizione clinica terminale che richiede un'assistenza sanitaria professionale continua e altamente specializzata.

- *"Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali"*: quindi l'assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.
- *"Assegnazione codici CIG/provvedimento di convenzione per l'interconnessione aziendale"*: assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.
- *"Assegnazione di un codice CIG/provvedimento di convenzione per il progetto pilota che fornisca strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria"*: assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice alfanumerico generato dall'Anac.

N.	Ministero / Amministrazione	Misura	Eventi e circostanze oggettive: aumento costi e/o scarsità materiali	Eventi e circostanze oggettive: squilibrio offerta/domanda, investimenti non attrattivi, impreparazione del tessuto produttivo	Difficoltà normative, amministrative, gestionali, ecc.	Ridefinizione CID e OA (errori, rimodulazione target, indicatori per rendicontazione, ecc.)
31	MLPS	M5C2 – Investimento 2.2: Piani urbani integrati per il superamento degli insediamenti abusivi in agricoltura		X	X	
32	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Riforma 1.1: Riforma degli istituti tecnici e professionali		X	X	
33	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M2C3 – Investimento 1.1: Costruzione di nuove scuole mediante sostituzione di edifici	X		X	
34	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Investimento 1.1: Piano per asili nido e scuole dell'infanzia e servizi di educazione e cura per la prima infanzia	X		X	
35	MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO	M4C1 – Investimento 1.4: Intervento straordinario finalizzato alla riduzione dei divari territoriali nei cicli I e II della scuola secondaria di secondo grado			X	X
36	MSAL	M6C1 – Investimento 1.1: Casa della Comunità (CdC) e presa in carico della persona	X	X		
37	MSAL	M6C1 – Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture (Ospedali di Comunità)	X	X		
38	MSAL	M6C2 – Investimento 1.2: Verso un Ospedale Sicuro e Sostenibile	X	X		
Totale			14	19	26	17

Fonte: elaborazione Struttura di missione PNRR su informazioni trasmesse dalle amministrazioni aggiornate a maggio 2023

Quanto poi agli otto obiettivi da portare a termine entro giugno 2023, attualmente risulta già raggiunto solo quello in tema di "Assegnazione di almeno 400 codici CIG/provvedimento di convenzione per la realizzazione degli Ospedali di Comunità".

Quelli ancora da portare a termine entro giugno sono invece i 7 seguenti:

- "Assegnazione dei codici CIG o convenzioni per la realizzazione delle Case della Comunità di almeno un CIG per ogni CUP": assegnazione del Codice CIG (codice identificativo di gara), un codice

alfanumerico generato dall'ANAC. Le nuove costruzioni devono essere conformi ai pertinenti requisiti di cui all'allegato VI, nota 5, del regolamento (UE) 2021/241.

- *"Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante.

- *"Stipula contratti per l'interconnessione aziendale"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante.

- *"Stipula dei contratti per la realizzazione delle Centrali Operative Territoriali"*: stipula dell'obbligazione giuridicamente vincolante. Il punto cruciale di questo intervento è l'entrata in funzione di almeno 600 Centrali operative (una ogni 100.000 abitanti) con la funzione di collegare e coordinare i servizi domiciliare con vari servizi territoriali, sociosanitari e ospedalieri e con la rete di emergenza, al fine di garantire la continuità, l'accessibilità e l'integrazione delle cure.

- *"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"*: è prevista l'adozione da parte di tutte le Regioni dei 2 nuovi flussi informativi nazionali: (1) riabilitazione territoriale e (2) consultori familiari.

- *"Assegnazione di 1.800 borse di studio per la formazione specifica in medicina generale"*: questo investimento deve essere volto all'incremento del numero di borse di studio in medicina generale, garantendo il completamento di tre cicli di apprendimento triennali.

- *"Completamento della procedura di iscrizione ai corsi di formazione manageriale"*: questo investimento mira ad attivare un percorso formativo per il personale con ruoli apicali all'interno degli Enti del Ssn per permettere loro di acquisire le competenze e le capacità manageriali e digitali necessarie per affrontare le sfide sanitarie attuali e future in un'ottica integrata, sostenibile, innovativa, flessibile e orientata al risultato.

A tutti questi si aggiungono, infine, altri cinque obiettivi da poter però raggiungere in un lasso di tempo più lungo, ovvero entro dicembre 2023.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=114567

quotidianosanita.it

"Come previsto dai cronoprogrammi degli interventi, riportati nei Piani Operativi, non si è ancora dato avvio all'esecuzione dei lavori per la realizzazione dei due nuovi modelli, in quanto la stipula dei contratti, a seguito dell'aggiudicazione della gara lavori, è prevista per il quarto trimestre 2023; l'avvio dei lavori avrà inizio tra la fine del 2023 e il 2024". Così il ministro Schillaci rispondendo all'interrogazione di Castiglione (A-Iv).

28 GIU -

"Allo stato attuale, dalla rendicontazione intervenuta al primo trimestre 2023, risultano raggiunti i target nazionali previsti per i due interventi oggetto d'analisi, con particolare riferimento ai target M6C1-00-ITA-6, M6C1-00-ITA-34, riferiti all'approvazione dei progetti idonei per la realizzazione delle gare d'appalto lavori, rispettivamente sia per Case della Comunità sia per Ospedali della Comunità e sono in corso di rilevazione i target M6C1-00-ITA-7, M6C1-00-ITA-35 riferiti all'acquisizione dei CIG (Codice identificativo di gara) per le medesime gare.

Si evidenzia che, come previsto dai cronoprogrammi degli interventi, riportati nei Piani Operativi, non si è ancora dato avvio all'esecuzione dei lavori per la realizzazione dei due nuovi modelli, in quanto la stipula dei contratti, a seguito dell'aggiudicazione della gara lavori, è prevista per il quarto trimestre 2023; l'avvio dei lavori avrà inizio tra la fine del 2023 e il 2024".

Così il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, rispondendo in aula alla Camera all'interrogazione sul tema presentato da **Giuseppe Castiglione (A-Iv)**.

Di seguito la risposta integrale del ministro Schillaci.

"Il decreto del Ministero della salute 23 maggio 2022, n. 77: "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale", prevede nel rispetto degli standard identificati, un Ospedale di Comunità, dotato di 20 posti letto, ogni 100.000 abitanti.

Le risorse a valere sul PNRR sono destinate alla fase iniziale dell'implementazione dei modelli previsti dalla riforma dell'assistenza territoriale, tenuto conto che non costituiscono il finanziamento totale dell'iniziativa.

Rispetto all'avanzamento finanziario, fermo restando che il programma è "performance based" e non un programma di spesa, occorre evidenziare che i dati all'interno del sistema informativo della Ragioneria generale dello Stato "ReGiS" alimentati da parte dei soggetti attuatori, sono in corso di allineamento in ragione della reale situazione di avanzamento degli interventi.

Aggiungo che il Ministero della salute, mediante la specifica unità di Missione ha supportato i soggetti attuatori, per accompagnarli verso un corretto e coerente caricamento dei dati a sistema. Entrando più nel merito del quesito posto, segnalo che allo stato attuale, dalla rendicontazione intervenuta al primo trimestre 2023, risultano raggiunti i target nazionali previsti per i due interventi oggetto d'analisi, con particolare riferimento ai target M6C1-00-ITA-6, M6C1-00-ITA-34, riferiti all'approvazione dei progetti idonei per la realizzazione delle gare d'appalto lavori, rispettivamente sia per Case della Comunità sia per Ospedali della Comunità e sono in corso di rilevazione i target M6C1-00-ITA-7, M6C1-00-ITA-35 riferiti all'acquisizione dei CIG (Codice identificativo di gara) per le medesime gare.

Si evidenzia che, come previsto dai cronoprogrammi degli interventi, riportati nei Piani Operativi, non si è ancora dato avvio all'esecuzione dei lavori per la realizzazione dei due nuovi modelli, in

quanto la stipula dei contratti, a seguito dell'aggiudicazione della gara lavori, è prevista per il quarto trimestre 2023; l'avvio dei lavori avrà inizio tra la fine del 2023 e il 2024.

Rispetto al tema del personale, è previsto uno specifico finanziamento PNRR di 101 milioni, destinato alle borse di studio per la formazione in medicina generale che, pertanto, saranno ulteriori rispetto alle borse previste con le risorse ordinarie. Vale, infine, la pena di rammentare che già l'art. 1, comma 274, della legge di bilancio per il 2022, aveva autorizzato, al fine di implementare gli standard organizzativi, qualitativi e quantitativi per l'attuazione del PNRR, la spesa complessiva di 1.015 milioni di euro per il personale da destinare alle case e agli ospedali di comunità. Alla ripartizione di tali risorse tra le regioni e le province autonome si è dato corso con decreto di concerto col Ministro dell'economia adottato nello scorso anno".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=115084

OSPEDALE CHE CAMBIA

Sanità del futuro, a Milano il primo Next Generation Hospital. V.Balocco CORCOM



Si è conclusa la prima milestone della Joint Research Platform Healthcare Infrastructures, la community di Politecnico e Fondazione. Dai sensori alla telemedicina, dalle applicazioni per il monitoraggio di parametri vitali ai digital twin in cloud. Grazie alla collaborazione con Uni si punta ad una norma per definire le linee guida

Pubblicato il 09 Feb 2023

Veronica Balocco

Come sarà l'ospedale del futuro? Una prima risposta arriva, a chiusura della prima milestone, dalla piattaforma di ricerca **Joint Research Platform Healthcare Infrastructures (Jrp HI)**, guidata dal **Politecnico di Milano** – Dipartimento Abc, Design & Health Lab – e dalla **Fondazione Politecnico di Milano** allo scopo di proporre una nuova vision di ospedale di nuova generazione insieme alle imprese e alle istituzioni della filiera. Il primo anno del **JRP Healthcare Infrastructures** è stato fitto di momenti di lavoro e incontro, con l'acquisizione di molti nuovi stakeholder che hanno rinnovato e consolidato il panel di aziende e istituzioni, portando diverse esperienze e contributi, arricchendo le tematiche della piattaforma.

Le attività sono validate dall'advisory board istituzionale che vede la presenza di referenti dell'**Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms)**, **Agenas** e dell'**Istituto Superiore di Sanità (Iss)**. Inoltre il lavoro del **JRP Healthcare Infrastructures** convergerà, grazie alla collaborazione con UNI, ente nazionale di normazione, in una norma terminologica, la prima in Italia, che **definerà univocamente la direzione verso l'ospedale di nuova generazione**.

Le linee guida: verso ospedali resilienti e moderni

L'ospedale, con la sua molteplicità di utenti (personale sanitario e tecnico, pazienti e caregiver) è un organismo complesso ed energivoro, una sorta di "*città nella città*" per questo necessita di un'attenta analisi per il rilancio di un settore che ha bisogno di un profondo cambiamento per affrontare le sfide dei prossimi anni.

Il tutto in un quadro che vede il 70% degli **edifici ospedalieri** ormai oltre il ciclo di vita, alla luce di una pandemia che ci ha messo di fronte alla necessità di progettare un ospedale più moderno e resiliente con spazi accoglienti e rassicuranti e un'architettura flessibile e sostenibile.

Le linee guida delineano quindi un **ecosistema resiliente al cambiamento e capace di proteggere la salute dei diversi utenti**, al mutare delle esigenze sociali, economiche, ambientali ed epidemiologiche del contesto in cui è inserito, inglobando i concetti di **Smart Hospital, Green Hospital e Covid Hospital**.

Il **Next Generation Hospital** si propone come modello di riferimento per il miglioramento delle architetture per la salute del futuro e quindi prevalenza di camere singole per combattere in modo più efficace le infezioni, presenza di molte aree verdi perché il benessere dei pazienti aiuta il recupero.

Camere dotate di **sensori digitalizzati** che possano supportare la cura e il controllo del paziente. Un'architettura aperta e permeabile alla comunità con spazi collettivi e di accoglienza, coinvolgendo attività non solo di carattere ospedaliero, ma anche con funzioni commerciali, d'intrattenimento e culturali.

Il benessere dei pazienti, che nell'ospedale del futuro deve essere messo al centro, si aggiunge alla necessità di sviluppare nuove tecnologie e all'introduzione di architetture resilienti alle mutevoli esigenze sanitarie. Risultano strategici alcuni accorgimenti che possano garantire rapide riconfigurazioni come la presenza di "*spazi polmone*" e aree facilmente riconvertibili in caso di emergenze.

Non ultimo, cosa fondamentale alla luce della pandemia degli ultimi anni, l'ospedale del futuro dovrà prevedere studi, monitoraggi e valutazioni su materiali innovativi, qualità dell'aria e tecnologie costruttive avanzate con particolare attenzione alla salubrità degli ambienti di cura e lavoro e alla sostenibilità dei prodotti e dei processi di costruzione.

Una struttura digitalizzata e "intelligente"

Un altro aspetto molto importante riguarda la **digitalizzazione**: l'ospedale di nuova generazione dovrà avere un **gemello digitale** e lavorare sia in locale sia in cloud, integrando alle metodologie di cura tradizionali, il tema della cura al domicilio, la telemedicina e l'ausilio di smart devices per il dialogo con il medico e la gestione integrata dell'infrastruttura grazie, ad esempio, all'uso di applicazioni e sensori per il monitoraggio dei parametri ambientali e di salute.

Spazi "hard" e aree "soft"

*"La giornata di oggi sancisce un momento storico di sinergia tra ricerca, istituzioni e imprese – precisa **Stefano Capolongo** docente di **Hospital Design** del Politecnico di Milano e responsabile scientifico dell'iniziativa – che con impegno e professionalità pongono le basi a una risposta sociale emergente: come saranno gli ospedali del futuro. Nel Next Generation Hospital gli spazi sono trasformabili rapidamente come un Lego, avranno per la maggior parte camere singole, i robot trasporteranno i pazienti, i droni porteranno i medicinali da un reparto all'altro. Gli spazi "hard" saranno poi bilanciati da aree "soft", verdi e terapeutiche per tutti gli utilizzatori dal paziente fragile al caregiver al personale medico sanitario, per abbattere i livelli di stress".*

*"Questo primo anno di ricerca ci ha permesso di dialogare e confrontarci con tutti gli attori che si occupano della creazione di nuove strutture ospedaliere per identificare assieme gli aspetti chiave che caratterizzano l'ospedale del futuro – spiega **Roberta Ranzo**, **Head of Solution IIG di Philips** -. Attraverso un'analisi dei flussi clinici, operativi e amministrativi, è possibile capire come creare in modo più efficiente un reparto o ridisegnarne l'assetto in base al volume dei pazienti attesi, al personale a disposizione, ai servizi d'avanguardia da erogare. Partendo dal cuore dell'ospedale, ogni spazio sarà creato in modo da accogliere al meglio il paziente e lo staff sanitario, a vantaggio delle cure".*

Verso una Sanità più vicina alle persone

*"Il Pnrr ha destinato ingenti risorse alla missione salute per sostenere riforme e investimenti in campo sanitario – afferma **Andrea Sianesi**, presidente della **Fondazione Politecnico di Milano** -. La Joint Research Platform Healthcare Infrastructures vuole dare il proprio contributo, agevolando il confronto tra tutti i soggetti interessati per favorire l'innovazione tecnologica negli ospedali. Oggi, dopo la pandemia, non possiamo più ignorare driver importanti come la gestione dei rischi e la progettazione accurata delle cosiddette architetture della salute. Per la prima volta, un progetto sfidante e di ampio respiro tra università, imprese e pubbliche amministrazioni potrà disegnare scenari evolutivi di grande importanza per la definizione del modello del Next Generation Hospital e creare così le basi non solo per un ammodernamento degli ospedali, ma anche per agevolare una sanità più vicina alle persone e radicata sul territorio".*

<https://www.corrierecomunicazioni.it/digital-economy/sanita-del-futuro-a-milano-il-primo-next-generation-hospital/>

quotidianosanita.it

Le nuove raccomandazioni progettuali per i nuovi ospedali che verranno realizzati nella Regione Europea, frutto di un accordo di ricerca con il Politecnico di Milano, sono pensate per istituzioni sanitarie, organizzazioni sanitarie e direttori generali, ma anche architetti e tecnici che si occupano di infrastrutture per la salute. Il documento è stato curato dal Design & Health Lab del Dipartimento dell'ateneo milanese

09 GIU –

Le [nuove raccomandazioni progettuali dell'Oms](#) per i nuovi ospedali che verranno realizzati nella Regione Europea, parlano italiano. Presentate a Baku (Azerbaijan) sono infatti frutto di un accordo di ricerca con il Politecnico di Milano: un documento curato dal Design & Health Lab del Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito dell'ateneo milanese con il coordinamento del professor **Stefano Capolongo**.

La pandemia Covid-19, spiega una nota dell'Ateneo, ha evidenziato l'importanza della preparazione in vista di disastri naturali e quelli causati dall'uomo, le emergenze e altre crisi sociali. La capacità di fornire servizi sanitari continui è fondamentale in queste situazioni e la progettazione di un'architettura per la salute è la via maestra per affrontare i molteplici fattori che stanno trasformando la società, l'economia e l'ambiente.

Gli ospedali sono particolarmente importanti perché interpretano al meglio queste trasformazioni, promuovono la rigenerazione urbana e hanno un impatto positivo su scala diffusa in un determinato territorio. Affinché un ospedale rimanga funzionale durante le emergenze e i disastri, deve essere progettato con infrastrutture solide e flessibili, un'elevata resistenza ai pericoli e un'attenzione particolare alla sicurezza e al comfort.

La pandemia Covid-19 ha inoltre sottolineato l'importanza dell'ambiente ospedaliero nella trasmissione degli agenti patogeni ed evidenziato la necessità di garantire un rispetto sostenibile degli standard igienici

“Come sarà l'Ospedale del futuro? Siamo già nel futuro: le soluzioni tecnologiche, progettuali e organizzative hanno raggiunto livelli molto avanzati – commenta il professor **Stefano Capolongo** direttore del Dipartimento di Architettura, Ingegneria delle Costruzioni e Ambiente Costruito del Politecnico di Milano - La sfida oggi è mettere a sistema tutte le istanze traguardando uno sviluppo sostenibile, inclusivo e in ottica One Health. Il technical brief redatto per l'Organizzazione Mondiale della Sanità raccoglie le principali strategie per la realizzazione di ospedali innovativi flessibili, resilienti ed Evidence-based nell'intera regione Europea”.

Le linee guida sono pensate per istituzioni sanitarie, organizzazioni sanitarie e ai loro organi di governance: i direttori generali, ma anche architetti e tecnici che si occupano di infrastrutture per la salute.

Le raccomandazioni affrontano le sfide future da differenti punti di analisi. In primo luogo la scelta della posizione dell'ospedale, con una funzione differente se ubicato in centro città o nelle periferie (quest'ultimo in grado di servire aree più vaste). L'attenzione poi si sposta sull'importanza delle aree verdi a beneficio di pazienti e personale medico e sul benessere dei lavoratori.

Un design accessibile degli spazi invece può soddisfare i bisogni di tutte le fasce della popolazione, lavorando anche sull'estetica, sia all'interno che all'esterno dell'ospedale.

A livello manageriale un contributo rilevante arriva dalla digitalizzazione che può portare grandi benefici alla gestione dei beni e dei servizi delle strutture, all'organizzazione del lavoro e dei servizi sul territorio.

L'ospedale del futuro non deve essere chiuso e immutabile: le sinergie con la rete sanitaria territoriale possono migliorare i servizi e la resilienza del sistema sanitario e aumentare la capacità dei pazienti di accedere ai servizi di medicina locale.

Nella programmazione bisogna essere consapevoli dei rischi di infezione all'interno delle strutture, e quindi prestare attenzione al controllo della qualità dell'aria durante le fasi di progettazione e costruzione, che dovranno prevedere la gestione dell'igiene.

L'ospedale del futuro è sostenibile a livello sociale, economico ed ecologico, con una strategia che è parte integrante dell'intero ciclo di vita della struttura, compresa la gestione dell'energia e delle risorse, e i suoi possibili adattamenti e ampliamenti.

Infine la prevenzione e la sicurezza: sono essenziali, sia dal punto di vista della sicurezza generale che del rischio di incendi e di eventi sismici; un tema che va affrontato a 360°: progettazione e costruzione, manutenzione, formazione e preparazione alle emergenze.

https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=114540



Europa

22 maggio 2023

| Documento tecnico

Fig. 1. Territorial Healthcare Network | Visualization of "Territorial Healthcare Network" by Politecnico di Milano Design & Health Lab



© Design & Health Lab, Politecnico di Milano

Panoramica

La pandemia di COVID-19 ha evidenziato l'importanza della preparazione nazionale per i disastri naturali e causati dall'uomo, le emergenze e altre crisi sociali. La capacità di fornire servizi sanitari ininterrotti è fondamentale in queste situazioni e la progettazione dell'architettura per la salute è un modo per affrontare i molteplici fattori che stanno trasformando la società, l'economia e l'ambiente.

Gli ospedali sono particolarmente importanti in questo senso perché interpretano al meglio queste trasformazioni, promuovono la rigenerazione urbana e hanno ricadute positive su scala capillare in un dato territorio.

Affinché un ospedale rimanga funzionale durante le emergenze e i disastri, deve essere progettato con un'infrastruttura forte e flessibile, un'elevata resistenza ai rischi e un'attenzione particolare alla sicurezza e al comfort. La pandemia di COVID-19 ha anche sottolineato l'importanza dell'ambiente ospedaliero nella trasmissione di agenti patogeni e ha evidenziato la necessità di garantire il rispetto sostenibile degli standard igienici. Le risoluzioni dell'Assemblea mondiale della sanità e il programma sanitario COP26 stanno adottando misure per affrontare questi problemi e promuovere una salute migliore in Europa.

Questo brief tecnico è strutturato come una guida per pianificatori e progettisti sanitari per migliorare la sicurezza, il comfort e l'efficienza dei progetti ospedalieri rinnovati e riprogettati e delle nuove strutture ospedaliere in tutta la regione europea dell'OMS.

CONTENTS

Acknowledgements.....	iii
Abbreviations	iv
1. Why a technical brief about health care infrastructures?	1
2. Purpose, methods and structure of this brief for action.....	3
3. Target audience	4
4. Outside the hospital: integrating the new hospital building with the community, natural and social environments	5
4.1 Hospital localization, urban regeneration and the contextual relationship, urban functions, services and amenities.....	5
4.2 Health care network and the synergies between hospitals.....	6
4.3 Landscape and healing outdoor environments.....	7
4.4 Accessibility and universal design strategies	10
5. Inside the hospital: interventions needed for hospitals in relation to technical, structural and operational aspects.....	12
5.1 Functional design and innovative layouts.....	12
5.2 Health care infrastructure sustainability.....	15
5.3 Flexibility, resilience and future-proofing	16
5.4 Healthy working areas.....	19
5.5 Safety and security issues	20
5.6 Organizational strategies for infection control capability and indoor air quality	21
5.7 Digitalization of the hospital from the management to the end-users.....	23
5.8 Soft qualities and wayfinding	25
6. Suggestions to monitor and measure the effectiveness of the interventions.....	26
7. Key messages.....	27
8. References.....	28

Hospitals of the future

A technical brief on re-thinking the architecture of hospitals



 World Health
Organization
European Region

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-7525-47292-69380>

L'ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro. G. Banchieri, I Quaderni di Quotidiano Sanità.

45

L'OSPEDALE FLESSIBILE: QUALE ORGANIZZAZIONE E QUALI MODELLI PER IL FUTURO

A cura di
Giorgio Banchieri
Segretario Nazionale Asiquas



QSe **Quotidiano
Sanità**
edizioni



Associazione Italiana per la
Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale

45

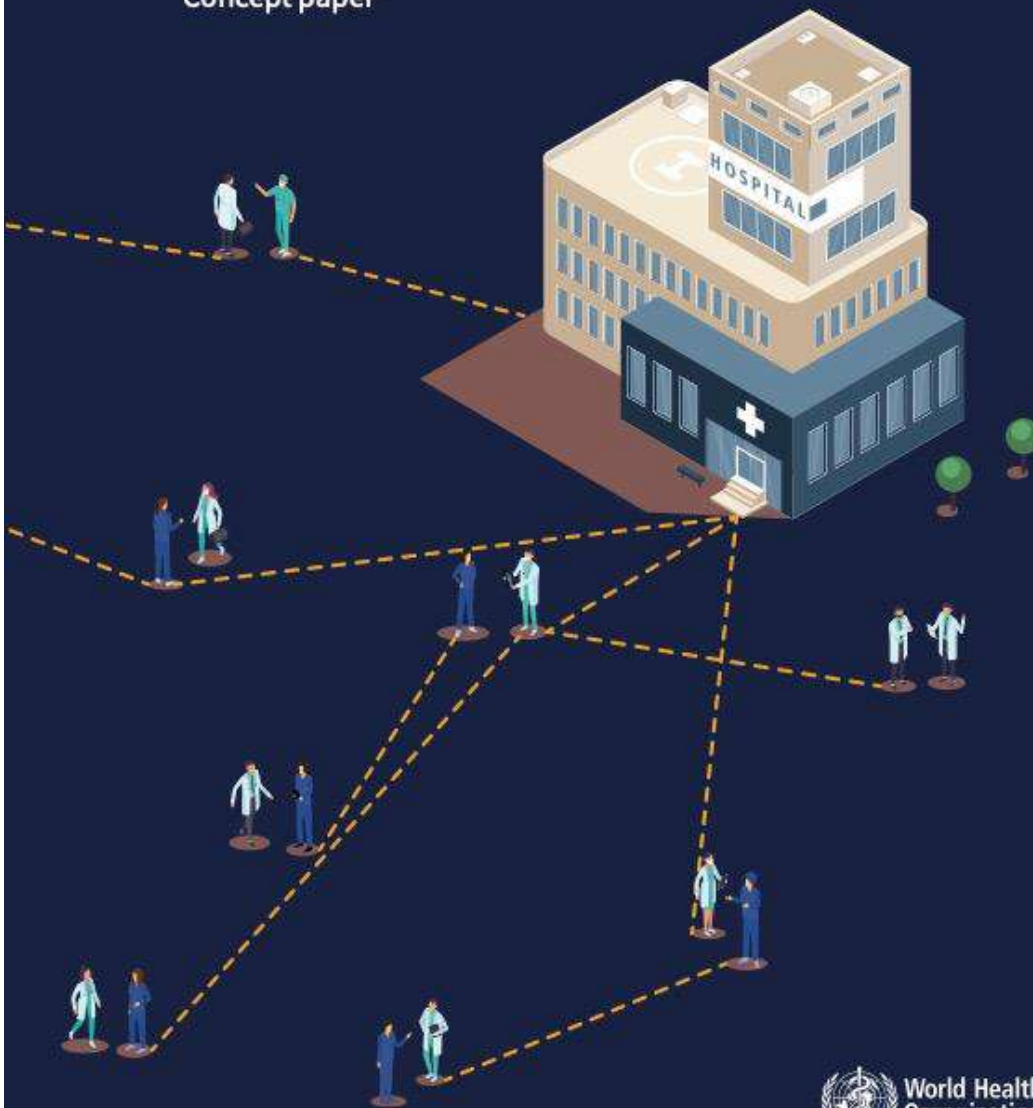
**L'OSPEDALE FLESSIBILE:
QUALE ORGANIZZAZIONE
E QUALI MODELLI
PER IL FUTURO**



High-value referrals

Learning from challenges and opportunities of the COVID-19 pandemic

Concept paper



Hospitals of the future

A technical brief on re-thinking the architecture of hospitals



Analisi CREA Sanità, FNOPI: sul territorio servono più infermieri e più qualificati. FNOPI



Disponibile online il 21 giugno 2023

Se la priorità emersa dai risultati dell'analisi CREA Sanità sulle performance regionali 2023 è l'assistenza territoriale e, in questa, le dimensioni più importanti sono l'appropriatezza, l'equità e il sociale (socio-sanitario), la conseguenza è logica: servono più infermieri.

Non ha dubbi la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) che rappresenta i 460.000 infermieri presenti in Italia e che ha fatto parte nel panel multistakeholder per la messa a punto dell'XI Rapporto CREA Sanità sulle performance regionali, presentato oggi a Roma.

Il rapporto ha scattato una fotografia di un'Italia divisa in due, con Regioni tutte del Centro-Nord in cui l'assistenza sicuramente è migliore e Regioni – tra cui tutte quelle del Sud -, che invece sono assolutamente penalizzate e indietro per poter garantire quasi tutte le dimensioni analizzate dal rapporto: appropriatezza, equità, sociale, innovazione, esiti, e dimensione economico-finanziaria.

Dove le performance regionali sono peggiori è maggiore la carenza di infermieri

Il nodo più grande che resta però per sviluppare le nuove dimensioni indicate nel rapporto è sicuramente la carenza di personale, che mette a rischio, creando difficoltà nell'equità dell'assistenza, l'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni e impedisce il raccordo tra sanitario e sociale che la nuova epidemiologia con l'aumento dell'età e i nuovi scenari di deprivazione rendono invece sempre più necessario.

Gli infermieri sono un cardine essenziale dell'assistenza sul territorio, per il recupero e il monitoraggio dell'appropriatezza e, con lei, dell'equità del sistema e rappresentano l'anello di congiunzione tra professioni sanitarie e sociali. Ma gli infermieri sono anche i professionisti più carenti nella sanità italiana con circa 65-70.000 unità in meno. E dai risultati del rapporto CREA emerge un dato che lo conferma: quasi tutte le Regioni con le performance peggiori sono anche quelle dove la carenza di infermieri è maggiore: la carenza è bassa o assente ad esempio in Veneto, a Bolzano e Trento che hanno ottenuto il migliore risultato nell'analisi CREA Sanità, mentre è altissima (non meno di 5.000 e anche sopra le 10.000 unità) in Calabria, Campania, Puglia, Sicilia e in generale in tutte le Regioni con le performance peggiori.

Quali soluzioni alla carenza

Servono soluzioni immediate. La FNOPI lo ribadisce: per far fronte davvero alla carenza servono soluzioni strutturate e non soluzioni tampone come quelle che si stanno susseguendo dalla pandemia in poi.

È indispensabile aumentare l'attrattività della professione abbandonando modelli obsoleti organizzativi, riconoscere la formazione accademica post base specialistica, incrementare i docenti universitari infermieri di ruolo per garantire qualità e non impattare negativamente su altri corsi di laurea attivi, garantire l'evoluzione di conoscenze e competenze manageriali per i ruoli di direzione con percorsi distinti e successivi alla laurea magistrale (specializzazioni) che dovrà avere quindi anche un indirizzo clinico.

"Il tradizionale modello organizzativo è ormai inefficace per rispondere alle esigenze di salute della popolazione come dimostra anche l'analisi CREA Sanità – spiega Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI -. Il nuovo paradigma sanitario si fonda sulla costruzione di reti di prossimità territoriale, determinando uno spostamento dei setting assistenziali dai luoghi tradizionali di cura, come gli ospedali, verso strutture territoriali che possano favorire l'integrazione socio-sanitaria e la continuità dei percorsi. Questo richiede l'evoluzione della professione infermieristica, dei relativi profili di competenza e dei ruoli agiti nelle diverse strutture sanitarie e dei percorsi formativi che possano accompagnare e stimolare il cambiamento. Siamo a disposizione di Istituzioni e Governo per raggiungere insieme un accordo sulle tematiche sanitarie attuali particolarmente complesse inerenti al ruolo professionale infermieristico".

<https://www.fnopi.it/2023/06/21/crea-performance-2023/>

“Su infermieri stranieri Ordini centrali per certificare la qualità dei professionisti”. FNOPI



Disponibile online il 6 giugno 2023

“Le soluzioni tampone sulla carenza infermieristica, come gli accordi con Paesi extraeuropei, non ci vedono certo sulle barricate, ma come Federazione auspichiamo un cambio di paradigma e una programmazione complessiva che tenga conto di una maggiore attrattività della professione e delle nostre proposte operative e concrete già avanzate in tutte le sedi”. Lo comunica, in una nota, la FNOPI, Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche.

Rispetto alla possibilità di stringere accordi con l’India, la FNOPI, oltre a chiedere evidenza dei protocolli già sottoscritti con altri Paesi come il Giappone, ribadisce “l’assoluta centralità dell’Ordine professionale quale ente sussidiario dello Stato e come garante del cittadino, nelle fasi di certificazione in entrata della conoscenza della lingua italiana e dove necessario della normativa professionale, così come auspica che si torni ad esercitare la verifica, attraverso gli Ordini territoriali, delle competenze accademiche e relativa certificazione del titolo di studio come accadeva regolarmente in epoca pre Covid per la verifica della competenza dei percorsi di studi, della conoscenza della lingua e della deontologia affinché nel nostro Paese non esistano assistiti di serie A e assistiti di serie B rispetto alle competenze infermieristiche”.

Secondo i dati della Federazione, gli infermieri stranieri presenti in Italia al 31 dicembre 2022, con regolare procedura di ingresso, erano 25.061. Ma a questo dato bisogna aggiungere circa undicimila infermieri immessi durante la pandemia da Covid-19, e altri 1.800 per gli effetti del decreto Ucraina, per un totale di circa 38 mila unità.

“Questa fase delle deroghe all’esercizio professionale istituita durante il periodo pandemico è una fase che adesso dobbiamo chiudere – continua la FNOPI -. È necessario valorizzare innanzitutto gli infermieri che hanno studiato e svolto il tirocinio in Italia, agendo su tutte le leve a disposizione per trattenerli nel nostro Servizio sanitario nazionale, scongiurando le fughe all’estero” spiega la Federazione, sottolineando l’allarme lanciato dagli Ordini degli infermieri della Lombardia che hanno chiesto alla Regione di intervenire per evitare la migrazione verso la Svizzera. “Come preannunciato dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, è arrivato il momento di mettere in campo strumenti ad hoc per favorire il rientro dall’estero dei troppi infermieri che hanno lasciato il nostro Paese”.

Occorre inoltre lavorare, secondo la FNOPI, sulle radici profonde della disaffezione alla professione. Vale a dire: l’aspetto economico (gli stipendi degli infermieri italiani sono mediamente il 40% al di sotto della media degli altri Paesi europei) e l’aspetto organizzativo (è una professione che ha scarsi sviluppi di carriera e che soffre di modelli ancorati a logiche vecchie, non più attuabili nell’attuale complessità del sistema).

<https://www.fnopi.it/2023/06/06/infermieri-stranieri/>

Transizione dei laureati magistrali in Scienze infermieristiche alla pratica clinica. Relster et al., Nurse Education Today



Nurse Education Today

Supports open access

M. Relster, S. Hald Nielsen, L. Thrysoe, K. Brochstedt Dieperink, D. S. Nielsen, L. K. Tolstrup

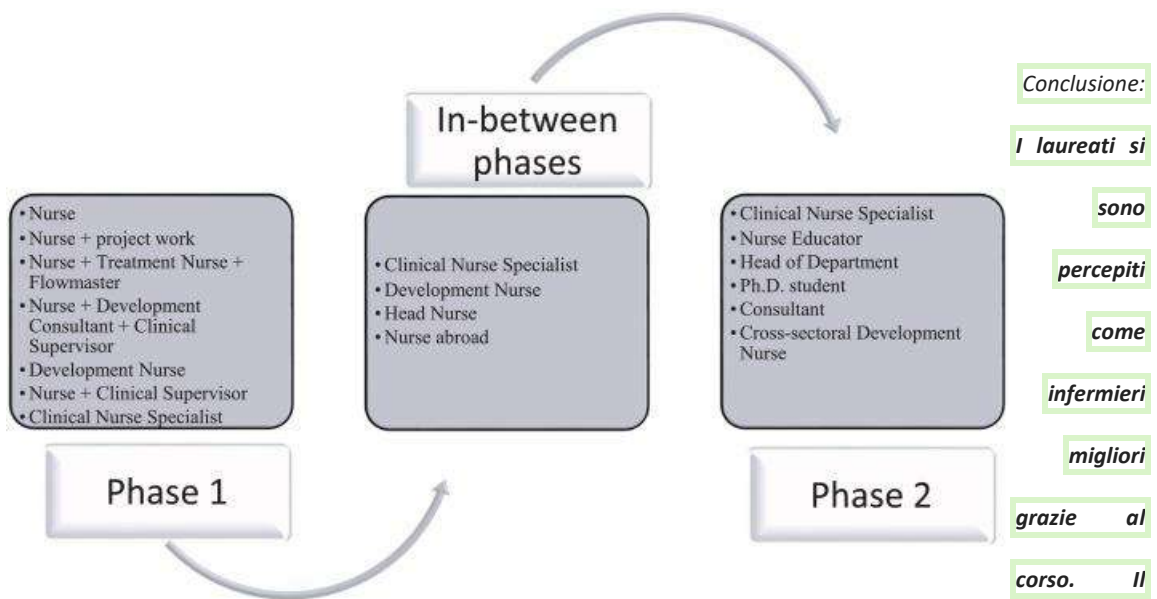
Publicazione online 16 giugno 2023

<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105882>

Introduzione: La ricerca indica che gli infermieri con un master possono contribuire ad aumentare la qualità dell'assistenza, migliorando così i percorsi assistenziali negli ospedali. Nel 2014 è stato istituito il programma di Magistrale in infermieristica presso l'Università della Danimarca meridionale per creare una relazione tra l'università e la pratica clinica per migliorare la capacità degli infermieri di funzionare a un livello clinico più elevato. Pertanto, questo studio mirava ad esplorare il significato della Magistrale sulle competenze auto-percepite degli infermieri e il loro ritorno alla pratica clinica.

Progettazione e metodi: È stato utilizzato un disegno qualitativo longitudinale con sei focus group comprendenti laureati della Magistrale in Infermieristica. Lo studio è stato condotto in due fasi: la prima fase nel 2017 (n=16) ha indagato in che modo il corso ha influenzato le competenze percepite dai laureati e la loro vita lavorativa. La seconda fase nel 2021-2022 (n=10) è stata un follow-up e ha incluso un sottoinsieme dei partecipanti della prima fase. I dati sono stati analizzati con un approccio induttivo ispirato alla condensazione sistematica del testo di Malterud.

Risultati: L'analisi ha rivelato due categorie principali: Transizione alla pratica e L'impatto del Master, insieme a cinque sottocategorie sottostanti.



programma della Magistrale in Infermieristica ha migliorato le loro competenze consentendo loro di fornire assistenza infermieristica più qualificata e basata sull'evidenza a beneficio della pratica clinica. Il passaggio e le condizioni in cui i laureati sono stati assunti, come la cultura del reparto e la gestione del reparto, hanno avuto un impatto significativo su come hanno vissuto il loro ritorno alla pratica clinica.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691723001764>

Infermieri e studenti di infermieristica come seconde vittime: revisione della letteratura. [Sahay, L. McKenna. Nursing Outlook](#)



Contents lists available at [ScienceDirect](#)

Nursing Outlook

journal homepage: www.nursingoutlook.org



A.

Disponibile online: 9 giugno 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2023.101992>

Background

La seconda vittima descrive l'impatto sugli operatori sanitari dopo un errore che ha causato danni prevenibili al paziente. Tuttavia, ad oggi, l'impatto degli errori commessi nella pratica da parte di infermieri e/o studenti di infermieristica non è chiaro.

Scopo

Descrivere e comprendere cosa si sa degli infermieri e degli studenti infermieri come seconde vittime.

Metodi

È stata completata una revisione dell'ambito utilizzando tre database: CINAHL, Medline e Proquest per il periodo tra il 2010 e il 2022. Un totale di 23 documenti sono stati sottoposti ad analisi tematica.

Discussione

Sono stati identificati tre temi: (a) Disagio psicologico e sintomi, (b) Coping-risposta/reazioni agli errori e (c) Ricerca di supporto e comprensione.

Conclusione

Il benessere e i livelli di produttività degli infermieri e degli studenti infermieri possono essere influenzati negativamente da un team inadeguato e da un supporto organizzativo. Per migliorare il funzionamento del team, devono essere implementati meccanismi di supporto appropriati per assistere gli infermieri che sperimentano un disagio significativo dopo aver commesso degli errori. La leadership infermieristica dovrebbe dare la priorità al miglioramento dei programmi di supporto, alla valutazione dell'allocazione del carico di lavoro e all'aumento della consapevolezza tra i leader dei potenziali benefici del fornire supporto alle seconde vittime.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0029655423000970>

Far avanzare la formazione infermieristica italiana nell'era post-pandemia: risultati di uno studio di ricerca qualitativa nazionale. Bassi et al., BMC Medical Education

[E. Bassi](#), [A. Dal Molin](#), [A. Brugnolli](#), [F. Canzan](#), [M. Clari](#), [M.G. De Marinis](#), [V. Dimonte](#), [P. Ferri](#), [F. Fonda](#), [L. Lancia](#), [R. Latina](#),



[Z.G.](#)
[Poli,](#)
[T.](#)
[Rea,](#)
[L.](#)

BMC Medical Education

[Saiani & A. Palese](#)

Pubblicazione: 19 giugno 2023

DOI: [10.1111/inr.12849](https://doi.org/10.1111/inr.12849)

Background: Durante la pandemia di CoronaVirus-19 (COVID-19), la formazione infermieristica è stata radicalmente trasformata e modellata secondo le restrizioni imposte dalle norme nazionali. Ripristinare le attività educative erogate in epoca pre-pandemia senza fare una valutazione critica delle trasformazioni attuate, può sacrificare la straordinaria opportunità di apprendimento che questo evento ha offerto. Lo scopo di questo studio è stato quello di identificare una serie di raccomandazioni che possano guidare la formazione infermieristica italiana ad andare avanti nell'era post-pandemia.

Metodi: Un disegno descrittivo qualitativo è stato intrapreso nel 2022-2023 e riportato qui secondo i criteri consolidati per le linee guida di ricerca qualitativa REporting. È stata creata una rete di nove università italiane che offrono una laurea in infermieristica per un totale di 6135 studenti. È stato coinvolto un campione mirato di 37 Docenti, 28 Infermieri Educatori Clinici e 65 Studenti/neolaureati. È stata condotta una raccolta dati con un modulo comprendente domande a risposta aperta su quali trasformazioni nella formazione infermieristica sono state attuate durante la pandemia, quali di queste dovrebbero essere mantenute e valorizzate, e quali raccomandazioni dovrebbero indirizzare la transizione della formazione infermieristica nel post-pandemia era.

Risultati: Sono emerse nove raccomandazioni principali che incorporano 18 raccomandazioni specifiche, tutte trasversalmente influenzate dal ruolo della trasformazione digitale, come strategia complementare e rafforzante per l'insegnamento in presenza. I risultati suggeriscono anche la necessità di ripensare le rotazioni cliniche e i loro modelli di supervisione, di rifocalizzare gli obiettivi di apprendimento clinico, di prestare attenzione alla comunità studentesca e ai suoi bisogni sociali, e di definire un piano educativo pandemico per essere pronti a imprevisti, ma possibili, eventi futuri.

Conclusioni: Ne è emerso un insieme multidimensionale di raccomandazioni, che ha plasmato una mappa strategica di azione, in cui il messaggio principale è la necessità di ripensare l'intera formazione infermieristica, in cui la digitalizzazione è incarnata. Preparare e portare avanti la formazione infermieristica seguendo le raccomandazioni emerse può promuovere standard educativi comuni e creare le basi su come affrontare futuri eventi pandemici/catastrofici preparando e preparando i sistemi educativi.

<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04402-1>

Un nuovo percorso formativo e professionale per MMG e personale infermieristico. Roberto Polillo, Saverio Proia, Quotidiano Sanità

Roberto Polillo, Saverio Proia

Il senso delle nostre proposte è volto a una ri-qualificazione del lavoro di tutti gli operatori sanitari, medici o infermieri che siano, in una logica di valorizzazione professionale e di liberazione da carichi e incombenze amministrative che incidono profondamente sulla qualità del lavoro sottraendo tempo prezioso per la cura dei pazienti

20 GIU -

Interveniamo ancora sulle [anticipazioni del ministro Schillaci sulla riforma delle cure primarie](#) soffermandoci su un secondo aspetto su cui riflettere relativo all'abolizione del corso triennale per l'accesso alla professione di MMG e alla sua sostituzione con una regolare specializzazione universitaria.

Anche su questo argomento la nostra posizione è già nota da tempo avendo sostenuto in tempi non sospetti tale necessità.

In questo secondo intervento vorremmo approfondire il perché sia indispensabile chiudere definitivamente con il corso triennale e iniziare una riflessione sulla proposta di istituire un nuovo corso universitario quinquennale per l'accesso al ruolo di MMG (avendo per modello la laurea in odontoiatria) avanzato su QS da [Domenico De Felice](#).

Una proposta che non condividiamo ma che ci offre lo spunto per inquadrarla nel problema dell'emergenza infermieristica, attraverso l'implementazione di ulteriori competenze complesse e specialistiche anche prevedendo specifici indirizzi nel corso di laurea magistrale in scienze infermieristiche, ad iniziare da quello in infermiere di famiglia/comunità, nonché attraverso la generalizzazione dell'istituzione dello psicologo di cure primarie, come del resto prevede lo stesso articolo 8 del dlgs 502/92

Provvedimenti che permetterebbero senza dubbio di realizzare l'asse portante di quel team interprofessionale che, insieme agli altri professionisti della salute, coadiuvi il medico di famiglia.

Perché siamo a favore della specializzazione universitaria per l'accesso al ruolo di MMG

L'accesso alle strutture del SSN può avvenire solo dopo avere ottenuto un diploma di specializzazione universitaria che rappresenta il requisito (indispensabile) per la partecipazione ai concorsi pubblici.

Incomprensibilmente, deroga da questa regola, non il pediatra di libera scelta, ma il solo MMG, per il quale il requisito di accesso è un corso triennale di tipo regionale e co-gestito in larga misura dai sindacati di categoria.

È evidente che tale procedura tende a mantenere da un lato la separatezza dagli altri medici rendendo dunque indispensabile il mantenimento di un rapporto libero professionale, non potendosi stabilire un rapporto di dipendenza per il mancato possesso del titolo abilitante il diploma di specializzazione di tipo universitario) e dall'altro a fidelizzare le giovani leve al sindacato da cui traggono la formazione, valori e credenze.

Un sistema formativo di tipo corporativo che rappresenta, insistiamo, una incomprensibile anomalia rispetto a tutti gli altri professionisti che accedono al servizio pubblico esclusivamente tramite il titolo universitario.

Le conseguenze in termini assistenziali e organizzativi

Le conseguenze sono dunque duplici. Da un lato la formazione è del tutto carente dal punto di vista clinico, essendo la presenza nelle strutture ospedaliere frammentaria e non comportante nessuna assunzione di responsabilità, seppur mediata dal tutor, a differenza di quanto avviene con tutti gli altri specialisti; dall'altro ipostatizza il professionista in una condizione priva di sviluppo ad esclusione della possibilità teorica ma mai realizzata di accedere alla responsabilità del distretto.

Un cortocircuito creato per mantenere il sistema convenzionale e i suoi istituti ultra garantisti e squilibrati rispetto a quelli in godimento dei dipendenti nonostante sicuramente più esposti a burn out e stress lavorativo come anche ieri richiamato da [Pierino Di Silverio](#) su QS.

L'osmosi professionale possibile

L'introduzione di un regolare titolo di specializzazione risolverebbe entrambi i problemi: darebbe ai giovani specializzandi una solida base clinica, perché per cinque anni dovrebbero alternare la loro presenza nelle strutture territoriali con quella attiva, con tanto di turni festivi e di guardia in quelle ospedaliere: dall'altro permetterebbe quella osmosi tra lavoro in corsia e in ambulatorio che [Massimo Tosini](#), intervenendo nel dibattito in corso, ha suggerito su QS, auspicando peraltro un provvedimento di passaggio a dipendenza per tutti i MMG, immediato e senza dilazioni od eccezioni.

È ovvio che il possesso di una specializzazione equipollente a quella di medicina interna consentirebbe quella bi-direzionalità che Tosini auspica e che sarebbe anche di sollievo a medici ospedalieri che dopo anni di frontiera in corsia

o PS potrebbero passare a un lavoro ambulatoriale come MMG dipendenti di minore impegno professionale ma non di minore importanza. Un processo percorribile ovviamente anche in senso contrario.

La questione infermieristica

Il Ministro Schillaci sta intervenendo in più occasioni anche sulla questione dell'emergenza infermieristica; da tempo abbiamo esposto le nostre proposte in merito e da tempo riteniamo che per affrontare la questione infermieristica non possano essere messe in essere solo a risposte tattiche, perlopiù tamponi momentanei e già sperimentati e verificatisi non risolutivi, quali l'importazione di infermieri da altri Stati, i quali hanno un rapporto medico/infermiere e infermiere/popolazione più preoccupante del nostro mentre esportiamo infermieri in altri stati europei, giustamente ritenuti tra i migliori professionisti.

No a provvedimenti tampone ma risposte incisive e durature

Per questo riteniamo che debbano essere messe in essere delle risposte incisive e durature per affrontare la questione infermieristica con una visione strategica e non solo tattica che investa sulla professione infermieristica considerata una capisaldi della valorizzazione dei professionisti della salute prevedendo:

- Il rafforzamento e il potenziamento della rete delle sedi della formazione universitaria in infermieristica del SSN convenzionate con gli Atenei facendo intendere alle Direzioni Generali Aziendali che non sono un costo ma un investimento e per questo il personale docente e i tutor attraverso gli strumenti contrattuali debbono essere apprezzati e valorizzati economicamente e normativamente;
- L'esonero o un incisivo abbattimento delle tasse universitarie per l'iscrizione al primo anno di corso di laurea in infermieristica e il suo mantenimento secondo il positivo profitto dello studente anche attraverso una reale rimodulazione della didattica teorica e del tirocinio consentendo il suo prolungamento solo di fronte a motivazioni di salute o altro di reale gravità;
- La riedizione di borse di studio a livello regionale per gli studenti infermieri da confermare annualmente in relazione al profitto verificato dello studente;
- L'attivazione di uno specifico contratto di formazione lavoro per gli studenti del terzo anno, regolato economicamente e normativamente in una specifica sezione contrattuale del CCNL del personale del comparto sanità;
- L'attivazione di contratti di formazione lavoro, come previsto dal CCNL del comparto sanità, per i neolaureati da parte delle Aziende sanitarie e con la previsione al termine del primo triennio, se in presenza di un giudizio positivo il passaggio a tempo indeterminato, snellendo così le procedure concorsuali;
- La piena generalizzazione del sistema degli incarichi professionali e organizzativi per il personale del SSN e in particolare degli incarichi di alta professionalità di infermieri specialisti e di infermieri esperti con il conseguente pieno riconoscimento economico e normativo, penalizzando le direzioni generali inadempienti
- La previsione di specifici indirizzi clinici - specialistici nel corso di laurea magistrale quale evoluzione del professionista specialista previsto dall'articolo 6 della legge 43/06;

Una diversa organizzazione del lavoro che liberi i professionisti da incombenze improprie

Il senso delle nostre proposte è volto a una ri-qualificazione del lavoro di tutti gli operatori sanitari, medici o infermieri che siano, in una logica di valorizzazione professionale e di liberazione da carichi e incombenze amministrative che incidono profondamente sulla qualità del lavoro sottraendo tempo prezioso per la cura dei pazienti.

Il passaggio a dipendenza di MMG, il loro inserimento nelle case della comunità insieme al restante personale sanitario infermieristico è il modo anzi l'unico modo attraverso cui centrare questo obiettivo

E per questo serve completare l'equipe con nuove figure professionali (OSS con nuovo profilo, amministrativi, segretari di reparto o di casa della comunità) a cui affidare compiti amministrativi e logistici non sanitari

Un'azione riformatrice di grande respiro per valorizzare la componente professionale senza la quale è impossibile salvare un servizio sanitario ormai al collasso.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114813

MEDICINA TERRITORIALE

Toscana: inaugurata la Casa della Comunità di Sinalunga, la prima dell'Azienda Sud Est. Il Sole24ore



È stata inaugurata la Casa della Comunità di Sinalunga, la prima dell'Azienda USL Toscana sud est. I cittadini vi possono trovare i servizi socio-sanitari di base offerti dal sistema sanitario regionale. Nella Casa della Comunità lavora un team multidisciplinare, formato da medici di medicina generale, infermieri (ambulatoriali e infermieri di famiglia e di comunità), altri professionisti sanitari, personale sociale e amministrativo che garantiscono la presa in carico della persona, la continuità assistenziale ospedale-territorio e l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale.

Questo tipo di strutture è uno dei pilastri della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale introdotta dal DM 77 del 2022. Le Case della Comunità sono un'evoluzione delle Case della Salute, introdotte dalla Regione Toscana. La Casa della Comunità, tra i tanti servizi offerti, garantisce assistenza medica e infermieristica per dodici ore al giorno, sei giorni su sette.

Hanno partecipato alla cerimonia di oggi pomeriggio il presidente della Regione Toscana Eugenio Giani, l'assessore regionale al Diritto alla salute Simone Bezzini, il presidente Società della Salute Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese e sindaco di Montepulciano Michele Angiolini e il sindaco di Sinalunga Edo Zacchei. Presenti per l'Asl Tse il direttore generale Antonio D'Urso, il direttore sanitario Simona Dei, il direttore amministrativo Antonella Valeri e il direttore della Società della Salute/Zona distretto Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese Marco Picciolini.

«Con le Case di Comunità e gli Ospedali di Comunità la Toscana ripensa la propria organizzazione sanitaria territoriale che già, con le case della salute, si era avvicinata ai cittadini. Questa nuova riforma, – commenta il presidente della Toscana **Eugenio Giani** - costituisce un gesto di attenzione e sensibilità ulteriore verso la Toscana diffusa, dove concretamente vogliamo offrire gli stessi servizi ovunque una persona abiti e venire incontro, nel modo migliore, ai bisogni dei cittadini».

«Le Case di Comunità sono un tassello importante della riforma della sanità territoriale che abbiamo tenuto a battesimo alla fine dello scorso anno e che ora dobbiamo mettere a terra – spiega l'assessore al Diritto alla salute, **Simone Bezzini**. - L'abbiamo fatto non limitandoci ad applicare il decreto del Ministero, ma aggiungendo un pensiero e un programma che tiene conto delle specificità della nostra regione e dei modelli di assistenza sperimentati negli ultimi decenni. Questa di Sinalunga è la prima del territorio dell'area vasta Sud Est e segna l'avvio di un percorso significativo per il futuro del territorio. Le Case di Comunità, - aggiunge l'assessore, - avranno lo scopo di avvicinare i servizi sanitari ai cittadini, a partire da quello di cui hanno bisogno i malati cronici e gli anziani. Permetteranno inoltre di ridurre la pressione sul pronto soccorso facilitando la presa in carico dei pazienti».

«È un traguardo importante perché la Casa della Comunità rappresenta una risposta certa ai bisogni dei territori, - afferma il direttore dell'Asl Tse, **Antonio D'Urso**. - Dalle 8 alle 20, dal lunedì al sabato, un team multidisciplinare di professionisti lavora per risolvere i bisogni di questa comunità e di quelle vicine. Per noi dell'Asl Tse il presidio del territorio è fondamentale, è nella nostra essenza. Non è un caso, quindi, che negli ultimi indicatori Mes la nostra Azienda spicchi proprio sulla salute territoriale».

«Questo è un presidio avanzato dei servizi territoriali che si è concretizzato e che sarà punto di riferimento di tutti i cittadini, - dichiara il sindaco di Sinalunga, **Edo Zacchei** -. Risulterà anche essere una risposta efficiente per gli utenti e mitigherà le difficoltà che il pubblico servizio sanitario nazionale ha nel reperire le professionalità dei medici di medicina generale elaborando un nuovo modo di approcciarsi ai servizi socio sanitari territoriali. Un servizio importante, resosi possibile, grazie a un lavoro di squadra».

«L'apertura di questa Casa di comunità rappresenta una risposta importante alle esigenze della popolazione locale nel segno di una sanità territoriale potenziata, - afferma il presidente SdS Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese, **Michele Angiolini** -. Questo tipo di struttura offrirà una serie di servizi sanitari di base, nonché supporto psicologico e sociale a favore dei cittadini della Valdichiana. Tutto ciò per contribuire a migliorare la qualità della vita delle persone e per ridurre la pressione sui servizi sanitari tradizionali».

«La Regione Toscana investe da tempo sullo sviluppo e il rafforzamento dell'assistenza territoriale, - dice il direttore della SdS/Zona distretto Amiata Senese e Val d'Orcia – Valdichiana Senese, **Marco Picciolini** - e, tra le azioni prioritarie,

c'è la proposta di un modello organizzativo ben identificabile da parte del cittadino e sede unitaria di prestazioni extra-ospedaliere erogate da un team multidisciplinare di professionisti. In questo contesto si colloca la realizzazione della Casa della Comunità di Sinalunga: punto di riferimento chiaro per i cittadini. Li invito a non avere timore e a farci conoscere impressioni, consigli e critiche».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-06-13/toscana-inaugurata-casa-comunita-sinalunga-prima-azienda-sud-est-165245.php?uuid=AEstnBgD&cmpid=nlqf>



Ettore Jorio, Università della Calabria

No, alle cattedrali nel deserto. No, a perdere terreno politico sulla sanità. No, alla paura di cambiare le regole che non vanno. Sono tre imperativi della presidente Giorgia Meloni. Sono tre temi sui quali è impegnato il Governo, con il ministro Schillaci in prima persona ([si veda Sanità24 del 5 giugno](#)).

Sono tante, troppe le difficoltà a mettere a terra le Case di comunità, gli Ospedali di comunità e le Cot. Sono pochi i quattrini (tre miliardi) per realizzarli. Mancano del tutto quelli necessari per riempirli di personale, peraltro difficile da reclutare, di attrezzature e della tecnologia per la medicina a distanza, la telemedicina.

A monte di questo occorre tuttavia correggere i soliti errori di ipotesi che si fanno abitualmente nelle spartizioni di ricchezze europee.

Con la disponibilità di 15,63 miliardi sulla Missione 6 sulla Sanità si è cominciato a pensare alla grande e male. Si sono idealizzate Case della comunità distribuite sul territorio senza rilevazione del fabbisogno necessario, si è fatto altrettanto con gli Ospedali di comunità con l'aggravante di prevederli (ahinoi) separati dalla Case di comunità impedendo così quella naturale continuità assistenziale fisica che sarebbe occorsa all'utenza non bisognosa di ricovero, di essere assistita sotto l'occhio vigile del proprio medico curante.

Ma si sa, in Italia si fa uso di tutto per distribuire quattrini e strutture con l'intento di utilizzarli politicamente.

Un po' qui e un po' lì: è la triste regola che disunisce persino l'inseparabile funzionalmente.

Ebbene, a fronte di tutto questo - non avendo qui alcuna preoccupazione di affermare che anche il Governo presieduto da quel mostro sacro che è Mario Draghi, ha fatto le cose male così come i precedenti - necessita correggere il tiro. Pena la continuazione del disastro dal quale in troppi si distruggono da decenni, dell'assenza di salute sul territorio, della rete ospedaliera che fa acqua da tutte le parti, della telemedicina che non c'è, della impreparazione ad accettare l'ingresso dell'intelligenza artificiale. Ma soprattutto, del guaio di non seguire le regole, finanche quelle fondamentali pretese dalla Costituzione.

Prima domanda: ci sono i soldi per farlo? Quelli del Pnrr, a oggi usati malissimo e con una lentezza che non ha uguali, non basteranno di certo. Basti pensare che per mettere in piedi 1.430 Case della comunità, 435 ospedali di comunità e 611 centrali operative territoriali - peraltro cresciute di numero rispetto alla previsione originaria - le risorse a essi destinate non saranno affatto sufficienti a metterli in piedi, con i requisiti strutturali richiesti per essere accreditati.

Al riguardo, è facile immaginare di quanto dovrà essere incrementato il fondo sanitario (meglio, il Fabbisogno standard nazionale da determinarsi dal 2025 in poi con i criteri/formule del federalismo fiscale) per assicurare agli stessi il personale necessario e quanto altro occorrente, indispensabili per acquisire i requisiti minimi organizzativi e strumentali per conseguire l'accreditamento istituzionale.

Peraltro, in un momento come questo nel quale c'è carenza assoluta di medici e di professionisti sanitari occorrenti.

Da qui, la necessità di "inventarsi" qualcosa che sia davvero funzionale per cambiare il mondo.

Per stravolgere, costi quello che costi, l'attuale funzionamento sistemico del Ssn, tale da renderlo garante, ma davvero, del miglior prodotto dell'assistenza alla persona, ove essa nasce, vive, lavora e muore. Ovunque.

Ciò anche allo scopo, che se dovesse riaffacciarsi una aggressione pandemica, di poterla affrontarla certamente non peggio di come è successo nel gennaio/febbraio 2020 con il Covid, con le atroci conseguenze che sono facili ma terribili da immaginare.

Seconda domanda: c'è la volontà politica per portare avanti un siffatto percorso? Pare che il lavoro in tal senso sia già partito. Il ministro Schillaci, sembra, che vi sta mettendo mano. Sembra avere programmato - in concomitanza con la richiesta di rimpinguare i finanziamenti in conto capitale da destinare alle stesse strutture ex Dm 77 e di prevedere gli impegni occorrenti nei conti economici delle Regioni per assicurare il funzionamento a regime delle strutture territoriali - una mezza rivoluzione della medicina convenzionata.

Medici di medicina generali e pediatri di libera scelta di nuova nomina non più in regime parasubordinato, bensì dipendenti delle aziende sanitarie con obblighi di servizio di 38/40 ore settimanali. Continuità assistenziale impegnata tutta nella assistenza domiciliare.

Tutte e tre abilitati a disporre direttamente, nel caso di bisogno, il ricovero ospedaliero, senza passare dagli spesso infrequenti pronto soccorsi.

A ben vedere, un sistema che a valle di tutto il ciclo assistenziale privilegerà gli stili di vita, le persone, la garanzia dell'assistenza istituzionalizzata sul territorio, la continuità assistenziale che rintraccia la casa come primo luogo di cura, la decisione condivisa tra paziente e medico di accedere al ricovero vigilato dal medesimo "medico di famiglia".

Il tutto, in un regime di assoluta ed essenziale complementarietà con le farmacie, quale presidio fisso e fidelizzato, specie nei luoghi di periferia e montani, cui occorrerà affidare compiti assistenziali di diagnosi chimico-clinica e per immagini teleguidate nonché di supporto assistenziale.

Poi ci sarà da impegnarsi, sulla revisione dell'assistenza ospedaliera e la metodologia gestoria delle aziende sanitarie. Ma queste saranno altre cose.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/sentenze/2023-06-19/cure-territorio-riparare-errori-d-avvio-pnrr-servono-soldi-e-volonta-politica-e-nuova-medicina-generale-modello-schillaci-153802.php?uuid=AEBuGDID&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

di Alessandro Nobili, Fulvio Lonati

MMG: DDL Cantù

Ha preso il via da qualche settimana in Commissione Affari Sociali e Sanità l'esame del [disegno di legge \(DDL n.227\) "Misure per il potenziamento della medicina territoriale in prevenzione e assistenza primaria"](#), i cui contenuti sono stati riassunti su QS il 24 maggio scorso. In una lettera al Direttore Nicola Preiti mette in evidenza le criticità e le contraddizioni dei suoi contenuti rispetto alla riorganizzazione dell'assistenza territoriale disegnata dal DM 77 approvato lo scorso anno.

Come Centro Studi, assieme all'Alleanza per la Riforma delle Cure Primarie (a cui hanno aderito parecchie istituzioni e associazioni: <https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia>) abbiamo condiviso in larga misura i contenuti principali del Libro Azzurro e promosso una serie di iniziative per una radicale riforma delle Cure primarie i cui punti chiave sono riassunti nel documento "Alleanza per la riforma delle cure primarie in Italia" (<https://sites.google.com/view/il-libro-azzurro-della-phc/alleanza-per-le-cure-primarie-in-italia/le-proposte-dellalleanza>).

Dopo aver letto e analizzato la nuova proposta di legge non possiamo non esprimere la nostra sorpresa e preoccupazione per un testo che va nella direzione contraria a quanto previsto dal DM 77, che aveva tracciato una riorganizzazione dell'assistenza territoriale puntando su alcuni assi portanti: integrazione socio-sanitaria, multiprofessionalità tra operatori sanitari, operatori sociali e personale dell'associazionismo e del terzo settore e ruolo delle Case di Comunità come nucleo centrale delle cure primarie e luogo fisico della connessione e dell'integrazione dei servizi territoriali sotto il governo del Distretto.

È vero che anche noi, a suo tempo, avevamo evidenziato una serie di criticità del DM 77, riassumibili nell'insufficienza di una ricomposizione unitaria delle cure primarie, concepite come un contenitore in cui servizi e figure professionali sono presenti come silos separati e autonomi.

Tuttavia il nuovo disegno di legge, lungi dall'affrontare questi aspetti per migliorare il sistema nella direzione da noi indicata, li approfondisce ulteriormente fino a smantellare completamente l'intero modello del DM 77, con la volontà di cancellare frettolosamente con un colpo di spugna la ragion d'essere delle Case di Comunità, che da alcune parti vengono considerate con fastidio come superflue "cattedrali nel deserto".

In questa proposta si sente in maniera molto chiara ed esplicita la mano di chi all'interno della medicina generale non ha mai digerito il DM 77, in quanto avrebbe compromesso una serie di privilegi unici nel campo della sanità pubblica riservati dalle attuali forme contrattuali ai medici di medicina generale. È del tutto anacronistico pensare che ai molteplici bisogni, non solo sanitari, dei malati cronici, prendendone in carico i molteplici bisogni si possa rispondere con delle non ben definite "reti di studi professionali" connesse con specialisti ambulatoriali, farmacie territoriali e dipartimento di prevenzione e salute mentale. Non manca ovviamente un richiamo alla "salute globale" e a privilegiare l'associazionismo tra medici e le ormai famose aggregazioni funzionali territoriali, facendole afferire non si sa bene come alle case della comunità. Nota interessante è quella di portare a 25 ore settimanali le attuali 15 ore di apertura degli ambulatori. Inoltre, se già il DM 77 non era molto esplicito sul fatto che il principale luogo di lavoro dei medici di medicina generale dovesse essere identificato nella casa di comunità, in questo DDL allontana ulteriormente la medicina di base da queste strutture.

Manca completamente una visione di come l'assistenza primaria debba configurarsi per le nuove sfide del dopo pandemia, che hanno chiaramente messo a nudo l'impreparazione e la disorganizzazione del territorio riversando tutto sugli ospedali, con le conseguenze che sono ben note a tutti.

Senza entrare nel merito di altre questioni previste dal DDL come il rapporto dei medici di medicina generale e il Servizio Sanitario Nazionale, il meccanismo di remunerazione, le misure per sopperire alla carenza dei medici per la medicina del territorio, la revisione del sistema di formazione specifica e programmazione, che tutto sono tranne che innovative, si è persa un'altra occasione per mettere mano in maniera decisa e al passo con i tempi ad una riforma che da troppo tempo continua a rigirarsi su se stessa senza nessun cambiamento reale.

In altre parole, sembra che si voglia rimettere in discussione il tutto per lasciare alla fine le cose come stanno.

quotidiano**sanita**.it

Ornella Mancin

19 GIU - Credo sia giunto il momento per la medicina di famiglia non solo di rinnovare la Convenzione (cosa che si fa con sempre maggior ritardo) ma soprattutto di ripensarla radicalmente.

Il medico di famiglia, che giuridicamente è inquadrato come libero professionista, ha perso progressivamente in questi anni la sua autonomia professionale diventando sempre più amministrato e burocratizzato. Poco o nulla è rimasto di quella professione intellettuale e liberale che caratterizza la libera professione se non forse la possibilità di decidere dove aprire lo studio nell'ambito di un territorio assegnato e che orari di apertura tenere (cosa poco rilevante dal momento che comunque nel resto della giornata la maggior parte di noi passa il suo tempo chiusi dentro lo studio a rispondere all'email, a fare piani terapeutici, inviare dati, ricette, etc).

Se si vuole veramente recuperare il valore intellettuale della nostra professione bisogna ritrovare e sviluppare il rapporto libero professionale. Lo ritengo l'unico modo per sottrarre la nostra professione dai vincoli ormai oppressivi di un controllo che sta rendendo sterile il nostro impegno, il nostro percorso di studi e il nostro intelletto.

Ma liberalizzare implica che si metta in discussione lo schema attuale della convenzione che contrattualmente resta un ibrido tra dipendenza pubblica e libera professione.

Per farlo credo ci si debba rifare all'idea di autore, di "shareholder" tanto cara al prof. Cavicchi.

Dell'"autore" Cavicchi ha parlato più e più volte (nella "Quarta riforma", nella "Questione medica", nelle "Cento tesi") ma senza ricevere l'attenzione che a mio avviso, pur nelle difficoltà applicative, la proposta merita. Dice il prof Cavicchi che "tra dipendenza pubblica e lavoro convenzionato esiste la strada dell'autogoverno del lavoro, cioè degli autori".

L'autore è nello stesso tempo ideatore ed esecutore di un progetto, ne è il principale responsabile, rischia in proprio ma decide in piena autonomia e viene misurato in base ai risultati raggiunti. La figura dello shareholder non è così teorica o utopistica come può sembrare a un primo impatto, in realtà nella pratica quotidiana già per molti di noi, specie per chi opera in medicina di associazione, di gruppo o integrata, è qualcosa di concreto che aspetta una sistemazione giuridica contrattuale e quindi una evoluzione nei modi di definire il lavoro medico.

In queste forme organizzative che il DDL 502, in fase di riesame, intende diffondere, i medici sono chiamati a darsi una organizzazione del lavoro e delle modalità operative che garantiscano il raggiungimento di obiettivi stabiliti da un contratto di esercizio.

Perché allora non può avvenire una estensione di questa autonomia tale per cui ci si consente davvero di essere pienamente autori e non come sempre più spesso accade, semplici esecutori di ciò che vuole l'azienda sanitaria dove si opera? Una maggiore autonomia basata su un accordo (una nuova convenzione appunto) che abbia come fine obiettivi di salute, buon stato di salute della popolazione e risparmio di spesa sanitaria.

Il recupero della autonomia professionale è l'unica strada per me percorribile per ridare dignità alla nostra professione ed è un "rischio" che vale la pena di correre anche mettendo a repentaglio lo stipendio sicuro.

La retribuzione del medico di famiglia è oggi basata sulla quota capitaria: più pazienti mi scelgono più cresce il mio stipendio. Tale meccanismo crea ovviamente delle distorsioni. L'utente che sceglie in maniera fiduciaria il professionista, se da una parte dovrebbe fidarsi del proprio medico, dall'altra si aspetta un trattamento in qualche modo "privilegiato" pena la ricasazione.

La paura di essere ricasati porta spesso il medico ad accondiscendere a richieste inappropriate. Alla quota capitaria si aggiungono poi altre voci pagate poche lire per determinati compiti pattuiti sindacalmente (6 euro per fare i vaccini, qualche spicciolo per le medicazioni, qualche lira per seguire a domicilio il cronico con regolarità ...).

Questa modalità di costruzione dello stipendio basata sul pagamento "miserrimo" di prestazioni è il cavallo di battaglia di qualche sindacato convinto che ai medici di famiglia interessino fundamentalmente i soldi, per quanto pochi, e non la qualità del lavoro e della vita.

E così accettando di volta in volta di fare qualcosa in più in cambio di cifre insignificanti siamo diventati dei prestatori d'opera perdendo definitivamente il valore del nostro essere medici.

E' tempo di recuperare e lo possiamo fare solo riprendendoci la nostra autonomia e non per fare quello che vogliamo ma per dimostrare ciò che valiamo.

Bisogna lavorare per ridefinire una nuova convenzione nella quale lo stato giuridico libero professionale contempli il medico quale autore con una nuova organizzazione del lavoro integrata con le altre figure professionali all'interno di equipe multiprofessionali che concorderanno con la parte pubblica scopi, finalità e obiettivi di salute nell'ambito di una vera riforma delle cure primarie che veda nel distretto il punto di incontro tra territorio e ospedale e vero punto di riferimento per i cittadini.

Questa nuova definizione della figura professionale del medico deve prevedere libertà organizzativa, abolizione dei massimali, de-burocratizzazione della professione e remunerazione (all'altezza del lavoro intellettuale compiuto) in base ai risultati.

Non è un cammino facile, ma oggi siamo chiamati a fronteggiare e a governare una realtà super complessa che implica problemi di ogni tipo: morali, scientifici, economici, giuridici, organizzativi e non lo possiamo certo fare ingabbiati in una medicina amministrata che ci sta soffocando rendendoci delle Trivial machine, come ci ha ricordato più volte il prof. Cavicchi.

Riprendiamoci la nostra autonomia, facciamoci pagare bene come compete a un libero professionista e dimostriamo che siamo all'altezza delle sfide di una moderna sanità

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114761

quotidianosanita.it

Lo anticipa il quotidiano La Stampa che riporta come "il Ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta mettendo a punto un piano" con cui "si rivoluzionerà il modo di lavorare dei medici di famiglia". I giovani mmg infatti diventeranno dipendenti. Previsto anche l'aumento delle ore per gli specialisti ambulatoriali e l'impiego delle ex guardie mediche per le visite domiciliari. Il tutto con l'obiettivo di rendere effettive le Case della Comunità.

18 GIU -

Specializzazione universitaria e rapporto di lavoro a dipendenza. Per la medicina generale si prepara una vera e propria rivoluzione che se confermata rischia di scatenare un putiferio sulla categoria che ha sempre avversato ogni ipotesi in tal senso. Ad anticipare il tutto è il quotidiano La Stampa che racconta dell'esigenza del Ministero della Salute guidato da **Orazio Schillaci** di riempire di personale le Case della Comunità previste dal Pnrr. Un piano che secondo il quotidiano "presto vedrà la luce sotto forma di qualche decreto".

E che per prima cosa, "rivoluzionerà il modo di lavorare dei medici di famiglia. Quelli più giovani passerebbero dalla convenzione, che lascia ai dottori ampia libertà sull'apertura dei loro studi, a un rapporto di dipendenza dentro le Case della salute, dove lavorerebbero le loro otto ore al giorno in team con gli specialisti ambulatoriali delle Asl" che verrebbero tutti portati al massimale orario di 38 ore a settimana.

In sostanza quindi chi uscirà dal percorso formativo in medicina generale diventerà dipendente del Ssn e lavorerà nelle Case della Comunità. Agli attuali medici di famiglia sarà data la possibilità di scegliere se passare alla dipendenza o se rimanere in convenzione. Convenzionati che andrebbero a quel punto ad esaurimento fino a scomparire.

Il Piano prevede poi come ai medici di continuità assistenziale (ex guardie mediche) che sono circa 10 mila verrà affidato il compito di effettuare le visite a domicilio.

Come già annunciato dallo stesso Schillaci presto arriveranno novità anche nella formazione dei medici di famiglia, che diventerebbe una specializzazione universitaria, mentre oggi ci si specializza dopo la laurea con corsi triennali regionali.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=114758

quotidianosanita.it

Roberto Polillo, Saverio Proia

Il piano del ministro fa proprio quanto da noi sostenuto e proprio per questo rischia di scontrarsi con le corporazioni dei MMG che, attraverso il mantenimento del rapporto libero professionale, hanno potuto finora preservare una condizione di quasi monopolio sulle cariche ordinistiche e sui posti chiave di FNOMCeo e Enpam

19 GIU -

Le anticipazioni del quotidiano La Stampa e rilanciate su QS sull'intenzione del ministro Schillaci di predisporre un piano di riforma delle cure primarie, potrebbe segnare un punto di passaggio per le novità in esso contenute.

Nelle intenzioni del Ministro ci sarebbe il passaggio a dipendenza dei giovani MMG e il loro inserimento a tempo pieno nelle case della Salute, strutture territoriali senza ragione alcuna ridenominate da Roberto Speranza, Case della comunità.

Una proposta quella delle case della salute, dobbiamo ricordare, messa a punto insieme a Bruno Benigni molti anni fa e successivamente da noi rielaborata per gli aspetti contrattuali; con la previsione di lasciare la convenzione solo ad esaurimento per i MMG già in servizio e di inserire tutti gli altri MMG neo assunti nel rapporto di dipendenza e in team multi professionali insieme agli altri operatori del distretto.

Primo passo, ma significativo, verso quel contratto di filiera che noi stiamo [proponendo da tempo](#), immaginando identici istituti e identici diritti per tutto il personale che opera per il SSN, ivi compreso quello dipendente da strutture private accreditate.

Un contratto unico per rompere assurdi steccati tra lavoratori che svolgono identiche funzioni e che dovrebbe ridare nuova dignità a chi si prende carico della salute pubblica.

Il piano del ministro, dunque, fa proprio quanto da noi sostenuto e proprio per questo rischia di scontrarsi con le corporazioni dei MMG che, attraverso il mantenimento del rapporto libero professionale, hanno potuto finora preservare una condizione di quasi monopolio sulle cariche ordinistiche e sui posti chiave di FNOMCeo e Enpam.

Senza contare la possibilità per tutti i MMG di svolgere senza limiti effettivi libera professione ad integrazione del rapporto convenzionale.

Il tutto a danno delle giovani leve il cui interesse è invece svolgere un'attività lavorativa professionalmente appagante, a stretto contatto con altri specialisti e personale di supporto che non sia soffocata da scartoffie e burocrazia e che non sia condotta in dolorosa solitudine.

Abbiamo sempre sostenuto che il ministero della Salute, nel vigente ordinamento, svolge un ruolo sussidiario rispetto al Ministero dell'Economia e che troppe volte il ministro di turno ha ceduto alle pressioni delle lobby e dei ministri di peso. Questo è un ulteriore rischio per il ministro Schillaci, dato che un esponente di spicco della Lega di cui fa anche parte il ministro della sanità numero uno, ovvero sia Giancarlo Giorgetti, l'onorevole Maria Cristina Cantù, ha presentato una proposta di legge di riforma delle cure primarie che è un'apoteosi dello status Quo; e che per tali motivi ha avuto il plauso incondizionato di Vincenzo Scotti e di Filippo Anelli.

Tutto il contrario di quanto ha preannunciato oggi il ministro Schillaci segnando una importante discontinuità con i suoi vi predecessori.

Il tempo è galantuomo, dice un vecchio detto, e questo varrà ancora di più per il ministro Schillaci. Se riuscirà a tirare dritto avrà servito con onore e disciplina il SSN come impone l'articolo 54 della Costituzione, se cederà alle pressioni dei conservatori e delle lobby, sarà semplicemente uno dei tanti che non sono riusciti a impedire il collasso della sanità del nostro paese.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114760

quotidianosanita.it

Roberto Polillo

27 GIU -

Gentile direttore,

ormai, come Vladimiro ed Estragone siamo in attesa che il signor Godot, ovvero sia il ministro della salute Orazio Schillaci, si faccia avanti e chiarisca cosa vuol fare della medicina generale.

Nella speranza che, a differenza del dramma di Beckett, in cui il signor Godot non arriverà, il ministro si palesi e sciogla rapidamente la riserva dopo la sua intervista sulla medicina generale sulla Stampa.

Intervista in un certo senso riletta dal dottor Silvestro Scotti che, fornendo una sorta di interpretazione autentica del pensiero del ministro, ha chiarito come Schillaci, che lui incontra frequentemente, di dipendenza per i MMG non ne abbia mai parlato.

Occasione per ribadire autorevolmente la sua assoluta contrarietà di segretario della FIMMG al passaggio a dipendenza.

Dei numerosi interventi sul tema e pubblicati su QS, ritengo che il più coraggioso e significativo sia quella di Pina Onofri segretaria di SMI che, partendo dalla situazione attuale e della stratificazione dolorosamente esistente nel mondo dei MMG ad altissimo indice GINA per quanto riguarda la ripartizione dei vantaggi assicurati dal rapporto convenzionale (significativi per i vertici, di segno fortemente negativo per i proletari della professione) ha condiviso per intero quanto da me e altri scritto sull'argomento. In sintesi: meglio la dipendenza che una libera professione poco redditizia, senza diritti e schiacciata dal sovraccarico burocratico e dal burnout.

Di scarso interesse gli interventi di altri esponenti del mondo sindacale che degli apparati ideologici dei medici (FnomCeo ed Enpam) sono i sottoufficiali, perché la loro posizione è pedissequamente allineata a quanto prescritto dalla corporazione.

Nella loro perorazione della libera professione e nel loro tecnicismo leguleio, arricchito da un pizzico di supponenza, c'è meno empatia di quanto avrebbe potuto riversare, in un solo batter d'occhio, un programma di scrittura artificiale come GPT-3.

A costoro basterebbe ricordare che il MMG è ormai uno dei soggetti (insieme al farmacista al medico di pronto soccorso e alle reti di prossimità) a cui il cittadino si rivolge per avere risposta ai suoi problemi.

E spesso, per lo scarso numero di MMG presenti sul mercato e per l'alto numero di assistiti a loro carico (ben oltre il massimale in molti casi), essi sono paradossalmente gli specialisti della prossimità, molto spesso meno raggiungibili degli altri.

Un'attenzione diversa invece va riservata all'intervento di Antonio Panti che della vecchia generazione di MMG, ha conservato cultura e impegno civile ma, fortunatamente, non il vestito con naftalina acclusa di già Presidente dell'Ordine di Firenze Antonio Panti, dunque, condivide le posizioni della CGIL e la mia personale sul ruolo del MMG nel distretto, mostrando una importante discontinuità con i sindacati dell'area, tutti stretti intorno ai microteam, ma dissente sullo strumento contrattuale più idoneo che, per lui, rimane il rapporto libero professionale.

E per questo fa riferimento a una figura di MMG di prossimità che però non esiste più ed è solo un ricordo di lontano passato pieno di sentita nostalgia.

"Guido i vorrei che tu e Lapo ed io fossimo presi per incantamento" sembra riecheggiare nelle sue parole.

La realtà odierna però è ben diversa. Oggi infatti i pazienti non possono scegliere i propri MMG e si devono accontentare di quelli che hanno posti disponibili e che neanche conoscono, e poi, quando ne hanno necessità, non sempre riescono ad incontrare se privi di regolare prenotazione.

Per una serie di cause: carico burocratico, telefonate, email, messaggi su WhatsApp relazioni, ricette, certificazioni; una serie di attività che senza l'aiuto di personale amministrativo, soprassaturano la giornata di incombenze che rendono difficile il contatto vis a vis con il paziente. Le posizioni dunque sono chiare. La medicina generale è a un bivio e il ministro, a differenza di Godot, deve mostrarsi a Didi e Gogò (i due personaggi già citati) e poi tertium non datur, deve scegliere tra due alternative:

mantenere lo status-quo non cambiando nulla per non scontentare la corporazione secondo un consolidato costume italico fare la scelta del cambiamento passando a rapporto di impiego i medici che lavoreranno nel loro studio ma anche e soprattutto nelle strutture del distretto dando slancio alle cure primarie.

Urge una decisione e nel noi frattempo aspettiamo fiduciosi.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=115006

quotidianosanita.it

Antonio Panti

26 GIU -

Gentile Direttore,

QS ha pubblicato di recente il [“Manifesto per la medicina generale”](#), proposto dalla FP CGIL e che espone per esteso le tesi sostenute su questo stesso giornale da Roberto Polillo. L’idea che il medico di famiglia sia il primo decisore della presa in carico del cittadino, quale figura di riferimento per l’assistenza primaria, sia per la promozione della salute che per la cura, coordinando l’equipe multiprofessionale del territorio, è senz’altro condivisibile, come lo è la constatazione del ritardo con cui si procede alla soluzione dei problemi del territorio nonostante le promesse durante la pandemia.

La CGIL ha ragione anche nel sostenere che lo snodo dell’assistenza territoriale è l’accordo della medicina generale con il quale si debbono definire il ruolo e i compiti di questa figura professionale.

Su questo punto il Manifesto della GIL è categorico: il medico generale deve essere del tutto integrato nel servizio e quindi, contrattualmente, non può che essere dipendente.

Penso che quasi tutti gli istituti contrattuali che la CGIL propone siano in effetti ottenibili in entrambi i rapporti giuridici di dipendenza o di convenzione. Inoltre, nonostante la gestione dell’invidia, i dipendenti invidiano i liberi professionisti e viceversa, ritengo che i medici operino con integrità e competenza indipendentemente dal rapporto di lavoro che è estraneo alla deontologia professionale.

Detto questo mi dichiaro a favore del mantenimento del rapporto di convenzione libero professionale e per una ragione basilare. Il servizio sanitario, anzi qualsiasi tipo di assistenza organizzata, costringe il cittadino entro una gabbia di regole entro le quali non ha scelte. Di fatto soltanto il medico generale è espressione di una preventiva fiducia; al di là di questo si va dove il servizio vuole. Temo, anzi sono certo, che il rapporto di dipendenza del medico generale finisca per affievolire o escludere questo unico diritto di scelta, residuo della libertà auspicata dalla legge di riforma.

Mi restano poi alcuni dubbi. Il primo riguarda la prossimità del servizio territoriale per tutti i cittadini. Almeno la metà dei medici ha più di un ambulatorio, situato in piccole frazioni, che gestisce con la propria retribuzione. Piccoli servizi di prossimità utilissimi per gli anziani. Ogni giorno può capitare qualche problema che il medico risolve di tasca propria e da sé. Lo farà il dipendente o chiamerà la logistica della ASL, ammesso che voglia mantenere il servizio nella borgatella con cento abitanti sperduta tra i monti?

La CGIL promette anche le ferie pagate. Bene, ma oggi il sostituto lo trova il titolare; se, invece, sta dentro la pianta organica come avviene in ospedale, temo che i conti non tornino.

Infine come si possono mantenere i diritti pensionistici acquisiti e quindi irrinunciabili? E’ un problema giuridico e economico non da poco, capace di innescare contenziosi pluridecennali.

Come andrà a finire? Spero non con una soluzione pasticciata e dannosa per medici e cittadini. Spero non con una soluzione ideologica. Ma ci spero poco.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114976

SANITÀ, SOCIALE E LONG TERM CARE

Disuguaglianze e salute. Intervista a Sir Michael Marmot. Biblioteca Alessandro Liberati del Servizio Sanitario Regionale del Lazio



Cosa è il gradiente sociale e quali sono le sue implicazioni per la salute?

La gente pensa che le disuguaglianze di salute rientrino nel problema molto ovvio che “le persone povere hanno una cattiva condizione di salute”. È facile pensare che sia così: la povertà e le miserevoli condizioni materiali, il cibo poco e scadente, e cose simili.

Ciò che ho mostrato nel mio studio sugli impiegati del servizio pubblico (Studi Whitehall 1978-1984) è che tra persone non povere (perché coloro che lavorano per il governo non sono poveri, certo possono non essere ricchi, persino coloro che lavorano a livello dirigenziale non sono infatti tra i più ricchi, non sono banchieri o manager di fondi speculativi), tra queste persone c’era una gerarchia molto chiara e più in alto ti trovavi nella gerarchia, migliore era la tua salute e maggiori le aspettative di vita.

Quindi la questione non riguardava i poveri o i ricchi, ma la posizione in cui ti trovavi nella gerarchia. Si tratta di un risultato veramente solido. Lo riscontriamo non solo tra gli impiegati statali britannici, ma nel paese nel suo insieme, è diffuso in tutta Europa, lo rileviamo in America Latina, in Asia, dappertutto.

È un dato davvero solido. Quindi le disuguaglianze di salute non possono essere confinate al concetto “i poveri hanno una condizione di salute miserevole e tutti gli altri hanno un livello ragionevole di salute”. L’esistenza di un gradiente sociale implica che dobbiamo rivolgere la nostra attenzione non solo alla povertà ma alle disuguaglianze. Le ripercussioni sono veramente molto vaste sia per la ricerca sia per la politica, ciò significa infatti che non dobbiamo ridurre solo la povertà ma migliorare le cose per tutta la società riducendo le disuguaglianze.

Cosa si può fare per ridurre le disuguaglianze nella salute?

Ho realizzato un rapporto, in Inghilterra, i cui risultati sono riportati nel libro “La salute disuguale”, seguendo l’intero corso della vita: lo sviluppo nella prima infanzia e l’importanza di investire in quella fase della vita, l’istruzione, l’occupazione e le condizioni di lavoro in modo che tutti abbiano almeno il reddito minimo necessario a garantire una vita sana, con uno sguardo anche alle comunità e all’ambiente, senza dimenticare il fumo, il bere, l’alimentazione, l’attività fisica, tutti fattori che normalmente consideriamo nella categoria della medicina preventiva, ma con un approccio alla prevenzione che tenesse conto dei determinanti sociali. Ciò di cui parlo sono le cause delle cause. Fumo, alcol, dieta sono cause di malattia. Noi dobbiamo mirare alle cause delle cause. Perché è meno probabile che le persone che si trovano a un basso livello sulla scala sociale abbiano una sana alimentazione, mentre è invece più probabile che fumino, più probabile che siano in sovrappeso. Dobbiamo affrontare le cause delle cause. C’è davvero tanto che possiamo fare, basandoci sulle migliori evidenze.

<https://bal.lazio.it/notizie/disuguaglianze-e-salute-intervista-a-sir-michael-marmot/>



Disuguaglianze di salute

Ridurre le disuguaglianze con azioni di contrasto sui determinanti sociali

L'Organizzazione Mondiale della Salute nel 2021 aggiorna il 'Glossario della Promozione della Salute' inserendo un nuovo termine: **Determinanti commerciali di salute** (*Commercial determinants of health*).

Gli attribuisce il seguente significato: **Le attività del settore privato – comprese le strategie e gli approcci utilizzati per promuovere prodotti e scelte di consumo – che influiscono sulla salute delle popolazioni.**

La rivista "The Lancet", uscita a marzo di quest'anno, dedica un'intera collana ai determinanti commerciali della salute fornendo raccomandazioni e quadri di riferimento per favorire una migliore comprensione della diversità del mondo commerciale, dei potenziali percorsi verso i danni o i benefici per la salute e della necessità di un'azione normativa e di investimenti in imprese che promuovano la salute, il benessere, l'equità e la società.

Gli attori commerciali possono contribuire positivamente alla salute e alla società, e molti lo fanno, fornendo prodotti e servizi essenziali. Tuttavia, un gruppo consistente di attori commerciali sta aumentando i livelli evitabili di cattiva salute, i danni al pianeta e l'iniquità – i determinanti commerciali della salute. Sebbene siano disponibili soluzioni politiche, al momento non vengono attuate, e i costi dei danni causati da alcuni prodotti e pratiche sono elevati per gli individui e la società.

Nel documento si presenta l'editoriale e una sintesi degli articoli che compongono la collana.

Dall'editoriale

Districarsi tra i determinanti commerciali della salute (1)

All'inizio di marzo, sulla scia della pandemia COVID-19, quasi 200 persone – tra cui l'ex Segretario Generale delle Nazioni Unite Ban Ki-moon – hanno firmato una lettera in cui si criticavano aspramente le aziende farmaceutiche per aver anteposto il desiderio di ottenere profitti straordinari ai bisogni dell'umanità. **La vendita di vaccini, trattamenti e test finanziati con fondi pubblici al miglior offerente ha provocato iniquità che sono costate più di un milione di vite, mentre le aziende private hanno guadagnato miliardi di dollari.** I firmatari hanno chiesto ai leader mondiali di garantire che una simile ingiustizia non si ripeta mai più.

Il conflitto tra profitti ed equità nella salute non è nuovo. La sanità pubblica ha lottato per decenni per garantire l'accesso agli antiretrovirali ai pazienti affetti da HIV/AIDS nei contesti con minori risorse. **Molti attori commerciali cercano di influenzare negativamente le politiche nazionali e internazionali, di minare la scienza o di attaccare direttamente le persone che denunciano le loro azioni.** La recente Lancet Series sull'allattamento al seno ha mostrato come una vasta rete di lobby da parte delle aziende produttrici di latte artificiale abbia fatto deragliare i progressi nell'educazione all'allattamento al seno.

Questa storia ci parla dell'**importanza centrale per l'equità nella salute dei determinanti commerciali della salute**, oggetto di una serie pubblicata in questo numero di The Lancet, guidata da Rob Moodie dell'Università di Melbourne, insieme ad autori provenienti da 15 Paesi e sei continenti, con il sostegno della Victorian Health Promotion Foundation dell'Australia.

I risultati principali sono sorprendenti: **quattro industrie (tabacco, alimenti non salutari, combustibili fossili e alcol) sono responsabili di almeno un terzo dei decessi globali all'anno.** Eppure, gran parte del lavoro per comprendere l'impatto dannoso (o benefico) degli attori commerciali è stato finora svolto in modo non coordinato. Ogni campo affronta molte delle stesse battaglie tattiche e strategie senza un'agenda unifica per proteggere la salute. Manca il consenso tra i vari settori della salute per definire e comprendere i determinanti commerciali della salute.

La "Lancet Series" cerca di porre rimedio a questa situazione complessa e di lunga data con una definizione condivisa **dei determinanti commerciali della salute ("sistemi, pratiche e percorsi attraverso i quali gli attori commerciali guidano la salute e l'equità")**, un inquadramento per comprendere l'impatto delle entità commerciali sulla salute e un impegno ad affrontare le sfide in modo olistico.

Gli autori della collana espongono una visione coraggiosa in cui i governi, gli attori commerciali e la società civile contribuiscono innanzitutto a migliorare la salute e il benessere della società. Questa visione è necessaria e urgente. Come sottolinea il secondo documento della serie, gli attori commerciali sono diversi e molti svolgono un ruolo vitale

nella società, ma i prodotti e le pratiche di molti hanno un impatto sempre più negativo sulla salute e sull'equità umana e planetaria. La serie fornisce un'agenda completa per l'azione, riconoscendo la necessità di modelli commerciali rigenerativi e di politiche trasparenti e responsabili (compresa la fine dell'opposizione degli attori commerciali alle normative e alle politiche sanitarie).

Moodie sottolinea che **la Serie non è anti-aziendale, ma a favore della salute**. Esistono alcuni buoni modelli di aziende che agiscono a favore della salute. Ad esempio, **quasi 200 istituzioni finanziarie di primo piano (che insieme gestiscono più di 16.000 miliardi di dollari) hanno firmato un impegno a sostenere politiche senza tabacco nei settori dei prestiti, degli investimenti e delle assicurazioni**. Tuttavia, sebbene i quadri di riferimento in materia ambientale, sociale e di governance siano sempre più utilizzati per guidare investimenti più responsabili, mancano ancora indicatori specifici sulla salute. **La salute deve diventare una considerazione cruciale nei quadri degli investitori e nei mercati globali dei capitali**.

Ciò richiederà l'adozione di modelli economici diversi, nuove misure legislative e normative, la difesa e la responsabilità della società civile e una migliore responsabilità sociale delle imprese. I governi devono avere il potere di incoraggiare le imprese a dare priorità agli impatti positivi sulla salute.

Come scrive Tedros Adhanom Ghebreyesus, Direttore generale dell'OMS, in un commento di accompagnamento, **la salute pubblica non può progredire senza agire sui determinanti commerciali della salute**. The Lancet accoglie con favore l'imminente Congresso dell'OMS e il primo Rapporto annuale sui determinanti commerciali della salute, soprattutto per contribuire ad affrontare le malattie non trasmissibili. Dato il loro enorme impatto, i determinanti commerciali della salute devono essere riconosciuti – e finanziati – come un campo di ricerca cruciale.

Gli attori commerciali e i leader governativi hanno un'opportunità unica per proteggere e migliorare la salute e far progredire l'equità nella salute. I risultati di questa serie dovrebbero incoraggiare i giovani ricercatori, le comunità e la nuova leadership governativa e imprenditoriale a immaginare, co-progettare e, soprattutto, investire in un mondo in cui la salute delle persone e del pianeta sia sempre prioritaria rispetto al profitto.



Tratta dall'Infografica "Rebalancing global power asymmetries to substantially improve human and planetary health" <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/infographics/cdoh/image.pdf>

Sintesi degli articoli

Definizione e concettualizzazione dei determinanti commerciali della salute (2)

Sebbene le entità commerciali possano contribuire positivamente alla salute e alla società, è sempre più evidente che i prodotti e le pratiche di alcuni attori commerciali – in particolare le più grandi società transnazionali – sono responsabili dell'aumento dei tassi di cattiva salute evitabile, dei danni al pianeta e delle disuguaglianze sociali e di salute; questi problemi sono sempre più spesso indicati come i determinanti commerciali della salute.

L'emergenza climatica, l'epidemia di malattie non trasmissibili e il fatto che solo quattro settori industriali (tabacco, alimenti ultra-processati, combustibili fossili e alcol) siano già responsabili di almeno un terzo dei decessi globali illustrano la portata e l'enorme costo economico del problema.

Questo documento, il primo di una serie sui determinanti commerciali della salute, spiega come il passaggio al fondamentalismo del mercato e a società transnazionali sempre più potenti abbia creato un sistema patologico in cui gli attori commerciali sono sempre più in grado di causare danni e di esternalizzarne i costi.

Di conseguenza, con l'aumento dei danni alla salute delle persone e del pianeta, aumentano la ricchezza e il potere del settore commerciale, mentre le forze di contrasto che devono far fronte a questi costi (in particolare gli individui, i governi e le organizzazioni della società civile) si impoveriscono di conseguenza e vengono esautorate o acquisite dagli interessi commerciali. **Questo squilibrio di potere porta all'inerzia politica; sebbene siano disponibili molte soluzioni politiche, esse non vengono attuate.**

I danni alla salute stanno aumentando, lasciando i sistemi sanitari sempre più incapaci di farvi fronte. I governi possono e devono agire per migliorare, anziché continuare a minacciare, il benessere delle generazioni future, lo sviluppo e la crescita economica.

Concettualizzare le entità commerciali nella salute pubblica: oltre le merci non salutari e le corporazioni transnazionali (3)

La maggior parte della ricerca sulla salute pubblica sui determinanti commerciali della salute (CDOH) si è finora concentrata su un segmento ristretto di attori commerciali. Questi attori sono generalmente le società transnazionali che producono i cosiddetti prodotti non salutari, come il tabacco, l'alcol e gli alimenti ultra-processati.

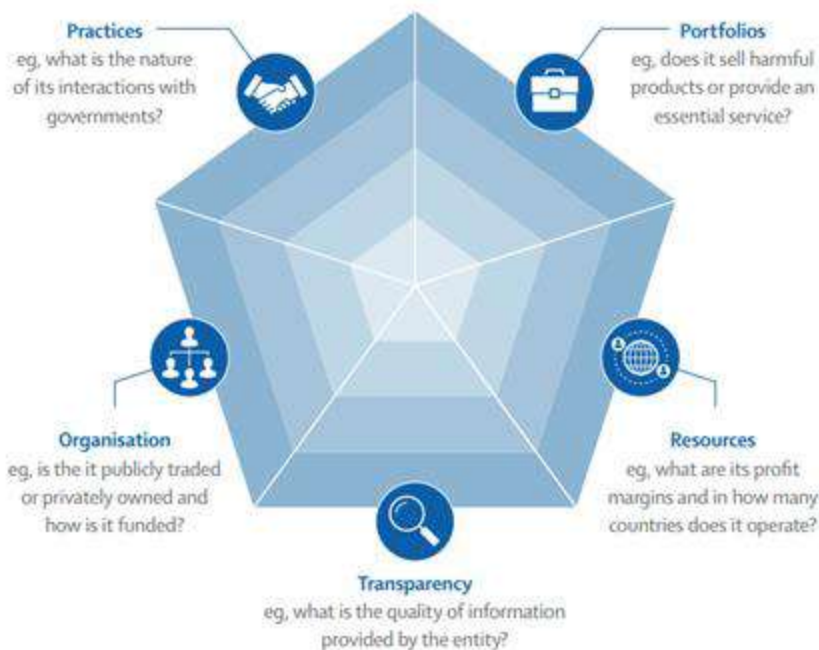
Inoltre, come ricercatori di salute pubblica, spesso parliamo di CDOH usando termini generici come settore privato, industria o impresa, che raggruppano entità diverse la cui unica caratteristica comune è il loro impegno nel commercio. L'assenza di un quadro di riferimento chiaro per differenziare le entità commerciali e per capire come possano promuovere o danneggiare la salute, rende complicata la loro comprensione. **In questo articolo, che è il secondo di tre articoli di una serie sui determinanti commerciali della salute, sviluppiamo un quadro di riferimento che consente di operare distinzioni significative tra le diverse entità commerciali attraverso la considerazione delle loro pratiche, il loro portfolio, le risorse, l'organizzazione e la trasparenza.**

Il quadro di riferimento che abbiamo sviluppato permette di considerare in modo più completo se, come e in che misura un attore commerciale possa influenzare gli esiti di salute. Discutiamo le possibili applicazioni per il processo decisionale sull'impegno, la gestione e la mitigazione dei conflitti di interesse, gli investimenti e i disinvestimenti, il monitoraggio e ulteriori ricerche sulla CDOH.

Una migliore differenziazione tra gli attori commerciali rafforza la capacità di operatori, sostenitori, accademici, regolatori e politici di prendere decisioni, comprendere meglio e rispondere alla CDOH attraverso la ricerca, l'impegno, il disimpegno, la regolamentazione e l'opposizione strategica.

Measuring commercial diversity

Meaningful distinctions between commercial entities based on the nature of their effects on health can be made by considering five factors:



This framework of thinking can help policy makers and other stakeholders make direct comparisons between commercial actors, and inform decisions on if and how to engage with them.

Commercial entity A



Commercial entity B



Commercial entity C



Tratta dall'Infografica "Rebalancing global power asymmetries to substantially improve human and planetary health" <https://www.thelancet.com/pb/assets/raw/Lancet/infographics/cdoh/image.pdf>

Determinanti commerciali della salute: direzioni future (4)

Questo documento riguarda il futuro ruolo del settore commerciale nella salute globale e nell'equità nella salute. La discussione non riguarda il rovesciamento del capitalismo né l'abbraccio totale delle partnership aziendali. Nessuna soluzione può sradicare i danni dei determinanti commerciali della salute – i modelli di business, le pratiche e i prodotti degli attori del mercato che danneggiano l'equità e la salute e il benessere delle persone e del pianeta.

Tuttavia, **le prove dimostrano che i modelli economici progressisti, i quadri internazionali, la regolamentazione governativa, i meccanismi di conformità per le entità commerciali, i tipi e i modelli aziendali rigenerativi che incorporano obiettivi di salute, sociali e ambientali e la mobilitazione strategica della società civile offrono sia la possibilità di un cambiamento sistemico e trasformativo** sia di ridurre i danni derivanti dalle forze commerciali e di promuovere il benessere dell'uomo e del pianeta. A nostro avviso, la questione più importante per la salute pubblica non è se il mondo abbia le risorse o la volontà di intraprendere tali azioni, ma se l'umanità possa sopravvivere se la società non compie questo sforzo.

The Lancet. [Unravelling the commercial determinants of health](#). Lancet. 2023 Apr 8;401(10383):1131. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00590-1.

Gilmore AB, Fabbri A, Baum F, Bertscher A, Bondy K, Chang HJ, Demaio S, Erzse A, Freudenberg N, Friel S, Hofman KJ, Johns P, Abdool Karim S, Lacy-Nichols J, de Carvalho CMP, Marten R, McKee M, Petticrew M, Robertson L, Tangcharoensathien V, Thow AM. [Defining and conceptualising the commercial determinants of health](#). Lancet. 2023 Apr 8;401(10383):1194-1213. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00013-2. Epub 2023 Mar 23. PMID: 36966782.

Lacy-Nichols J, Nandi S, Mialon M, McCambridge J, Lee K, Jones A, Gilmore AB, Galea S, de Lacy-Vawdon C, de Carvalho CMP, Baum F, Moodie R. [Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations](#). Lancet. 2023 Apr 8;401(10383):1214-1228. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00012-0. Epub 2023 Mar 23

Friel S, Collin J, Daube M, Depoux A, Freudenberg N, Gilmore AB, Johns P, Laar A, Marten R, McKee M, Mialon M. [Commercial determinants of health: future directions](#). Lancet. 2023 Apr 8;401(10383):1229-1240. doi: 10.1016/S0140-6736(23)00011-9. Epub 2023 Mar 23. PMID: 36966784.

Per accedere all'intera collana [Commercial determinants of health \(thelancet.com\)](#)

<https://www.disuguaglianzedisalute.it/determinanti-commerciali-della-salute-una-nuova-collana-dedicata-della-rivista-the-lancet/>



Luca Negro

Per avere un rapporto positivo con la comunità bisogna aprire cantieri di verifica “popolare” sugli esiti e le prestazioni dei servizi, la loro equità, la loro capacità di ridurre le disuguaglianze. Bisogna avere fiducia nella possibilità di una cooperazione intelligente dal basso che si attiva se si aprono spazi di gestione responsabile dei poteri pubblici.

Il libro di Brambilla e Maciocco “Dalle Case della Salute alle Case della Comunità – La sfida del PNRR per la sanità territoriale” (1) permette di approfondire la relazione tra Cure Primarie e Salute Mentale nel ripensamento dei servizi territoriali.

Il libro contiene una serie di stimoli per riflettere sulla ridefinizione della mission e modalità di presa in carico per i bisogni di salute mentale della popolazione, anche sulla base di nuovi modelli di lettura epidemiologica, capaci di restituire la stratificazione dinamica dell’utenza per livelli di rischio clinico e necessità di intensità assistenziale. La sfida è più che mai centrale, vista la proliferazione di discorso e consapevolezza sui disturbi di ansia, depressione e altre condizioni cosiddette “comuni”, che sempre di più interessano una popolazione nuova rispetto a quella tradizionalmente afferente ai centri di salute mentale.

Si può cogliere questa occasione per ridefinire la mission dei servizi di salute mentale in un’ottica di intervento territoriale, pubblico, di iniziativa e di promozione della salute.

Nell’attuale configurazione dei servizi di salute mentale, sebbene sulle strutture organizzative ci sia una certa variabilità sul piano nazionale (2), è stabilito che i Centri di Salute Mentale (CSM) siano le strutture territoriali che declinano sul piano locale la totalità delle funzioni in capo ai Dipartimenti di Salute Mentale per il segmento di utenza adulta. Laddove avviene, la compresenza di diverse articolazioni per diverse fasce di utenza non cambia questo principio: la prevenzione, per esempio, è un diritto che spetta alle persone adulte come a quelle adolescenti in egual misura. La questione si può ulteriormente complicare se teniamo anche in considerazione i servizi di psicologia territoriale o di neurologia, come avviene con particolari programmi integrati a Bologna: la prestazione psicologica, o psicoterapeutica, o la valutazione di neurodivergenza, con conseguenti indicazioni di supporti per l’inclusione, non è qualcosa che, in quanto rispondente a una articolazione organizzativa autonoma, spetti ad un definito segmento di utenza.

Nel libro gli autori spiegano bene che la frammentazione e moltiplicazione di programmi “verticali” ha favorito l’accentramento sull’ospedale e sulle prestazioni specialistiche, riducendo complessivamente accessibilità ed equità che sono invece garantite da un approccio orizzontale e integrato dei servizi, in rapporto con il sociale e la comunità. **Invertire questa tendenza è oggi la sfida.** Integrazione significa che tutta la popolazione afferente a un Centro di Salute Mentale ha diritto a interventi di cura, prevenzione e riabilitazione, intendendo tutta la popolazione presente sul territorio in cui il Centro di Salute Mentale insiste, data la sua funzione di servizio “anche” di primo livello. Quindi è problematico che i Centri di Salute Mentale si concentrino solo sulla popolazione presa in carico “specialisticamente”. Essere nel gruppo della popolazione “presa in carico” significa passare per l’attivazione di interventi “medico-specialistici” che dal primo contatto (molti di quelli che oggi avvengono nelle nostre AUSL Emiliano – Romagnole sono “spontanei”, cioè non passano dal Medico di Medicina Generale) vanno verso il trattamento clinico-psichiatrico, che costituisce il “prodotto” più frequente secondo i sistemi informativi. **Dovremmo essere molto vigili sul rischio che l’unica prestazione di ingresso si riduca ad un primo colloquio** con formulazione della diagnosi e “conseguente” prescrizione farmacologica anche per i disturbi cosiddetti “lievi”: andremmo verso una forma di psichiatizzazione insostenibile materialmente ed eticamente, oltre che pesantemente inappropriata secondo la letteratura scientifica esistente.

Oggi si assiste ad una crisi delle professioni di aiuto e la particolare declinazione di questa crisi nei servizi territoriali di salute mentale si declina come “crisi di identità” rispetto al ruolo e al mandato professionale di chi ci lavora.

Dialogando con operatori dei servizi in vari incontri sulla recovery a Bologna è emerso un malessere relativo all’identità non solo dei singoli professionisti ma di tutto il servizio, di cui appunto risulta molto controversa la collocazione nell’ambito dei servizi specialistici/dei servizi di base.

Da questa controversa collocazione dei centri di salute mentale sull’asse specialistica/di base emergono alcuni fenomeni che iniziamo a leggere nei vari gruppi di lavoro:

una difficoltà nella definizione dell'identità professionale del corpo medico, con i conseguenti problemi di riconoscimento, chiarezza nell'interpretazione del mandato, possibilità di usare una varietà di strumenti nella propria azione in modo equo e sostenibile. Simili problematiche sono vissute a cascata dagli altri gruppi professionali, che spesso finiscono per essere impiegati (e interpretarsi) come meri avamposti difensivi di fronte a una valanga di richieste indiscernibili e inorganizzabili, limitandosi a frapporre il proprio corpo e la propria buona volontà tra questa valanga e gli studi dei medici

una difficile identificazione delle definizioni dei percorsi: “assistenziali”? “riabilitativi”? “di mantenimento”? “con un progetto”? non è quasi mai chiaro a che cosa queste definizioni facciano riferimento e soprattutto, se queste definizioni non nascondono una qualche forma “oscura” di penetrazione della Inverse Care Law di Tudor Hart (3), vale a dire il principio secondo cui “la disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare inversamente con il bisogno di essa nella popolazione servita”, che sappiamo spesso “occultarsi” dietro le definizioni dei gruppi di utenza

questa controversa declinazione sull'asse specialistico/di base fa sì che i CSM non abbiano al proprio interno percorsi esplicitamente differenziati – ma professionalmente integrati – per rispondere a diverse necessità assistenziali. Tale diversificazione dei percorsi sembra piuttosto avvenire “di fatto”, determinando particolari traiettorie cliniche (se guardiamo al numero di drop out per esempio, ma su questo dovremmo interrogare meglio i dati del Sistema Informativo Salute Mentale Regionale): da una parte utenti che vivono forme di “abbandono” dopo una prima visita con una diagnosi “lieve” che esita in una prescrizione farmacologica e a cui non segue mai una seconda chiamata (dovremmo a questo proposito approfondire le cartelle automaticamente chiuse dal Sistema Informativo dopo 180 giorni senza prestazioni, nel 2020 erano più di un migliaio, e a fine 2023 quante saranno?). Dall'altra parte, si sviluppano percorsi ad alta intensità per persone con elevato “rischio clinico”, che spesso si sostanziano nel ricorso a posti letto in residenzialità o in clinica privata convenzionata. Questa divaricazione sembra caratterizzata da grandi rischi di inappropriata e possiamo ipotizzare che impatti su percorsi esistenziali già problematici in modo da riprodurre e aumentare le disuguaglianze sociali, provocare fenomeni di non-accettazione dell'aiuto e aumento dell'autostigma, il calo complessivo della fiducia nel servizio pubblico. Il calo di fiducia nel servizio pubblico esita, dove è possibile dal punto di vista socioeconomico, nell'aumento della domanda di psicoterapia privata (la psicoterapia costituisce una percentuale estremamente risibile delle prestazioni del servizio).

In questo vuoto di identità rispetto alle possibilità di intervento, all'appropriatezza e in fin dei conti all'etica del servizio pubblico si genera una qualità operativa e organizzativa “povera” che si concretizza in:

metodo di lavoro determinato dall'“urgenza”, che implica subalternità alle richieste esterne, alle altre agenzie che hanno il potere di determinare le urgenze o premere per il loro riconoscimento, generando difficoltà di integrazione e conflitti (per esempio con il sociale, il giudiziario, il penale, le agenzie di polizia, gli enti per le case popolari: le richieste che vengono da questi ambiti – declinate come richieste di controllo, prevenzione/gestione della devianza, delega della eventuale responsabilità penale dei reati...)

una povertà di riflessione sul mandato che comporta incapacità di esercitare una lettura decostruttiva della domanda, quindi anche di agire in modalità di iniziativa e di promozione. Ragionare in un'ottica di integrazione tra salute mentale e cure primarie significa invece mantenere l'unità operativa, epistemologica e organizzativa tra momento di riabilitazione, cura e prevenzione in capo ad ogni singola struttura territoriale; pensare il proprio bacino d'utenza come l'intera popolazione residente, vale a dire trovare modalità d'azione e di lettura dei bisogni che superino la distinzione tra pazienti presi in carico e resto della popolazione, affiancando a interventi medico-centrici interventi non medici, nell'ottica dell'auto aiuto, della recovery e dell'empowerment di comunità. Lavorare in questa modalità integrata non medico centrica significa anche restituire dignità a tutti gli altri sguardi e figure presenti oggi nei servizi (assistenti sociali, psicologi, educatori, tecnici della riabilitazione, terapeuti occupazionali) ma anche utenti, famiglie, reti informali e, perché no, nuove figure professionali, nuove agenzie e nuovi sguardi (esperti per esperienza, mediatori di salute comunitaria, antropologi/ghe).

Qual è la struttura organizzativa che può realizzare questa funzione? Come spiegano Maciocco e Brambilla le case della salute prima e le case della comunità oggi sono incubatori di sperimentazioni e buone pratiche, dalla cui analisi possiamo dare alcune indicazioni per rispondere alle questioni aperte attuali:

è necessario, in ottica di riqualificazione della spesa pubblica, un fondo integrato sociosanitario più ampio, ma senza un paniere predeterminato di interventi verso cui spendere le risorse: la progettazione degli interventi va vincolata a forme innovative e partecipative di lettura dei bisogni, in modo dialettico con le comunità

per avere un rapporto positivo con la comunità bisogna aprire cantieri di verifica “popolare” sugli esiti e le prestazioni dei servizi, la loro equità, la loro capacità di ridurre le disuguaglianze. Bisogna avere fiducia nella possibilità di una cooperazione intelligente dal basso che si attiva se si aprono spazi di gestione responsabile dei poteri pubblici.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/cure-primarie-e-salute-mentale/>

Il personale indipendente SARS-CoV-2 ha testato le istituzioni accademiche e sanitarie protette nel nord-ovest di Londra. Bailey et al., The Lancet

THE LANCET

Chris Bailey, Theo Sanderson, Hermaleigh Townsley, Jacki Goldmann, James RM nero, Giorgio Giovane et al.

Publicato: 19 giugno 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00917-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00917-0)

Una componente importante della risposta precoce del Regno Unito alla pandemia di COVID-19 è stata l'aumento della capacità di test SARS-CoV-2 in tutto il Servizio Sanitario Nazionale (NHS). All'epoca, noi e altri sostenevamo il riutilizzo dei centri accademici per fornire capacità di laboratorio per i test e lo screening degli operatori sanitari asintomatici, per prevenire la trasmissione di SARS-CoV-2.

In risposta a un urgente bisogno di test in tutta Londra nel marzo 2020, il Francis Crick Institute ha rapidamente riconvertito le sue strutture di laboratorio in collaborazione con l'University College London Hospitals (UCLH) e l'Health Services Laboratory, per creare il Crick COVID Testing Pipeline (CCTP). Il CCTP ha fornito 680 602 test RT-PCR occupazionali da aprile 2020 ad aprile 2022.

Sono stati forniti i risultati lo stesso giorno: il tempo medio di risposta è stato di 533 minuti (IQR 456–654; 8-9 ore [7-6–10-9]) dal ricevimento alla comunicazione dei risultati. Tutti i campioni positivi per SARS-CoV-2 sono stati segnalati al servizio NHS Test and Trace, i genomi virali sono stati sequenziati internamente e inviati al COVID-19 Genome UK Consortium e i protocolli sono stati rapidamente condivisi.

Il CCTP ha fornito sia screening asintomatici che test diagnostici per il personale in otto trust NHS e 98 case di cura locali e strutture di riabilitazione fino a maggio 2021, quando è stata realizzata la capacità di test NHS, coprendo distretti con alti tassi di COVID-19 tra cui Brent, Harrow, Barnet e Ealing ([figura A](#)). I test sono stati estesi al Francis Crick Institute nel giugno 2020, per supportare il lavoro clinico e di ricerca essenziale e sono proseguiti fino a maggio 2022, nell'ambito di una politica istituzionale di sicurezza COVID-19.

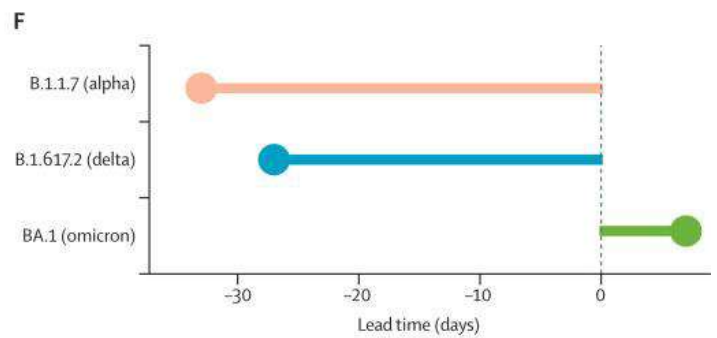
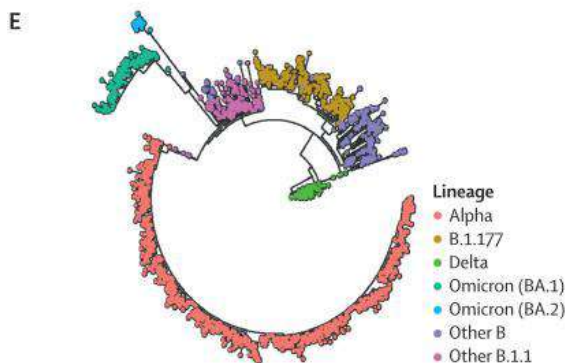
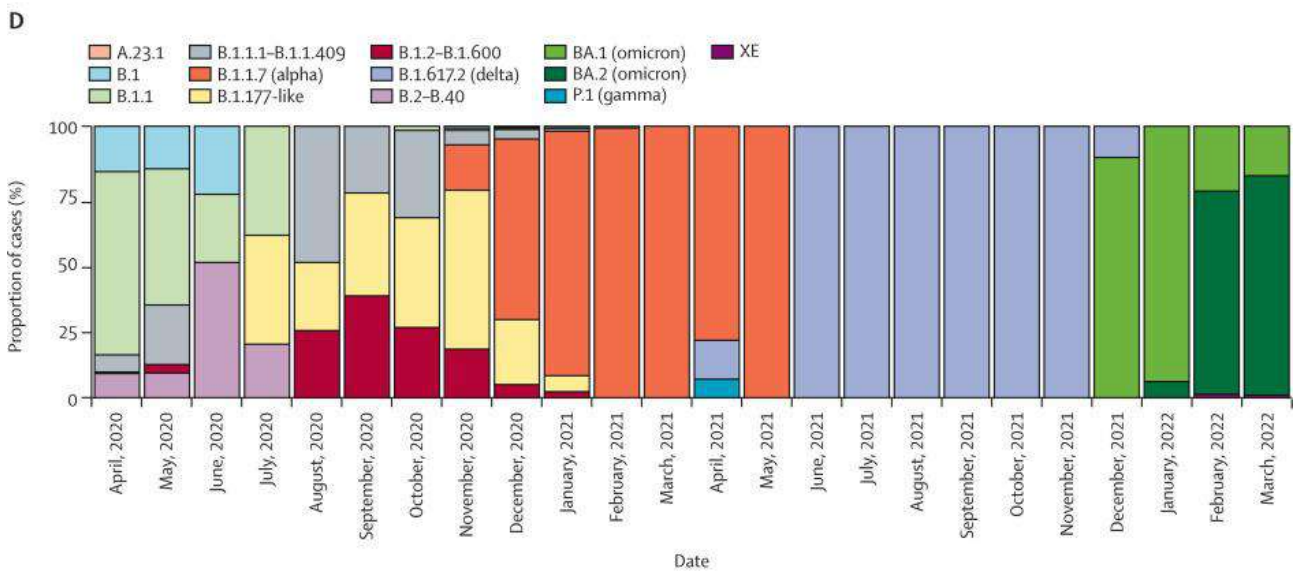
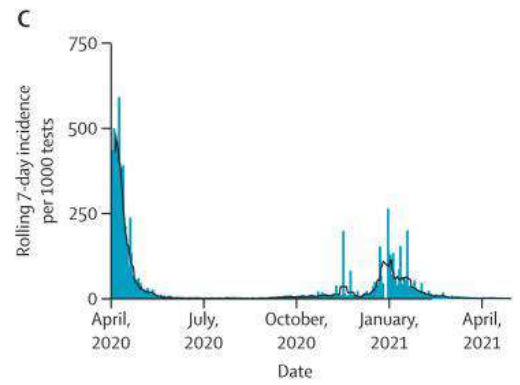
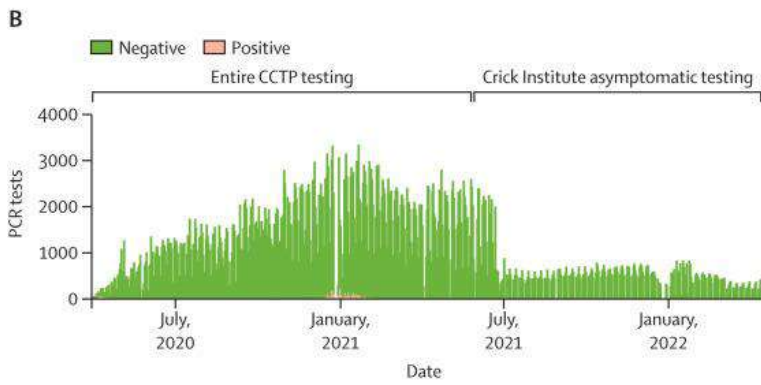
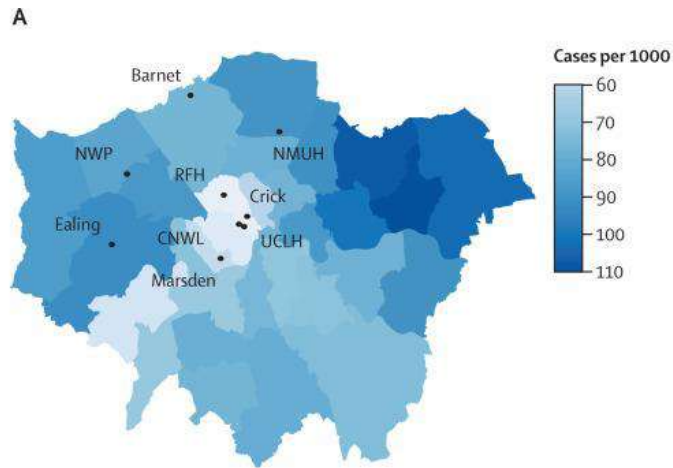
Qui, abbiamo eseguito un'analisi dei dati dei test al fine di comprendere sia l'effetto delle politiche di screening della fiducia ospedaliera sia la politica del lavoro di persona del Francis Crick Institute per informare la futura pianificazione della pandemia.

Complessivamente, sono state rilevate 7316 infezioni positive da 680 602 test (1%) tra il 1° aprile 2020 e il 14 aprile 2022 ([figura B](#)). In tutto il CCTP, l'incidenza mobile su 7 giorni (numero medio di 7 giorni di test positivi per 1000 test effettuati per sito) ha mostrato che le infezioni negli operatori sanitari rispecchiavano l'incidenza delle tendenze nazionali ([figura C](#)).

Abbiamo catturato varianti di preoccupazione ([figura D-E](#)) - spesso prima della loro designazione da parte dell'OMS ([figura F](#)) - per cui alfa (B.1.1.7) è stato rilevato per la prima volta 33 giorni prima, delta (B.1.617.2) 27 giorni prima, e omicron (BA.1) 5 giorni dopo la sua designazione.

Abbiamo prima esplorato le interazioni attraverso il CCTP tra tassi di test positivi, cariche virali e diverse politiche di test adottate dai trust NHS tra il 2020 e il 2021 ([appendice pp 10-11](#)). Abbiamo confrontato l'incidenza continua di infezione a 7 giorni tra i siti ([appendice pp 10-11](#)) e ha riscontrato, come previsto, che l'incidenza era più alta quando i test erano offerti prevalentemente al personale sintomatico, anche presso le sedi gestite dal London Northwest University Hospitals NHS Trust e dal Royal Free Hospital NHS Trust. Tuttavia, nonostante una bassa incidenza di infezioni a rotazione su 7 giorni, il 40,8% di tutti i test positivi proveniva dall'UCLH e dagli ospedali Royal Marsden; entrambi i siti hanno offerto test asintomatici per supportare la fornitura di servizi chirurgici e oncologici sicuri COVID-19. Questi siti hanno rilevato un numero considerevole di ulteriori infezioni.

Per indagare sulle differenze tra i siti che applicano politiche di test sintomatici e asintomatici, abbiamo calcolato un'incidenza per ciascun sito adattando la dimensione dell'organizzazione (definita dal numero di dipendenti dichiarato nelle loro relazioni annuali 2020-21), quindi abbiamo calcolato un rapporto del tasso di incidenza (IRR) per ciascun centro nei primi 4 mesi di test, definita come l'incidenza giornaliera di test positivi per ciascun centro, divisa per le stime di incidenza giornaliera per la popolazione di Londra



Abbiamo confrontato l'IRR tra siti di test principalmente sintomatici e asintomatici, compresi quelli che seguono le linee guida del NHS per creare aree cliniche sicure COVID-19.

Durante i primi 4 mesi di test, l'incidenza dei casi nei siti NHS (UCLH e Royal Marsden Hospitals) che offrivano test SARS-CoV-2 principalmente asintomatici era rispettivamente 7,5 e 13 volte quella della popolazione di Londra (appendice pp 10-11) e i siti NHS hanno continuato a segnalare test positivi costantemente superiori a 5 volte il tasso sintomatico della popolazione di base fino alla seconda settimana di luglio 2020 (appendice pp 3-4). Abbiamo confrontato la distribuzione del valore di soglia del ciclo PCR (Ct) tra i due tipi di siti come una misura proxy ben riconosciuta della carica virale e, quindi, dell'infettività.

Abbiamo riscontrato che la Ct mediana era inferiore (corrispondente a una carica virale più elevata) nei siti di test sintomatici (Ct 21.2 [IQR 8-06], n=1458), rispetto ai siti asintomatici (Ct 25.7 [10-1], n=3322, p<0.0001; [appendice pp 3-4](#)). I valori Ct in genere raggiungono il picco appena prima o intorno all'insorgenza dei sintomi e i test solo sintomatici potrebbero essere sbilanciati verso il periodo post-picco; pertanto, i test asintomatici potrebbero rilevare ulteriormente un sottogruppo di persone con virus infettivo in corrispondenza o prima del picco Ct.

Per acquisire i valori di picco Ct e il controllo per diversi intervalli Ct tra siti con diverse politiche di test, abbiamo confrontato l'occorrenza cumulativa di test positivi tra siti asintomatici e sintomatici in un sottogruppo di tamponi con un valore Ct inferiore a 15 (appendice pp 10-11). All'interno di questo sottogruppo, abbiamo scoperto che i siti asintomatici identificavano infezioni a valori Ct più bassi, suggerendo una migliore rilevazione di questi individui altamente infettivi.

Abbiamo quindi analizzato il Francis Crick Institute, in base al quale per supportare un rapido ritorno al lavoro di persona, abbiamo implementato una politica sul posto di lavoro sicuro COVID-19.

Con una politica di test asintomatici, l'ingresso all'istituto era subordinato a test negativi negli 8 giorni precedenti, il tracciamento dei contatti interni a seguito di test positivi, il distanziamento e la copertura del viso erano applicati dalla conformità sociale. L'istituto è rimasto aperto, mentre la positività al test settimanale è rimasta inferiore all'1%. L'analisi dei dati sull'occupazione degli edifici ha mostrato che l'occupazione media di 7 giorni è stata mantenuta a oltre il 60% del picco di presenze per la stragrande maggioranza dei giorni (356 [84%] di 423 giorni; appendice pp 10-11), raggiungendo il 75% di punta di presenze entro settembre, 2020. La soglia dell'1% è stata raggiunta il 22 ottobre 2020, a seguito della diffusione della variante EU1 (B.1.177), e nuovamente l'8 dicembre 2021, a seguito della variante omicron (BA.1, appendice pp 5-6). Il Francis Crick Institute ha implementato un protocollo di test più rigoroso che ha portato a picchi di infezione più piatti nei dipendenti rispetto a quelli altrimenti osservati nel nostro distretto locale di Camden ([appendice pp 10-11](#)).

Nel loro insieme, dimostriamo che è stato possibile riutilizzare le strutture di laboratorio e integrare le competenze cliniche e di laboratorio esistenti per creare una struttura di test completa in un'istituzione accademica al ritmo, fungere da laboratorio per scialuppe di salvataggio e fornire test per il NHS prima del programma nazionale pianificato. Il CCTP è stato progettato per proteggere sia il personale che i pazienti con i test; mostriamo un'importante eterogeneità nell'adozione dei test da parte degli ospedali. Gli operatori sanitari sono suscettibili all'acquisizione professionale di SARS-CoV-2 nonostante le pratiche di controllo delle infezioni.

Le stime delle vere infezioni asintomatiche variano, ma fino al 40% di tutte le infezioni da COVID-19 potrebbe essere asintomatico.

Sebbene il nostro studio sia limitato dal suo disegno osservazionale, i nostri dati suggeriscono che le strategie di test asintomatico hanno catturato un numero considerevole di infezioni aggiuntive, in particolare nella fase iniziale della pandemia, e supportano i consigli per la prevenzione e il controllo delle infezioni del NHS England sull'uso di test asintomatici con interventi non farmaceutici per mantenere i siti verdi per fornire assistenza ai pazienti clinicamente suscettibili.

I nostri dati forniscono anche una visione unica del rischio di esposizione sul posto di lavoro e delle strategie di screening al di fuori degli ambienti ospedalieri, con la maggior parte degli studi incentrati su ambienti a rischio più elevato come rifugi per senzatetto, carceri, scuole e navi da crociera. Le raccomandazioni del governo del Regno Unito sulla sicurezza non clinica sul posto di lavoro durante il COVID-19 erano incentrate su ventilazione, distanziamento sociale, incoraggiamento della vaccinazione e autoisolamento. La politica di test forzata del Francis Crick Institute ha supportato un luogo di lavoro sicuro, riducendo potenzialmente al minimo i picchi di infezione durante l'onda delta nell'estate 2021. In assenza di dati da organizzazioni simili, il nostro studio suggerisce che lo screening asintomatico con interventi non farmaceutici è un'importante aggiunta alle linee guida sulla sicurezza sul lavoro.

Nel complesso, questo studio fornisce un modello per le future collaborazioni NHS-accademiche da seguire. Con una pianificazione attiva in corso sulla preparazione nazionale per la prossima potenziale pandemia, il nostro lavoro evidenzia l'importanza di dare la priorità ai test, compresi i test asintomatici regolari dei lavoratori chiave, inclusi il personale del SSN e delle case di cura, durante la prima fase della risposta alla pandemia.

<https://www.thelancet.com/cms/attachment/1b77a077-af05-45b5-8ce3-930266b845dc/gr1.jpg>

Non assicurati e non immuni: colmare il divario tra copertura vaccinale per gli adulti. Wallender et al., The New England Journal of Medicine



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Erika Wallender, Georgina Peacock, Melinda Wharton, e Rochelle P. Walensky

21 giugno 2023

DOI: 10.1056/NEJMp2306200

La strategia di vaccinazione statunitense contro il Covid-19 era semplice: ottenere vaccini sicuri ed efficaci il più rapidamente possibile rendendoli gratuiti e accessibili. Questa strategia ha funzionato: più di 670 milioni di dosi di vaccino Covid-19 erano state somministrate a più di 270 milioni di americani entro la fine dell'emergenza sanitaria pubblica nazionale.

Mentre guardiamo all'autunno, i vaccini Covid-19 - lo strumento più efficace per prevenire malattie gravi - si sposteranno in gran parte sul mercato commerciale, dove l'accesso ai vaccini è spesso limitato per gli adulti senza assicurazione sanitaria.

In linea con il suo obiettivo a lungo pandemico di promuovere un accesso equo ai vaccini Covid-19, l'amministrazione Biden nell'aprile 2023 ha introdotto il Programma di accesso al ponte per la salute e i servizi umani per i vaccini e i trattamenti Covid-19 per coprire i vaccini Covid-19 per le persone non assicurate attraverso 2024.

Concepito come una soluzione temporanea fino a quando un piano di accesso al vaccino più completo non sarà autorizzato e finanziato dal Congresso, il programma utilizzerebbe più di 1 miliardo di dollari di fondi Covid-19 per distribuire i vaccini Covid-19 ai dipartimenti sanitari statali e locali e fornitori associati, cliniche supportate dalla Health Resources and Services Administration (HRSA) e farmacie.

Il fatto che questo programma abbia dovuto essere creato da zero - con finanziamenti individuati, contratti modificati e scadenze e punti finali designati - parla della necessità di un sostenibile,

Un programma federale Vaccines for Adults (VFA) è stato proposto nel budget dell'anno fiscale 2023 del presidente Joe Biden, ma non è stato finanziato ed è stato riproposto per l'anno fiscale 2024. Basandosi sulla struttura del programma US Vaccines for Children (VFC), ora nel suo trentesimo anno, il programma VFA acquisterebbe vaccini per adulti non assicurati a prezzi scontati e poi collaborerebbe con i dipartimenti sanitari statali e locali per distribuirli ai fornitori iscritti.

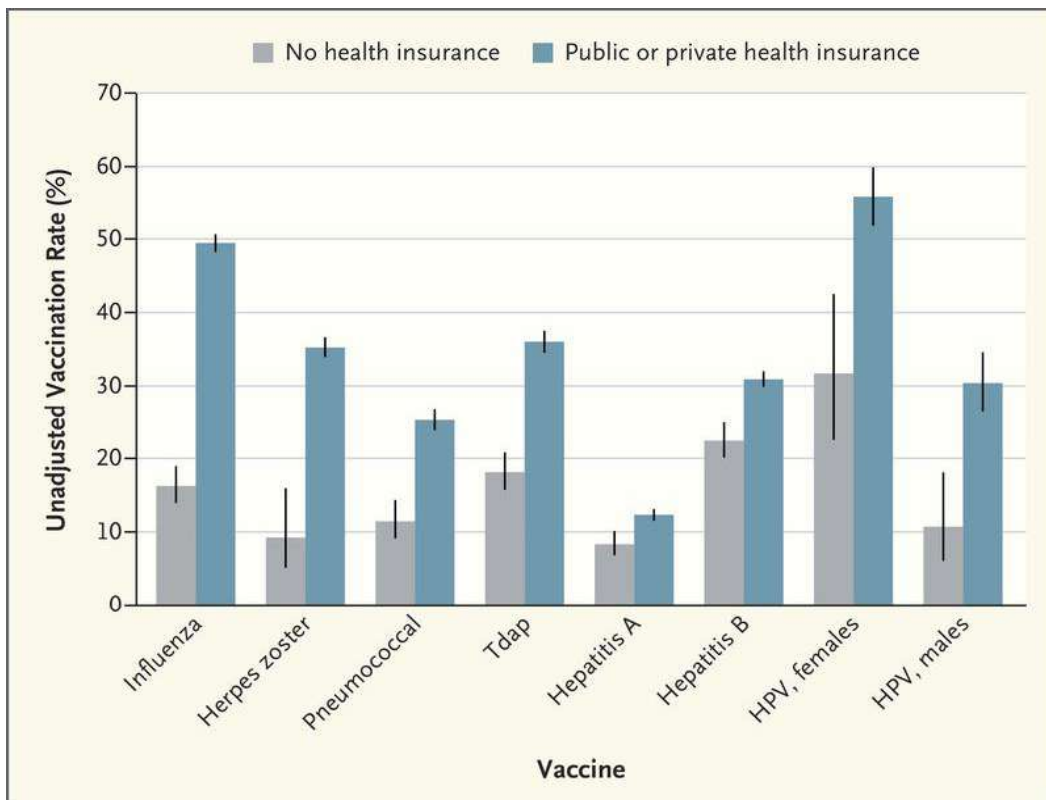
Una volta pienamente attuato, il programma offrirebbe l'accesso gratuito ai 14 vaccini di routine raccomandati dall'Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) dei Centers for Disease Control and Prevention (CDC) per circa 23 milioni di adulti non assicurati di età compresa tra 19 e 64 anni (circa il 12% degli adulti in età lavorativa negli Stati Uniti).

Per essere raccomandati dall'ACIP, i vaccini devono essere sottoposti a un processo di revisione completo, che include l'esame dei dati di sicurezza, efficacia e rapporto costo-efficacia.

Anche prima della pandemia di Covid-19, la mancanza di vaccinazione era associata a costi sostanziali; i costi sanitari stimati e le perdite di produttività associate a malattie prevenibili da vaccino tra gli adulti non vaccinati ammontavano a 7,1 miliardi di dollari nel 2015, ad esempio, molti dei quali erano correlati all'influenza.

Si stima che i vaccini Covid-19 abbiano consentito di risparmiare più di 1 trilione di dollari in spese mediche nei primi 2 anni² quasi 30 volte l'investimento del governo degli Stati Uniti nella ricerca, produzione e acquisto di vaccini mRNA Covid-19 durante quel periodo, come stimato dalla Kaiser Family Foundation.

Nonostante i benefici della vaccinazione per la salute pubblica ei costi, i tassi di copertura per le vaccinazioni di routine raccomandate per gli adulti sono bassi, soprattutto tra le persone non assicurate (vedi grafico).



Tassi di vaccinazione non rettificati per vaccini selezionati consigliati dall'ACIP per adulti, in base allo stato dell'assicurazione sanitaria.

Dato che gli Stati Uniti spendono 4,3 trilioni di dollari all'anno per l'assistenza sanitaria, riteniamo che dovrebbe essere facile decidere di spendere meno di 2 miliardi di dollari all'anno per ridurre il divario di copertura vaccinale tra adulti assicurati e non assicurati, migliorando l'accesso a cure sicure ed efficaci, e vaccini economici, se non economici.

La recente espansione del rimborso Medicare e Medicaid per includere tutti i vaccini di routine raccomandati dall'ACIP per gli adulti ai sensi dell'Inflation Reduction Act, che garantisce la copertura senza condivisione dei costi per circa 100 milioni di persone, rappresenta un passo importante verso l'accesso universale.

Sebbene questa espansione riduca drasticamente il numero di persone senza accesso ai vaccini di routine, non affronta la copertura per gli adulti non assicurati.

Attualmente, gli adulti non assicurati hanno un accesso limitato alle vaccinazioni di routine senza condivisione dei costi, come parte dei programmi di assistenza ai pazienti sponsorizzati dalle aziende farmaceutiche e attraverso i dipartimenti sanitari locali e statali e le cliniche supportate dalle HRSA.

Gli ostacoli amministrativi imposti nei programmi di assistenza ai pazienti - che spesso implicano l'obbligo che sia il paziente idoneo che il fornitore presentino domande per ciascuna dose di vaccino - e le quote annuali per le strutture sanitarie limitano la portata di questi programmi.

Il CDC divide circa 70 milioni di dollari (11% del suo finanziamento discrezionale per l'immunizzazione) tra i dipartimenti sanitari statali e locali per l'acquisto e la somministrazione di vaccinazioni per adulti, che è insufficiente per soddisfare l'attuale necessità.

A causa di questo budget limitato, i vaccini più costosi, come il vaccino contro l'herpes zoster, potrebbero non essere forniti affatto in alcuni stati. Il CDC divide circa 70 milioni di dollari (11% del suo finanziamento discrezionale per l'immunizzazione) tra i dipartimenti sanitari statali e locali per l'acquisto e la somministrazione di vaccinazioni per adulti, che è insufficiente per soddisfare l'attuale necessità.

A causa di questo budget limitato, i vaccini più costosi, come il vaccino contro l'herpes zoster, potrebbero non essere forniti affatto in alcuni stati. Il CDC divide circa 70 milioni di dollari (11% del suo finanziamento discrezionale per l'immunizzazione) tra i dipartimenti sanitari statali e locali per l'acquisto e la somministrazione di vaccinazioni per adulti, che è insufficiente per soddisfare l'attuale necessità. A causa di questo budget limitato, i vaccini più costosi, come il vaccino contro l'herpes zoster, potrebbero non essere forniti affatto in alcuni stati.

Il successo del programma VFC evidenzia il potenziale impatto di un programma incentrato sull'immunizzazione degli adulti.

Adottato per affrontare gli ostacoli alla diffusione del vaccino pediatrico dopo che una recrudescenza nazionale del morbillo ha provocato 11.000 ricoveri e 123 decessi tra i bambini tra il 1989 e il 1991, il programma VFC ha fornito e contribuito a fornire più di 1,3 miliardi di dosi di vaccino da quando è stato implementato nel 1994.

Dopo la CDC acquista vaccini per l'infanzia raccomandati dall'ACIP utilizzando i fondi del programma VFC, li distribuisce attraverso i dipartimenti sanitari statali e locali a più di 44.000 fornitori partecipanti. Il programma copre i bambini non assicurati o sottoassicurati, idonei a Medicaid o membri delle comunità degli indiani d'America o dei nativi dell'Alaska. Sebbene i tassi di vaccinazione siano diminuiti transitoriamente durante la pandemia di Covid-19, l'aumento dei tassi di vaccinazione per tutti i bambini e la riduzione delle disparità tra bambini bianchi e bambini di gruppi razziali ed etnici storicamente emarginati hanno resistito dall'attuazione del programma.

Ad esempio, nel 1993, i tassi di copertura vaccinale contro il morbillo tra i bambini di età compresa tra 19 e 35 mesi erano dell'86% per i bambini bianchi e del 77% per i bambini neri.⁴ ; nel 2021, tali tassi entro i 24 mesi di età erano rispettivamente del 93% e dell'88%.⁵

I costi dei vaccini sono una barriera ben nota all'accesso, sono spesso più alti per le persone non assicurate e contribuiscono alle disparità nei tassi di vaccinazione degli adulti in base allo stato assicurativo.

Ma il programma nazionale di vaccinazione Covid-19 gratuito per i pazienti ha dimostrato che i costi vivi non sono l'unico ostacolo alla vaccinazione; un numero limitato di siti di vaccinazione in ambienti rurali e aree con basse concentrazioni di fornitori di cure primarie e la mancata diffusione di informazioni dirette e attendibili sui vaccini ostacolano anche l'assorbimento tra gli adulti.

Per affrontare alcune delle sfide che influenzano in modo sproporzionato l'accesso al vaccino tra gli adulti, il programma VFA potrebbe rimborsare vari fornitori, comprese le farmacie nelle aree meno servite dal punto di vista medico, per la somministrazione del vaccino per coprire i costi e incoraggiare la partecipazione.

Un programma VFA postpandemico che è stato autorizzato dal Congresso e finanziato mediante stanziamenti potrebbe anche beneficiare dei recenti progressi nelle infrastrutture sanitarie pubbliche.

Durante la pandemia, il CDC ha sostenuto lo sviluppo di nuovi sistemi di somministrazione dei vaccini per soddisfare meglio le esigenze degli adulti, che includevano l'ampliamento dell'accesso ai vaccini nelle farmacie e attraverso altri nuovi fornitori di vaccini.

La necessità di monitorare e segnalare i tassi di copertura del vaccino Covid-19 ha dato al CDC e ai partner della sanità pubblica l'opportunità di modernizzare e standardizzare ulteriormente i sistemi informativi sull'immunizzazione.

Questi dati sulla copertura vaccinale sono stati utilizzati dal CDC e dalle giurisdizioni per informare le azioni di sanità pubblica. Riconoscendo i vantaggi associati, quasi tutte le giurisdizioni prevedono di continuare a condividere i dati sulla vaccinazione Covid-19 con il CDC; alcune giurisdizioni hanno anche iniziato a condividere dati su altri vaccini per adulti. Disporre di dati sulla copertura vaccinale tra gli adulti sarebbe la chiave per un programma VFA di successo, poiché consentirebbe all'agenzia di identificare rapidamente le aree con accesso limitato ai vaccini, come alcune aree rurali o urbane con un accesso inferiore ai servizi di assistenza primaria, e di affrontare i problemi correlati sfide.

Gli Stati Uniti hanno fatto enormi investimenti nello sviluppo e nella distribuzione dei vaccini e nella raccolta sicura dei dati durante la pandemia di Covid-19.

Se continuiamo ad andare avanti senza l'accesso ai vaccini, compreso l'accesso a lungo termine ai vaccini Covid-19, per gli adulti non assicurati, trascureremo un'importante opportunità per promuovere benefici sanitari ed economici in questa popolazione, che comprende molti lavoratori essenziali, operatori sanitari, neolaureati e altri.

Basandosi sul successo del programma VFC e sui finanziamenti discrezionali associati a sostegno dell'infrastruttura di immunizzazione, il programma VFA ha il potenziale per essere un'iniziativa a basso costo e ad alto rendimento che potrebbe aiutare a raggiungere l'obiettivo essenziale di garantire la disponibilità del vaccino per tutta la durata della vita.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2306200?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2F5TrM8TenIE%2F%2F9UT5XCaD7xJuVKWZTQBSbkRLJiiV82LLrSinlnROwiBLgzVHVjhK%2BxAZI7RMP1awY9FqCV6B%2FPqd21BRhyFTFXM7SEBGaYPMuPMUFDR3cF1t9vzp1k9yN%2Fdhprc3hjKf6x2g3VS%2FaWZF07Ltb8hZMTjYn%2F9sJXFZGkAT%2Bm1PMTIMj0A%2BepPbvX1c5I4m4A%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20June%2022,%202023%20DM2243420_NEJM_NonSubscriber&bid=1627574186

Le origini del Covid-19: perché è importante (e perché no). Gostin and Gronwall. The New England Journal of Medicine



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Lawrence O. Gostin, e Gigi K. Gronwall.

22 giugno 2023

N Engl J Med 2023; 388:2305-2308

DOI: 10.1056/NEJMp2305081

Quando sorgono emergenze sanitarie, gli scienziati cercano di scoprire la causa, ad esempio il modo in cui un agente patogeno è emerso e si è diffuso, perché questa conoscenza può migliorare la nostra comprensione dei rischi e delle strategie per la prevenzione, la preparazione e la mitigazione.

Eppure, nel quarto anno della pandemia di Covid-19, continuano intensi dibattiti politici e scientifici sulle sue origini. Le due ipotesi principali sono uno spillover zoonotico naturale, che molto probabilmente si è verificato presso il mercato all'ingrosso di frutti di mare di Huanan, e una fuga di laboratorio dal Wuhan Institute of Virology (WIV).

Vale la pena esaminare gli sforzi per scoprire le origini della SARS-CoV-2, gli ostacoli politici e cosa ci dicono le prove. Queste prove possono aiutare a chiarire il percorso evolutivo del virus. Ma indipendentemente dalle origini del virus.

La storia delle origini risale al 31 dicembre 2019, quando l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) venne a conoscenza di un cluster di casi di polmonite di causa sconosciuta a Wuhan (vedi [cronologia](#)). Le autorità di Wuhan hanno chiuso il mercato di Huanan il giorno successivo, rendendo gli animali vivi non disponibili per i test. La Cina ha condiviso pubblicamente la sequenza genetica del SARS-CoV-2 il 10 gennaio 2020. Solo poche settimane dopo che l'OMS ha dichiarato il Covid-19 un'emergenza sanitaria pubblica di interesse internazionale il 30 gennaio, la missione congiunta OMS-Cina ha visitato Pechino e Wuhan (dal 16 al 24 febbraio).

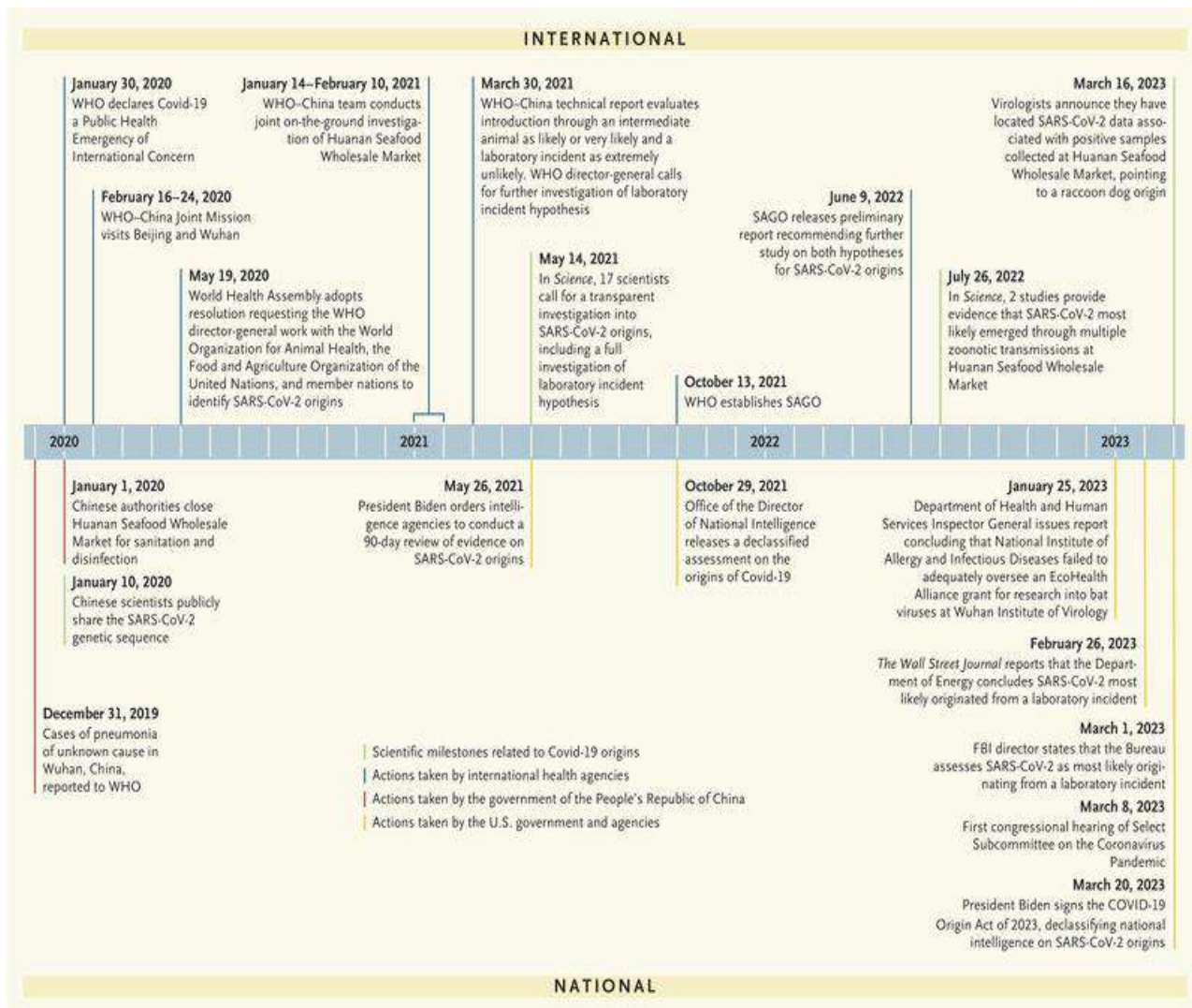
Il rapporto tecnico congiunto OMS-Cina pubblicato nel marzo 2021 ha valutato uno spillover zoonotico come una fonte "probabile o molto probabile" del virus, i prodotti della catena alimentare fredda come "possibili" e un incidente di laboratorio come "estremamente improbabile".

Il direttore generale dell'OMS ha immediatamente ripudiato i risultati del rapporto, ritenendo prematuro escludere un possibile incidente di laboratorio.

Una lettera aperta pubblicata su *Science* il 14 maggio 2021 ha accreditato la teoria del laboratorio, chiedendo l'accesso aperto ai registri di laboratorio e agli studi basati sulla scienza.

Il 13 ottobre 2021, il direttore generale dell'OMS ha istituito il gruppo consultivo scientifico per le origini dei nuovi agenti patogeni (SAGO).

La Cina ha ufficialmente respinto il piano dell'OMS per una seconda fase di indagine sulle origini. Il rapporto preliminare della SAGO ha avvertito che la Cina stava nascondendo dati chiave.



Eventi chiave nello sforzo di determinare le origini della pandemia di Covid-19.

Di recente, un team di esperti internazionali ha annunciato di aver identificato dati su campioni ambientali positivi per SARS-CoV-2 raccolti dal mercato di Huanan nel gennaio 2020, che la Cina aveva nascosto al pubblico dominio per 3 anni. Gli scienziati cinesi avevano caricato i dati su GISAID (l'iniziativa globale sulla condivisione di tutti i dati sull'influenza) ma poi li avevano rimossi. In risposta alle pressioni dell'OMS, la Cina ha restituito quei dati a GISAID.

Determinare le origini della SARS-CoV-2 dovrebbe essere una questione strettamente scientifica, ma è diventata coinvolta nella politica. Nel marzo 2020, il Ministero degli Affari Esteri cinese ha affermato, senza prove, che il personale dell'esercito americano aveva introdotto SARS-CoV-2 durante una visita a Wuhan, spingendo il presidente Donald Trump ad affermare che il virus aveva avuto origine nel WIV.

Accusando il direttore generale di schierarsi con la Cina, Trump ha notificato alle Nazioni Unite che gli Stati Uniti intendevano ritirarsi dall'OMS. Sebbene il presidente Joe Biden abbia successivamente annullato tale decisione, la controversia sulle origini è continuata. Il 26 maggio 2021, Biden ha ordinato alle agenzie di intelligence statunitensi di rivedere le ipotesi di origini concorrenti.

L'Ufficio del direttore dell'intelligence nazionale ha pubblicato la "Valutazione declassificata sulle origini del COVID-19". La politica delle origini si è surriscaldata all'inizio di quest'anno. Il 25 gennaio 2023, l'Ufficio dell'ispettore generale del Dipartimento della salute e dei servizi umani ha concluso che l'Istituto nazionale per le allergie e le malattie infettive non era riuscito a supervisionare adeguatamente una sovvenzione all'EcoHealth Alliance per la ricerca sui virus dei pipistrelli presso il WIV.

Un mese dopo, il Dipartimento dell'Energia, che sovrintende a una rete di 17 laboratori statunitensi, ha concluso con "scarsa fiducia" che molto probabilmente SARS-CoV-2 è nato da un incidente di laboratorio.

Il Federal Bureau of Investigation ha affermato di favorire la teoria del laboratorio con "moderata" fiducia. Altre quattro agenzie, insieme a un gruppo di intelligence nazionale, giudicano ancora che la SARS-CoV-2 sia emersa da uno spillover zoonotico naturale, mentre due rimangono indecise.

Tutte le agenzie di intelligence statunitensi hanno respinto l'accusa secondo cui i partecipanti a un programma clandestino di armi biologiche cinesi avrebbero sviluppato intenzionalmente SARS-CoV-2. Eppure un rapporto pubblicato a metà dicembre 2022 dai membri repubblicani della Camera dei rappresentanti accreditava ancora quella teoria. Il 20 marzo 2023, Biden ha firmato un disegno di legge che declassifica i documenti sulle origini del Covid-19 e il Congresso ha avviato le udienze.

Delle tre possibilità - naturale, accidentale o deliberata - le prove più scientifiche finora identificate supportano l'emergenza naturale. Più della metà dei primi casi di Covid-19 erano collegati al mercato di Huanan e la mappatura epidemiologica ha rivelato che la concentrazione dei casi era centrata lì. Nel gennaio 2020, i funzionari cinesi hanno autorizzato il mercato senza testare animali vivi, ma campioni ambientali positivi, compresi quelli di una gabbia per animali e una macchina per la rimozione di peli e piume, hanno indicato la presenza sia di SARS-CoV-2 che di soggetti sensibili a Covid animali.

I risultati recentemente pubblicati includevano il DNA del cane procione, indicando un possibile progenitore SARS-CoV-2. I campioni dei primi casi nell'uomo contenevano anche due diversi lignaggi SARS-CoV-2. Sebbene solo un lignaggio si sia diffuso a livello globale, l'esistenza di più lignaggi suggerisce che un'epidemia di SARS-CoV-2 negli animali potrebbe aver portato a molteplici eventi di spillover.

I fautori della teoria della fuga accidentale di laboratorio sottolineano la posizione geografica del WIV nella città in cui è iniziata la pandemia. Indicano la presenza del ceppo di coronavirus di pipistrello RaTG13 in laboratorio, sostenendo che le manipolazioni genetiche come la ricerca sul guadagno di funzione (GOF) potrebbero aver prodotto SARS-CoV-2. La maggior parte degli scienziati confuta questa teoria perché esiste una notevole distanza evolutiva tra i due virus. Tuttavia, non si può escludere in modo inequivocabile la possibilità che il laboratorio contenesse un ceppo progenitore diverso da SARS-CoV-2 che ha portato a una fuga di notizie dal laboratorio.

L'offuscamento della Cina può significare che non avremo mai la certezza sulle origini della più grande pandemia in più di un secolo. Dopo che tutto il mondo ha sofferto per la perdita di vite umane, difficoltà economiche e disparità di salute esacerbate, c'è un valore intrinseco nel conoscere la causa. Un corpo oggettivamente determinato di fatti scientifici non può disinnescare completamente la retorica politica che circonda l'indagine sulle origini, ma la ricerca deve continuare. I dati genetici appena rilasciati possono rivelare se specifici animali sono stati infettati e offrire informazioni sulla loro provenienza, aprendo nuove possibilità di indagine, che possono anche migliorare le tecniche di attribuzione per indagare su futuri focolai.

Indipendentemente dalle origini di Covid, futuri focolai potrebbero derivare da cause deliberate, accidentali o naturali, e migliorare la nostra capacità di comprendere e dimostrare le teorie sarà fondamentale. Proponiamo tre passaggi importanti per rafforzare la preparazione alla pandemia.

In primo luogo, è fondamentale prevenire le ricadute utilizzando una strategia One Health che colleghi la salute animale, umana e ambientale.

Circa il 60% delle epidemie di malattie mai viste prima nell'uomo derivano da zoonosi naturali.

Le popolazioni umane e animali potrebbero essere separate in modo più efficace con una regolamentazione più severa dei mercati umidi e l'applicazione delle leggi che vietano il commercio di specie selvatiche.

Gli sforzi di gestione del territorio, come l'arresto della deforestazione, andrebbero a vantaggio dell'ambiente creando al tempo stesso un cuscinetto tra la fauna selvatica e gli esseri umani.

L'uso diffuso di pratiche agricole sostenibili e umane eliminerebbe il sovraffollamento di animali domestici e ridurrebbe l'uso profilattico di antimicrobici, con ulteriori vantaggi nella prevenzione della resistenza antimicrobica.

In secondo luogo, è importante rafforzare la sicurezza del laboratorio per ridurre i rischi di rilascio involontario di un pericoloso agente patogeno. I requisiti normativi dovrebbero includere valutazioni del rischio specifiche del sito e dell'attività per identificare e mitigare i rischi; protocolli fondamentali per la prevenzione e il controllo delle infezioni; e la formazione per l'uso corretto e l'accesso ai dispositivi di protezione individuale. Esistono standard internazionali per la gestione del rischio biologico, che dovrebbero essere ampiamente adottati.

In terzo luogo, la ricerca GOF progettata per chiarire i tratti di trasmissibilità o patogenicità dei patogeni dovrebbe essere adeguatamente supervisionata per ridurre i rischi, consentendo allo stesso tempo di continuare importanti ricerche e sviluppo di vaccini.

Tale ricerca può portare alla creazione di microbi con potenziale pandemico potenziato, che potrebbero essere rilasciati involontariamente o intenzionalmente.

Tuttavia, non esiste un accordo internazionale su quali attività di ricerca siano problematiche o su come ridurre i rischi. Il 27 gennaio 2023, il National Science Advisory Board for Biosecurity degli Stati Uniti ha emesso un quadro più rigoroso per la supervisione della ricerca, che eminenti virologi hanno criticato come eccessivo e inibitorio per lo sviluppo di

vaccini statunitensi. Poiché la ricerca GOF è condotta nei laboratori di tutto il mondo, è necessario un quadro internazionale.

Fin dai primi giorni della pandemia, la polemica ha turbinato su come è iniziata.

Le indagini sulle origini sono sforzi scientifici, ma dobbiamo pianificare in anticipo in modo che gli scienziati ottengano un rapido accesso ai principali siti geografici, scambi scientifici aperti e piena trasparenza.

Sebbene tali indagini procedano più lentamente del ciclo delle notizie, questi passaggi sono le chiavi per svelare il mistero che circonda Covid-19 e preparare il mondo per i futuri focolai che sicuramente si verificheranno.

[https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2305081?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FsTrM8TenIE%2F%2F9UT5XCaD7xJuVKWZTQBSbkRLjiiV82LLrSinlnROwiBLgzVHVjhK%2BxAZI7RMP1awY9FqCV6B%2FPqd21BRhyFTFXM7SEBGaYPMuPMUFDR3cF1t9vzp1k9yN%2Fdhprc3hjKf6x2g3VS%2FaWZF07Ltb8hZMTjYn%2F9sJXFZGkAT%2Bm1PMTIMj0A%2BepPbvX1c5I4m4A%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20June%202022,%202023%20DM2243420 NEJM Non Subscriber&bid=1627574186](https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2305081?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2FsTrM8TenIE%2F%2F9UT5XCaD7xJuVKWZTQBSbkRLjiiV82LLrSinlnROwiBLgzVHVjhK%2BxAZI7RMP1awY9FqCV6B%2FPqd21BRhyFTFXM7SEBGaYPMuPMUFDR3cF1t9vzp1k9yN%2Fdhprc3hjKf6x2g3VS%2FaWZF07Ltb8hZMTjYn%2F9sJXFZGkAT%2Bm1PMTIMj0A%2BepPbvX1c5I4m4A%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20June%202022,%202023%20DM2243420%20NEJM%20Non%20Subscriber&bid=1627574186)

I COSTI DELLE RSA

Franco Pesaresi *

*Qualche importante riflessione
in un settore dove la rilevazione
della spesa è molto eterogenea*

INTRODUZIONE

Quanto costano effettivamente le RSA e quali sono gli elementi determinanti la spesa? I dati relativi a questo settore di spesa pubblica e privata sono pochi e non facilmente comparabili per cui una analisi rigorosa o qualche utile esercizio di *benchmarking* sono difficili da realizzare.

La procedura comparata di calcolo dei costi di produzione al fine di definire i costi complessivi delle

RSA si scontra con le difficoltà di disporre di contabilità analitica di molte strutture pubbliche, ma anche con le diverse modalità di contabilizzazione dei costi di soggetti privati.

Quali sono le risultanze delle poche ricerche e studi che si sono realizzati in materia? Abbiamo cercato di sintetizzarli nelle pagine che seguono al fine di verificare la possibilità di trarne delle indicazioni convergenti o comunque utili per interpretare la realtà attuale e

dare utili indicazioni a chi deve misurarsi con la gestione delle RSA e con la determinazione delle tariffe di riferimento.

Per cercare di comprendere gli elementi determinanti dei costi delle RSA sono state raccolte 5 ricerche sui costi analitici delle RSA (Pesaresi, 2013). Si tratta di una documentazione non del tutto omogenea ma significativa dato che nel complesso coinvolgono oltre 100 RSA per un totale di oltre 9.000 posti letto (cfr. tabella 1).

Autore ricerca	Anno dei dati	Oggetto dell'indagine	note
1. Tanzi (2009)	2008	20 RSA del Veneto per un totale di 2.040 p.l.	La ricerca non ha tenuto conto dei costi amministrativi e generali
2. Irer-Cergas (2007), Cantù <i>et al.</i> (2010)	2005	27 RSA della Lombardia per un totale di 2.300 p.l.	
3. Sebastiano <i>et al.</i> (2010)	2008	10 RSA di Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana per un totale di 1.400 p.l.	La ricerca non ha tenuto conto degli ammortamenti e degli accantonamenti, della gestione straordinaria ed accessoria e delle imposte sul reddito
4. Brizioli, Masera (2011)	2010	50 RSA del gruppo Kos in Lombardia (18), Piemonte (12), Liguria (9), Veneto (3), Emilia-Romagna (3), Toscana (1), Marche (4)	
5. Peruzzi (2011)	2009	Dati Cooperativa Koinè che gestisce 5 RSA in Toscana	

Tabella 1 – Le ricerche sui costi analitici delle RSA prese in considerazione

*] Direttore Azienda servizi alla persona "Ambito 9" Jesi (AN), presidente Anoss.

L'OMS chiede un'IA sicura ed etica per la salute. WHO



16 maggio 2023

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) chiede cautela nell'uso di strumenti di modelli linguistici di grandi dimensioni (LLM) generati dall'intelligenza artificiale (IA) per proteggere e promuovere il benessere umano, la sicurezza umana e l'autonomia e preservare la salute pubblica.

Gli LLM includono alcune delle piattaforme in più rapida espansione come ChatGPT, Bard, Bert e molte altre che imitano la comprensione, l'elaborazione e la produzione della comunicazione umana. La loro fulminea diffusione pubblica e il crescente uso sperimentale per scopi legati alla salute sta generando un notevole entusiasmo per il potenziale di supportare i bisogni di salute delle persone.

È imperativo che i rischi siano esaminati attentamente quando si utilizzano i LLM per migliorare l'accesso alle informazioni sulla salute, come strumento di supporto decisionale o anche per migliorare la capacità diagnostica in contesti con risorse insufficienti per proteggere la salute delle persone e ridurre le disuguaglianze.

Sebbene l'OMS sia entusiasta dell'uso appropriato delle tecnologie, compresi i LLM, per supportare gli operatori sanitari, i pazienti, i ricercatori e gli scienziati, vi è la preoccupazione che la cautela che normalmente verrebbe esercitata per qualsiasi nuova tecnologia non venga esercitata in modo coerente con i LLM. Ciò include l'adesione diffusa ai valori chiave di trasparenza, inclusione, impegno pubblico, supervisione di esperti e valutazione rigorosa.

L'adozione precipitosa di sistemi non testati potrebbe portare a errori da parte degli operatori sanitari, causare danni ai pazienti, erodere la fiducia nell'IA e quindi minare (o ritardare) i potenziali benefici e gli usi a lungo termine di tali tecnologie in tutto il mondo.

Le preoccupazioni che richiedono una rigorosa supervisione necessaria affinché le tecnologie vengano utilizzate in modo sicuro, efficace ed etico includono:

i dati utilizzati per addestrare l'IA possono essere distorti, generando informazioni fuorvianti o imprecise che potrebbero comportare rischi per la salute, l'equità e l'inclusione;

Gli LLM generano risposte che possono apparire autorevoli e plausibili a un utente finale; tuttavia, queste risposte possono essere completamente errate o contenere gravi errori, soprattutto per le risposte relative alla salute;

Gli LLM possono essere addestrati su dati per i quali il consenso potrebbe non essere stato fornito in precedenza per tale utilizzo e gli LLM potrebbero non proteggere i dati sensibili (inclusi i dati sanitari) che un utente fornisce a un'applicazione per generare una risposta;

Gli LLM possono essere utilizzati in modo improprio per generare e diffondere disinformazione altamente convincente sotto forma di contenuti testuali, audio o video difficili da distinguere per il pubblico da contenuti sanitari affidabili; E pur impegnandosi a sfruttare le nuove tecnologie, tra cui l'intelligenza artificiale e la salute digitale per migliorare la salute umana, l'OMS raccomanda ai responsabili politici di garantire la sicurezza e la protezione dei pazienti mentre le aziende tecnologiche lavorano per commercializzare gli LLM.

L'OMS propone che queste preoccupazioni vengano affrontate e che vengano misurate chiare prove di beneficio prima del loro uso diffuso nell'assistenza sanitaria e nella medicina di routine, sia da parte di individui, operatori sanitari o amministratori del sistema sanitario e responsabili politici.

L'OMS ribadisce l'importanza di applicare i principi etici e una governance appropriata, come indicato nella [guida dell'OMS sull'etica e la governance dell'IA per la salute](#), durante la progettazione, lo sviluppo e l'utilizzo dell'IA per la salute.

I 6 principi fondamentali individuati dall'OMS sono:

Proteggere l'autonomia;
Promuovere il benessere umano, la sicurezza umana e l'interesse pubblico;
Garantire trasparenza, spiegabilità e intelligibilità;
Promuovere la responsabilità e la responsabilità;
Garantire inclusività ed equità;
Promuovere un'IA reattiva e sostenibile.

<https://www.who.int/news/item/16-05-2023-who-calls-for-safe-and-ethical-ai-for-health>



SOCIETÀ

Cittadini e competenze digitali

ITALIA TRA GLI ULTIMI PAESI IN EUROPA PER COMPETENZE DIGITALI ALMENO DI BASE DELLA POPOLAZIONE

Nel 2021 poco meno della metà delle persone di 16-74 anni residente in Italia ha competenze digitali almeno di base (45,7%). Il divario tra i diversi Paesi europei risulta piuttosto elevato. L'Italia occupa le ultime posizioni della graduatoria europea.

DIVARI DI GENERE A FAVORE DEGLI UOMINI SOPRATTUTTO TRA LA POPOLAZIONE ANZIANA

Le competenze digitali almeno di base sono caratterizzate da un forte divario di genere a favore degli uomini, che, nel nostro Paese è di 5,1 punti percentuali. Va però sottolineato che fino ai 44 anni tale distanza si annulla e in alcuni casi si inverte di segno.

AMPIO IL DIVARIO TERRITORIALE

Nel nostro Paese è presente un forte gradiente tra Centro-Nord e Mezzogiorno, ad eccezione della Sardegna, che si attesta sul valore medio. Le regioni dove le competenze digitali almeno di base sono più diffuse sono il Lazio (52,9%), seguito dal Friuli-Venezia Giulia (52,3%) e dalla Provincia Autonoma di Trento (51,7%).

8 PERSONE SU 10 DI 25-54 ANNI CON UN' ISTRUZIONE TERZIARIA HANNO COMPETENZE DIGITALI ALMENO DI BASE

L'80,3% delle persone di 25-54 anni con un'istruzione terziaria possiede competenze digitali almeno di base, valore quasi in linea con quello medio EU27 (83%), mentre tale quota cala al 25% per quelli con titolo di studio primario, con una distanza di circa 8 punti percentuali rispetto al valore medio EU27.

COMPETENZE DIGITALI ELEVATE PER COMUNICAZIONE E COLLABORAZIONE

Nel 2021 le persone hanno competenze digitali più avanzate per *e-skill* legati ai domini della "Comunicazione e collaborazione" (75,8%) e dell'"Alfabetizzazione su informazioni e dati" (58,5%) rispetto a quelli legati alla "Risoluzione di problemi" (47%), alla "Creazione di contenuti digitali" (41%) e alla "Sicurezza" (36%).

LIMITATE LE COMPETENZE DIGITALI SPECIALIZZATE NELLE PICCOLE E MEDIE IMPRESE

Le competenze digitali specialistiche interne alle imprese sono appannaggio di quelle con almeno 250 addetti (75,0%) e di quelle del settore ICT (64,1%). Le PMI italiane sono tra le prime in Europa a esternalizzare la gestione delle funzioni ICT (il 57,2% utilizza solo consulenti esterni).

www.istat.it

UFFICIO STAMPA
tel. +39 06 4673.2243/44
ufficiostampa@istat.it

CONTACT CENTRE
contact.istat.it

TARGET

Il workshop riunirà alcune delle migliori menti dei settori biotecnologici, farmaceutici e medici oltre a stakeholder e opinion leader della sanità pubblica e privata, offrendo occasioni di connessione e confronto sul futuro della sanità nel nostro paese.

FOCUS

Esploreremo una varietà di argomenti, tra cui la centralità del Medico, l'efficienzamento dei processi ospedalieri, la trasformazione digitale e le metriche di prestazione, l'intelligenza artificiale e i nuovi modelli organizzativi e di dialogo interdisciplinare per il miglioramento del PDTA.

SEDE

Il workshop si terrà all'interno del MUST (Museo Scienza e Tecnologia Leonardo da Vinci), facilmente raggiungibile in:

TRENO

Da Stazione Centrale 20 minuti in Taxi o in metro

AEREO

Da Linate 30 minuti in Taxi

METRO

M2 (Linea Verde) fermata S. Ambrogio



Sala Conte Biancamano

Per l'occasione è stata scelta la cornice del Padiglione Aeronavale, dove è conservata una imponente sezione del Transatlantico Conte Biancamano, che con le atmosfere anni '30 del suo Salone delle Feste, rievoca l'epoca gloriosa dei transatlantici di lusso che si contendevano il Nastro Azzurro per la traversata più veloce.

Da non perdere

A termine dei lavori, sarà possibile partecipare, solo previa prenotazione, alla visita guidata a bordo del Sottomarino Toti per rivivere le emozioni dei marinai durante la navigazione.



Verso nuovi modelli organizzativi e decisionali per scelte più rapide e consapevoli in sanità

SEGRETERIA **02/89692182**
workshop@sanitanova.it

ISCRIZIONI 

PADIGLIONE AERONAVALE
Sala Conte Biancamano

MILANO
15 giugno 2023

Museo Nazionale Scienza e Tecnologia Leonardo da Vinci
Via Olona 6/bis

Le turbolenze del mercato alimentare spiegate bene. A. Pascale, Il Foglio. Agrifoglio



Alfonso Pascale, storico dell'agricoltura ci racconta il conflitto Ucraina/Russia e le sue ripercussioni sulla UE. Un'intervista estesa, dove si intrecciano temi politici e agricoli.

Puoi farmi schema semplificato di quello che sta succedendo in campo agricolo con guerra in Ucraina?

L'aggressione dell'Ucraina da parte della Russia ha fortemente destabilizzato i mercati internazionali dei cereali. Infatti, il blocco dei porti del Mar Nero, occupati dai russi, aveva interrotto l'export del grano ucraino.

Conseguenza?

Di conseguenza, era divampata una crisi alimentare di dimensioni globali, che colpiva soprattutto i paesi maghrebini. Così i prezzi delle materie prime agricole, in quasi tutti i settori, erano saliti alle stelle. A peggiorare la situazione concorreva anche la crisi energetica, provocata dal blocco del gas russo deciso da Putin per ricattare i governi dell'Ue.

Poi c'è stato un accordo, no?

Sì. lo scorso 22 luglio, si è raggiunto l'accordo sul grano, sotto l'egida dell'Onu. Un accordo presto sospeso dalla Russia in modo unilaterale. Una decisione che ha fatto di nuovo precipitare il mondo nel panico. In autunno, l'intervento di Erdogan ha indotto Putin a rendere di nuovo operativo l'accordo. E così, in questi ultimi due mesi, la situazione è cambiata: i segnali dei prezzi alla produzione dei beni alimentari indicano che l'inflazione sta calando. Le cose vanno meglio anche nell'ambito del commercio internazionale. Si registra, infatti, una progressiva eliminazione dei divieti alle esportazioni. E gli scambi di beni alimentari sono in netta ripresa. Sembra, dunque, che il peggio sia ormai alle nostre spalle.

Previsioni?

L'Australia, il terzo esportatore di grano al mondo dopo la Russia e gli USA, raccoglierà nell'annata agraria 2022-2023 il suo secondo raccolto record consecutivo. E buoni risultati produttivi prevedono anche Canada e Brasile. Non dovremmo avere prossimamente problemi irrisolvibili sul versante della sicurezza alimentare.

Ok, ma...

Ma è necessario non allentare lo stato di allerta. E occorre cominciare a predisporre misure e regole che non ci facciano trovare di nuovo nella stessa situazione. Le ripercussioni della guerra sull'agricoltura italiana hanno riguardato per lo più la gestione dei consumi energetici. La produttività agricola ha, infatti, fortemente risentito dell'aumento dei costi di produzione e della riduzione del potere di acquisto dei consumatori.

Tornando alle materie prime che insegnamento possiamo finora trarne?

Le turbolenze dei mercati internazionali delle materie prime agricole hanno fatto anche emergere un nervo scoperto dell'agricoltura italiana: noi importiamo notevoli quantitativi **di mais e soia per alimentare gli animali** con cui produciamo le nostre eccellenze destinate all'export. E questo pone l'esigenza di accrescere la capacità produttiva agricola del paese.

Facile a dirsi...

Si tratta, infatti, di aprire finalmente le porte alle innovazioni tecnologiche, a partire dagli Ogm e dall'agricoltura di precisione, per poter compiere il salto produttivo. Gli effetti dell'invasione dell'Ucraina da parte della Russia ci hanno ricordato qualcosa che, nel lungo periodo di pace iniziato nel dopoguerra, avevamo rimosso: **e cioè che la disponibilità di beni alimentari gioca sempre un ruolo strategico nei conflitti tra i paesi.**

Cosa dovrebbe fare la Ue?

L'Ue dovrebbe restituire alla politica per la sicurezza alimentare l'originario compito di assicurare il diritto ad avere cibo sufficiente e non solo quello di garantire la sicurezza igienico-sanitaria e informativa. L'Unione è oggi la prima "potenza" agricola del mondo. Ma è un "nano" politico e rischia, con le aberranti strategie proposte dalla Commissione, come il "Farm to Fork", di indebolirsi sul piano produttivo e tecnologico. Dopo gli sconvolgimenti avvenuti nel 2022, l'Ue potrà svolgere un ruolo di primo piano nello scacchiere mondiale e tentare di guidare l'edificazione di un nuovo ordine, se innanzitutto si dota di una testa politica e di una legittimazione democratica, riformando i trattati, ma anche se mantiene e irrobustisce la sua performance agricola, con una nuova politica agricola comune.

Aspetta, perché dici che la Ue è un nano politico e per di più ha messo in campo un aberrante strategia (Farm to Fork)

Dopo la fine della Guerra fredda, le istituzioni dell'Ue sono state adeguate solo parzialmente a una visione sovranazionale. Il salto è avvenuto con la creazione della Banca centrale europea: unica istituzione interamente non condizionata dai governi nazionali. Invece, la governance e le nuove politiche unionali si muovono in una logica sempre più intergovernativa.

Fin qui ci siamo...

Nella visione intergovernativa, l'integrazione europea va avanti attraverso il coordinamento volontario tra i governi nazionali, i quali continuano a costituire i pilastri dell'Ue. Fino a quando si è trattato di governare il processo di integrazione monetaria e di stabilizzare quello di integrazione economica, non ci sono stati problemi insormontabili. Si è proceduto, infatti, differenziando i diversi regimi di politiche europee, come l'Eurozona o Schengen. E questo è potuto accadere proprio perché l'integrazione si è basata su accordi politicamente volontari e non, come nel mercato unico, su provvedimenti legislativamente vincolanti.

Sento che c'è un ma...

Ma con la pandemia e, ancor più, con la guerra in Ucraina e le sue conseguenze, il contesto è cambiato. Sono così emersi, in modo eclatante, i limiti politici e istituzionali dell'Ue. I singoli governi nazionali non potevano farsi carico della ripresa post-pandemica. Né possono essere i singoli governi nazionali a farsi carico della sicurezza militare, energetica e alimentare. Se un problema ha una scala europea, non può ricevere una risposta nazionale.

Paradosso si...

La visione intergovernativa non costruisce sufficienti capacità centrali (a Bruxelles), ma rafforza quelle nazionali (nelle singole capitali). Ecco perché l'Ue è in ritardo nel rispondere alla crisi energetica ed è inadeguata sul piano della sicurezza territoriale, alimentare e ambientale. A questi limiti si aggiunge la carenza di legittimazione democratica della governance dell'Unione. Ad esempio, il parlamento europeo non ha l'iniziativa legislativa, che è invece attribuita esclusivamente alla commissione. Un paradosso che pochi conoscono.

Spiega allora...

Il parlamento dovrebbe svolgere la funzione legislativa e di bilancio in modo esclusivo, dare e revocare la fiducia al governo dell'Unione. Questo non significa annullare il ruolo degli stati nazionali nell'architettura dell'Ue. Basterebbe comporre il parlamento di due camere: quella dei popoli e quella degli stati. Senza queste riforme dei trattati, l'Ue continuerà ad essere un nano politico, cioè priva dell'efficienza e dell'autorevolezza necessarie per essere protagonista nello scenario mondiale. A chi spetta l'iniziativa di modificare i trattati? In base all'art. 48 del TUE al governo di qualsiasi stato membro, al parlamento e alla commissione. Il parlamento europeo è l'istituzione maggiormente interessata alla riforma. Ma dovrebbe procedere nei confronti dei governi nazionali con il coraggio e la tensione ideale e politica con cui i parlamenti del XIX secolo imposero ai sovrani il passaggio dalla monarchia assoluta a quella parlamentare.

Ok, questo è lo stato dell'arte

Nell'attuale situazione di incertezza e fragilità delle istituzioni dell'Ue, la commissione ha proposto la strategia "Farm to Fork". Questa dovrebbe accompagnare la transizione ecologica dell'agricoltura europea. Tale strategia impone, entro il 2030, di ridurre del 50% l'utilizzo di agrofarmaci e di estendere l'agricoltura biologica del 25% sul totale della superficie agricola. Obiettivi che, qualora perseguiti, indurrebbero un aumento delle importazioni dai paesi terzi, spingendo le popolazioni più povere a mettere a coltura nuovi terreni.

Quali sono le convinzioni alla base di questa strategia?

Chi sostiene questa prospettiva è convinto che produrre cibo nell'Ue costi troppo. E, dunque, per i consumatori europei sarebbe più conveniente acquistare prodotti importati. Ma questa considerazione non tiene conto che il costo maggiore dipende dalle più elevate tutele del lavoro e dell'ambiente. Ci vorrebbero, pertanto, clausole sociali e ambientali negli accordi commerciali e d'investimento. Altrimenti importare di più significherebbe avallare, nei paesi con regimi autoritari, sfruttamento del lavoro e disastri ecologici. E non si premierebbero quei paesi poveri o emergenti che si sforzano di rispettare standard minimi di protezione dei lavoratori e dell'ambiente. Sia chiaro, non si deve arretrare di un millimetro rispetto all'obiettivo europeo della neutralità climatica. Anche l'agricoltura deve contribuire a raggiungerlo. Ma bisogna scegliere bene gli strumenti da applicare. Ci sono pratiche agricole sostenibili che non vengono diffuse, come quella di seminare direttamente su terreni non lavorati. Occorrerebbe diversificare le colture e gli agro-

ecosistemi. Bisognerebbe finalmente aprire le porte all'applicazione delle biotecnologie in agricoltura. La sicurezza alimentare europea non può fare a meno dell'intensificazione sostenibile: oggi il sapere scientifico ci consente di farlo.

Facciamo appello per concludere?

La guerra russa sta ragionevolmente spingendo le democrazie a ridurre la loro dipendenza dalle autocrazie per le risorse necessarie al loro sviluppo e alla loro sicurezza. Nell'immediato, questa risposta ha certamente un senso. Ma dobbiamo essere consapevoli delle conseguenze. Deglobalizzare renderà difficili le soluzioni dei problemi a scala planetaria, come, ad esempio, le migrazioni e il contrasto ai cambiamenti climatici e alle povertà. Il ritorno alla logica delle grandi potenze non conviene a nessuno. Bisogna, pertanto, impedire una involuzione dell'ordine liberale multilaterale. Ci vuole invece una riforma dell'ordine mondiale che passi per la democrazia oltre lo stato. Ci vuole un di più di politica capace di orientare i processi economici planetari. L'appello che dovremmo rivolgere innanzitutto ai parlamentari europei è di riformare quanto prima i trattati dell'Ue. Una Unione politica e democraticamente legittimata sarà maggiormente in grado di contribuire a guidare una evoluzione democratica della globalizzazione. Ma per essere credibile, l'Ue deve mostrare di avere un'agricoltura intensiva, sostenibile e avanzata tecnologicamente, che poggi su di un sistema della conoscenza all'avanguardia.

https://agrifoglio.ilfoglio.it/lezioni-private/le-turbolenze-del-mercato-alimentare-spiegate-bene/?fbclid=IwAR3aiPWdEgwJgOtdNEYX_TVREM2KBAdk0R4alKxEreKgnPD5wJTgV-bL40o

la Repubblica

di Filippo Santelli

I viaggi a Pechino dei Ceo americani per limitare rischi e costi della nuova guerra fredda Usa-Cina

Ovviamente Elon Musk, visto che per le elettriche di Tesla la Cina è il secondo mercato e la Gigafactory di Shanghai uno dei siti produttivi più importanti al mondo. Poi Jamie Dimon, il grande capo di JpMorgan, che ha puntato forte sull'espansione a Oriente.

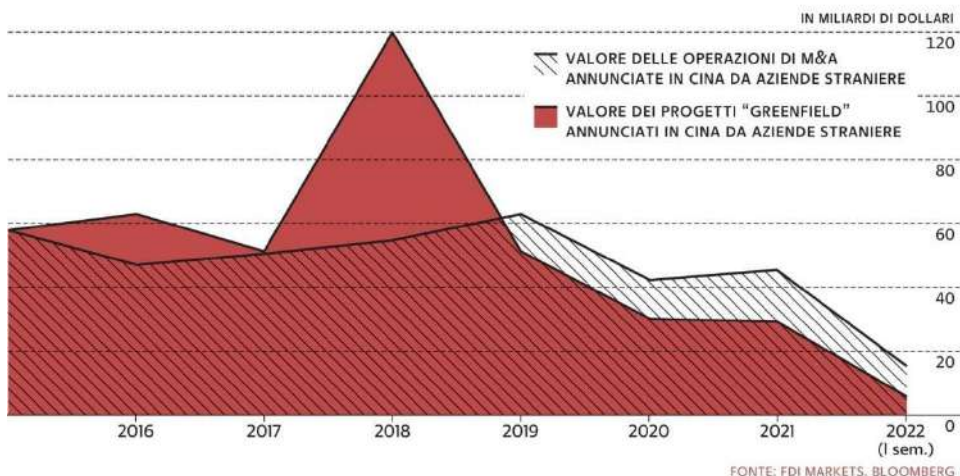
Ma anche il fondatore di Microsoft Bill Gates (proprio venerdì scorso), Tim Cook di Apple, Pat Gelsinger di Intel, Mary Barra di General Motors e David Solomon di Goldman Sachs. La Cina ha riaperto le frontiere, dopo mesi di isolamento, e i primi a sfruttare l'occasione per rimettere piede sul territorio della Repubblica Popolare sono stati gli amministratori delegati di [Corporate America](#).

Le "discrete" sfilate dei capitani d'impresa

Una sfilata di capitani d'impresa, che ha permesso alla propaganda comunista di rivendicare la continua "apertura" della Cina al mondo, il mantra del padre delle riforme Deng Xiaoping. E di oscurare almeno in parte i dati che mostrano come la ripresa post-Covid si stia dimostrando [molto più debole del previsto](#): a maggio quasi tutte le voci di crescita, dall'industria, ai consumi, all'export, hanno deluso le attese, e la disoccupazione giovanile ha toccato un nuovo allarmante record al 20,8%.

Ma in mezzo alla tensioni sempre più forti tra Pechino e Washington, e nell'era del nazionalismo autarchico di Xi Jinping, le trasvolate sul Pacifico dei manager prendono forme e toni assai diversi rispetto al passato. Meno pompa e più discrezione: perfino il twittatore folle Musk ha limitato le esternazioni durante il viaggio. Meno conferenze, ma incontri con i manager locali dell'azienda e con qualche esponente di primo piano del regime.

L'obiettivo è mostrarsi amici di Pechino, certo, ma senza mettersi nel mirino dei falchi anticinesi a Washington. Capire sul campo come evolverà la situazione. E più che progettare nuovi investimenti, come dimostrano i dati in decisa flessione, salvaguardare quelli miliardari fatti negli scorsi anni, evitando che diventino il danno collaterale di una nuova Guerra Fredda.



Una presa d'atto del nuovo paradigma, in cui è la politica a comandare sull'economia. A lungo, mentre il confronto tra Cina e Stati Uniti si infiammava, Wall Street e per estensione Corporate America erano state indicate come i veri, grandi alleati di Xi, sorta di quinta colonna cinese in territorio americano.

La forza che, grazie a miliardi e schiere di lobbisti, avrebbe convinto i politici di Washington a non smontare la globalizzazione, che alle aziende ha garantito profitti miliardari. Non sta andando così, è evidente: la caduta libera nelle relazioni tra le superpotenze potrebbe anche fermarsi per qualche tempo, ma ora davvero in pochi, pure a Wall Street, credono si possa invertire la rotta.

Anche adesso che le diplomazie dei due Paesi provano a riallacciare il dialogo, infatti, il botta e risposta di boicottaggi e ritorsioni prosegue, rendendo a ogni passo più difficile arrestare la spirale. Dopo le restrizioni americane all'export dei chip più avanzati verso la Cina, Pechino ha risposto sanzionando l'azienda americana del silicio Micron. E poi con una serie di raid dei suoi servizi di sicurezza negli uffici di alcune società Usa di revisione contabile, motivati con l'ipotesi di spionaggio.

Una novità che ha fatto correre un brivido gelato lungo la schiena degli americani che lavorano nella Repubblica Popolare, cancellando d'un colpo tutti i messaggi pro-mercato e accalappia-investimenti mandati negli ultimi mesi dal nuovo premier Li Qiang. A loro volta gli Stati Uniti preparano il prossimo colpo: limitare gli investimenti delle società americane in Cina in una serie di settori chiave. Una escalation che estenderebbe il contenimento tecnologico del Dragone dal terreno dei prodotti a quello dei capitali.

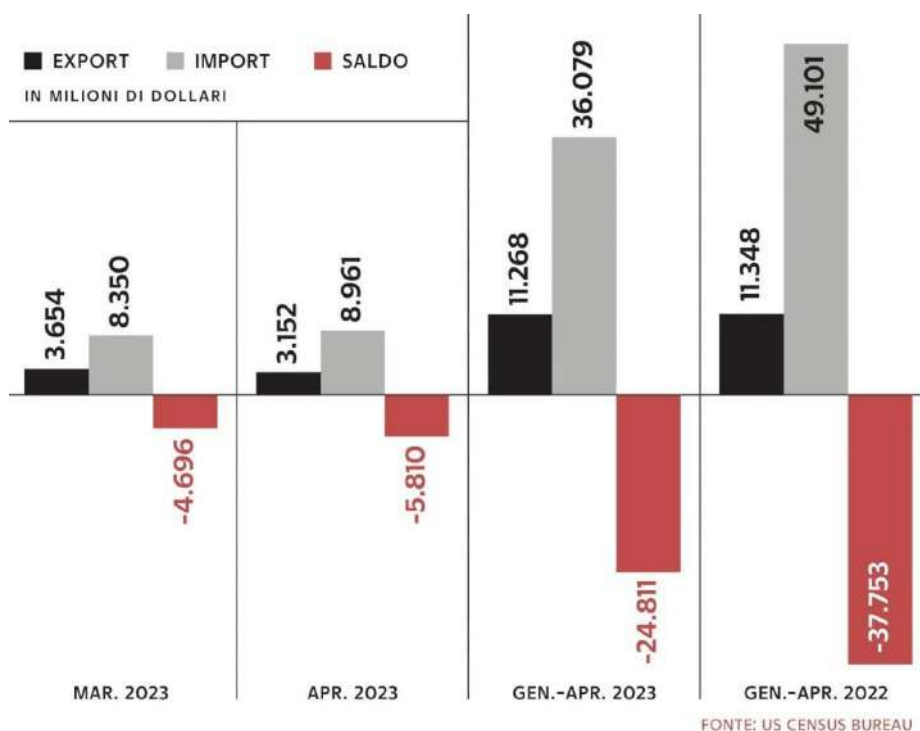
Le parole di Biden

Non è detto si arrivi a tanto ma il presidente Joe Biden ne ha parlato agli alleati al G7. E la misura potrebbe materializzarsi nei prossimi mesi, quando la campagna elettorale Usa scatenerà una corsa tra democratici e repubblicani a mostrarsi "duri" con lo sfidante comunista. Da questo punto di vista è epocale la scelta del gigante americano del venture capital Sequoia di separare del tutto, anche nel nome, le attività in Cina da quelle nel resto del mondo. Si tratta di una società simbolo: fondata nel 1972, ha fornito i primi investimenti a startup come Apple, Cisco, Google, LinkedIn, PayPal e Whatsapp, diventati colossi della Silicon Valley.

Nel 2005, mentre l'industria digitale cinese stava esplodendo, Sequoia ha fatto il grande salto, replicando il modello con gli imprenditori tecnologici del Dragone. Ed è grazie ai suoi capitali, raccolti anche negli Stati Uniti, che sono nati campioni cinesi come Alibaba o Bytedance, il creatore di TikTok.

Ma in mezzo alla sfida hi-tech questo ponte tra mondi non è più percorribile: Neil Shen, il miliardario che guida la ormai ex Sequoia in Cina, ha lanciato un nuovo fondo dedicato a supercomputer e intelligenza artificiale, le tecnologie su cui Xi chiede agli imprenditori di recuperare il ritardo dagli Stati Uniti.

Ed è impensabile - anche senza un bando ufficiale - che ad alimentarlo siano dollari Usa. La società da ora si chiamerà Hongshan, traduzione in mandarino di Sequoia. È il segno della grande biforcazione in corso nel settore tecnologico tra Stati Uniti e Cina. Che inevitabilmente si allargherà.



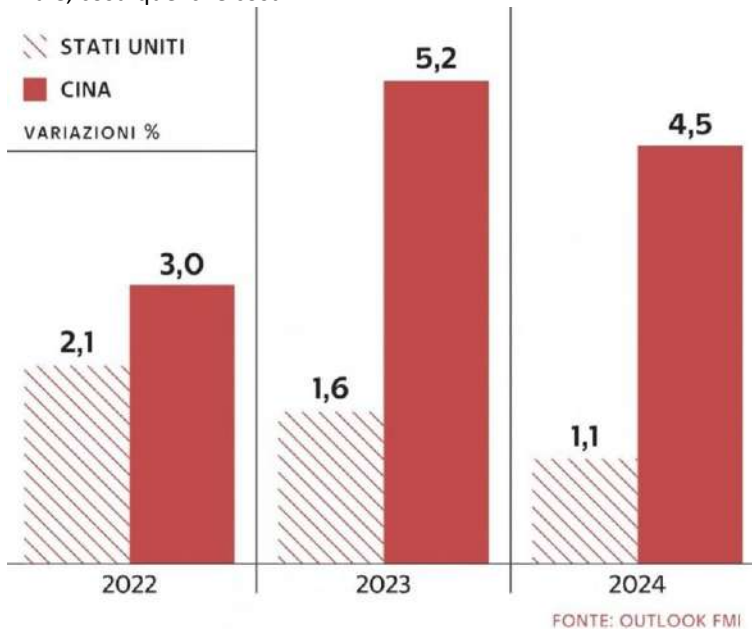
I manager corrono ai ripari

I viaggi dei manager di Corporate America raccontano il tentativo di limitarne rischi e costi, continuando a fare affari nel ricco mercato cinese ma isolando il più possibile le attività locali da quelle occidentali, cercando basi produttive

alternative e facendo pressione perché la logica della sicurezza non si estenda a dismisura, coinvolgendo un settore dopo l'altro.

Non è un caso che i dirigenti di cui sono filtrate le parole, prima o dopo il viaggio a Oriente, abbiano criticato la prospettiva di un "decoupling", una separazione forzata tra due economie "gemelle siamesi" (Elon Musk, citato della stampa cinese).

Ed espresso la preferenza per il più mirato "derisking", limitazione del rischio, citato per esempio da Jamie Dimon. L'ultimo G7 ha canonizzato questo concetto come strategia comune delle democrazie per affrontare la Cina. Ma molti, non solo a Pechino, sospettano che per gli Stati Uniti sia solo un modo diverso di dire la stessa cosa: contenimento del rivale, costi quel che costi.



Wall Street non detta la narrativa della globalizzazione, deve adattarsi. E il massimo obiettivo possibile, a Washington, è assicurarsi che la politica si limiti a fare ciò che dice, cioè - per usare le parole del Consigliere per la sicurezza nazionale Sullivan - alzare "un recinto molto alto attorno a un campo molto specifico" di tecnologie strategiche.

Lasciando negli altri settori merci e capitali liberi di correre tra Occidente e Oriente. Le multinazionali camminano su un filo: devono tenersi buoni i due litiganti, ma a voce bassa, evitando parole o azioni che le schierino in un campo o nell'altro.

Possono provare a sfruttare a proprio vantaggio la competizione di incentivi per attrarre investimenti e tecnologie. Ma devono prepararsi al peggio: una guerra economica a somma zero tra i Paesi da cui dipendono le loro fortune.

https://www.repubblica.it/economia/2023/06/19/news/tim_cook_elon_musk_cina_usa-404698502/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S3-T1