

# ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia  
n. 8 del 1.11.2023



A cura di Giorgio Banchieri, Antonio Giulio de Belvis, Maurizio Dal Maso, Nicoletta Dasso, Emanuele De Simone, Lidia Goldoni, 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'AVANTAMPO



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 Politecnico della Marche, presso Università del Salento; Direttore di [www.osservatoriosanita.it](http://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 Salute nelle Regioni Italiane e curatore del Rapporto Osservasalute, dal 2011 è referente per l’Italia dello European Observatory on Health Care Systems and Policies e co-autore del report “HIT-Italy” 2014. Dal 2012 è Direttore della UOC “Percorsi e valutazione degli outcome clinici” della Fondazione Policlinico Universitario “A. Gemelli” - IRCCS.

### **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**

Socio 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**

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Direttrice [www.perlungavita.it](http://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 ANAAO. 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**

Socio 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; Vice Presidente 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](mailto:giorgio.banchieri@gmail.com); [Antonio.DeBelvis@unicatt.it](mailto:Antonio.DeBelvis@unicatt.it); [maurizio.dalmaso@gmail.com](mailto:maurizio.dalmaso@gmail.com);  
[emanuele.disimone@uniroma1.it](mailto:emanuele.disimone@uniroma1.it); [nicolettadasso@gmail.com](mailto:nicolettadasso@gmail.com); [fam.medici@mac.com](mailto:fam.medici@mac.com);  
[maria.piane@uniroma1.it](mailto:maria.piane@uniroma1.it) ; [mario.ronchetti@gmail.com](mailto:mario.ronchetti@gmail.com); [andrea.gg.vannucci@icluod.com](mailto:andrea.gg.vannucci@icluod.com);  
[perlungavita@gmail.com](mailto: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](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](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](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](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](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](http://www.asiquas.it) Volume 7 dal n.1 al n. 46, Seconda Serie Settimanale; [www.asiquas.org](http://www.asiquas.org)

**Tutti i numeri pregressi sono reperibili su: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)**

- “ASQUAS Covid 19 Review” 2021-22, numeri 1-30, su [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

Per leggere le monografie “Covid 19 Review 2020”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

- [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 – “ASQUAS Covid19 Review”: [www.asiquas.net](http://www.asiquas.net)

- [Monografia 1– Long Covid](#)
- [Monografia 2 – ASQUAS, Covid 19 e PNRR](#)

## Indice

<b>Articolo di apertura</b>	<b>9</b>
Quotidiano sanità - <i>Ospedalità oggi e sue dinamiche di cambiamento</i> , Caterina Elisabetta Amoddeo, Emanuele Di Simone, Francesco Medici,	9
Quotidiano sanità - <i>Progettare ospedali flessibili ed agili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori</i> , Andrea Vannucci	11
Quotidiano sanità - <i>Le risorse umane intangibili che il Ssn sta disperdendo</i> , Claudio Maria Maffei	15
Quotidiano sanità - <i>Decreto 70. Urge riforma che preveda non solo ospedale per intensità di cura, ma anche una “rete” gestita da chi cura il paziente</i> , Francesco Medici	16
Quotidiano sanità - <i>Riformare la sanità e fare una diversa programmazione</i> , Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci	19
TAG 24 - <i>Management e innovazione nelle aziende sanitarie: tre esperti a confronto</i> , Laura Franceschetti, Giorgio Banchieri e Laura Synnott	23
<b>Scenari della sanità</b>	<b>25</b>
Quotidiano sanità - <i>La sanità sospesa tra le poche risorse e la paura di cambiare</i> , Luciano Fassari	25
Quotidiano sanità - <i>Gli impegni a favore del Ssn e la credibilità della politica</i> , Roberto Polillo, Mara Tognetti	27
Quotidiano sanità - <i>Il Nobel per la Medicina a Katalin Karikó e Drew Weissman per i loro studi sul Rna che hanno permesso lo sviluppo dei vaccini Covid</i>	29
Il Sole 24Ore - <i>Fondazione Gimbe: Ssn al capolinea, ora un patto politico e sociale per rilanciare la sanità pubblica</i>	32
Salute Internazionale - <i>Italia vs Svizzera</i> , Fred Paccaud, Gavino Maciocco	41
Quotidiano sanità - <i>Aborto: prosegue il calo.</i>	43
Quotidiano sanità - <i>Serve una sanità riformata, non solo riaggiustata</i> , Ivan Cavicchi	45
<b>Scenari del SSN</b>	<b>48</b>
Il Sole 24Ore - <i>Manovra/ Cicchetti, 11 mld recuperati per il Ssn nel prossimo triennio. Poi: sinergia con privato accreditato ma la base della sanità deve restare pubblica</i>	48
Il Sole 24Ore - <i>Fnomceo: per 3 italiani su 4 la sanità deve essere pubblica, per il 90% una priorità del governo</i>	48
Quotidiano sanità - <i>Ospedali. Persi in tre anni circa 4 milioni di ricoveri.</i> Ester Maragò	50
La Stampa - <i>NaDEF, allarme GIMBE: “Sanità pubblica verso il baratro”</i>	58
Il sole 24 Ore - <i>Ssn sotto l'attacco incrociato di inflazione, Covid e cambiamenti climatici: l'analisi di esperti della Cattolica di Roma per conto dell'European Observatory on Health Systems and Policies dell'Oms</i>	58
FNOMCeO – <i>Il Sistema Sanitario Nazionale, survey</i>	60

Il sole 24 Ore - D'Ascenzo (Inail): nel 2022 più infortuni (+24,6%) e meno decessi (-15,2%), serve un piano efficace	60
Il progetto PON GOV Cronicità	62
Salute Internazionale - Il lungo assedio al Ssn. Nerina Dirindin	63
<b>Sostenibilità della sanità</b>	<b>64</b>
Quotidiano sanità - 73ª sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms.	64
Quotidiano sanità - Verso la manovra. Ecco perché ad oggi non è corretto parlare di "tagli" alla sanità, Giovanni Rodriguez	67
Quotidiano sanità - La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Franco Pesaresi	68
Quotidiano sanità - Il rispetto dei tempi di attesa è sempre più una chimera in quasi tutte le regioni.	72
Il sole 24 Ore - Ddl Bilancio: 3 mld al Fondo sanitario, sale la tariffa oraria dei medici, rivisti i tetti della spesa farmaceutica	73
AGENAS – Programma Nazionale Esiti 2023	75
Min Salute e AGENAS – Valutazione sintetica delle strutture ospedaliere - Treemap	76
<b>One Health, clima e salute</b>	<b>77</b>
The Lancet - Mortalità globale, regionale e nazionale dovuta ad avvelenamento involontario da monossido di carbonio, 2000-2021: risultati del Global Burden of Disease Study 2021	77
The Lancet - Il ruolo dei centri medici accademici nel promuovere l'equità sanitaria globale nel sud-est asiatico, Kaisin Yee e Hiang Khoon Tan	78
Sanità Informazione - Il clima influenza la diffusione delle malattie trasmesse dalle zanzare, Valentina Arcovio	79
Forum D&D - una "missione italiana" con il professor Charles Sabel	80
ECQuologia - Crisi Climatica: l'appello del Papa alle persone di buona volontà	81
Vatican News – Laudate Deum, Papa Francesco	84
ECQuologia - Ripensare il modo in cui parliamo del cambiamento climatico	85
Sanità Informazione - Le acque reflue sono una «spia» sulla nostra salute, Valentina Arcovio	87
<b>Sanità pubblica e privata</b>	<b>89</b>
Il sole 24 Ore - Il Ssn «conviene» alla salute ma anche all'azienda Italia. Il rapporto Censis-Fnomceo per i 45 anni dalla legge 833	89
Quotidiano sanità - Privato accreditato. Performance di eccellenza nel 27% delle strutture, ma il 32% eroga cure di bassa qualità. L'Analisi Agenas-Aiop	91
AGENAS AIOP – Rapporto sulla qualità degli outcome clinici negli ospedali italiani 2022	98
Quotidiano sanità - Ssn. Inflazione, Covid e cambiamenti climatici potrebbero metterlo in ginocchio	99
<b>Legge di stabilità 2024</b>	<b>100</b>
Min Salute – Documento programmatico di bilancio 2024	100
Corte dei Conti – Audizione della Corte dei Conti sulla nota di aggiornamento al DEF 2023	101
Fisco Equo - Manovra: lunedì in Cdm insieme a decreto fiscale e global minimum tax	102
Fisco Equo - Rapporto Mef su evasione: tax gap si riduce ma per effetto pandemia, obiettivo Pnrr – 17,6% entro il 2023, Luciano Cerasa	103
Fisco Equo - Tax gap: se gli evasori fiscali si nutrono del sistema forfettario, Vincenzo Visco	104
Il sole 24 Ore - Manovra: interventi su tetti di spesa e liste d'attesa. Extracomunitari: 2mila euro per iscriversi al Ssn	105
Il sole 24 Ore - Welfare: la spesa sale a 632,4 mld nel 2023 (+3,7%) Mattarella: tutelare gli anziani senza mortificare i giovani	106
Quotidiano sanità - Zaffini (Fdi): "Basta polemiche sterili, spesa sanitaria aumentata oltre 3,6 miliardi"	107
Quotidiano sanità - Fedriga: "Sì a riforma sistema ma c'è bisogno di più fondi"	108
Quotidiano sanità - Schlein (Pd): "I tagli alla sanità sono uno scempio"	108
Quotidiano sanità - Verso la Manovra. Bonaccini: "Meloni ha detto che non ci sono soldi per la sanità"	109
Quotidiano sanità - Nadef. Su spesa sanitaria quadro "stringente". La relazione della Corte dei Conti	110
Quotidiano sanità - Basta austerità nel settore sanitario, Nerina Dirindin, Enza Caruso	110
Quotidiano sanità - Nadef. Rinnovo contratti, riorganizzazione e potenziamento assistenza territoriale e ospedaliera, riordino professioni sanitarie. Si conferma il calo della spesa sanitaria sul Pil	112
Quotidiano sanità - Nadef. Anaao: "Se fallisce il Ssn abbiamo fallito tutti", Pierino Di Silverio	114
<b>Pandemie, oggi e domani</b>	<b>115</b>
WHO – Covid 19 Epidemiological Update	115
The Lancet - Efficacia del vaccino contro l'ospedalizzazione stimata utilizzando un disegno di studio caso-controllo con test negativo e probabilità comparative di ricovero ospedaliero ed esiti gravi con i sotto-	117



<i>lignaggi COVID-19 BQ.1, CH.1.1. e XBB.1.5 in Inghilterra, Freja Cordelia Møller Kirsebom, Katie Harman, e altri</i>	
The NEJM - <i>Le pandemie finiscono mai?</i> Joelle M. Abi-Rached, e Allan M. Brandt	119
The Lancet - <i>Una lunga ricerca sul COVID: un aggiornamento dal Summit Scientifico PHOSP-COVID</i> Christopher E. Brightling, Rachele A Evans	121
The NEJM - <i>Il potenziale ritorno di Yellow Jack nel sud americano</i> , P.J. Hotez, e A.Desiree LaBeaud e altri	124
Science - <i>Dopotutto, l'influenza killer del 1918 non prese di mira i sani</i> , Mitch Leslie	126
Quotidiano sanità - <i>Vaccini. Appello di Oms Europa, Commissione europea e Ecdc: "I fragili si proteggano contro Covid e influenza per l'autunno-inverno"</i>	128
La Repubblica - <i>Covid, arriva la variante HV.1: ecco quanto è pericolosa</i> , Donatella Zorzetto	129
JAMA – <i>Overdiagnosis and overtreatment: evaluation of what physicians tell their patients about screening harms</i>	131
<b>L'ospedale che cambia</b>	<b>133</b>
The Lancet - <i>Rafforzamento del sistema di chirurgia elettiva: sviluppo, misurazione e validazione dell'indice di preparazione chirurgica in 1.632 ospedali in 119 paesi</i> , Unità sanitaria globale NIHR sulla chirurgia globale, Collaborativa COVIDSurg	133
SIAARTI – <i>Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza e dei pronto soccorso in Italia</i>	138
ANAAO. AGENAS, FIMMG e SUMAI - <i>I numeri dell'emergenza</i>	139
La Repubblica - <i>Pochi medici, turni pesanti e ricoveri impossibili: l'inferno dei pronto soccorso</i> , Michele Bocci	141
Quotidiano sanità - <i>Allarme Specializzazioni mediche: non assegnato un contratto su 4.</i>	142
Quotidiano sanità - <i>I soldi non comprano l'abbattimento delle liste di attesa</i> , Claudio Maria Maffei	144
Quotidiano sanità - <i>Medici gettonisti. La Lombardia spende oltre 27 mln all'anno, 3,5 mln solo a Bergamo</i>	145
Quotidiano sanità - <i>Medicina interna. "Il sistema è ormai tutto da rivedere"</i>	146
Quotidiano sanità - <i>Il paradosso dei gettonisti: lavorare meno per guadagnare di più</i> , Adolfo Pagnanelli	147
<b>Medicina territoriale</b>	<b>149</b>
The NEJM - <i>Decolonizzazione nelle case di cura per prevenire infezioni e ospedalizzazione</i> , L.G. Miller, James A. McKinnel e altri	149
Quotidiano sanità - <i>Non basta la sola specializzazione per innovare la medicina generale</i> , Ornella Mancin	150
Quotidiano sanità - <i>Quale integrazione tra sistemi territoriali?</i> Tiziana Frittelli	151
Quotidiano sanità - <i>Innegabili sovrapposizioni tra casa della Comunità e Casa della Salute</i> , Bruno Agnetti	152
Il Sole 24Ore - <i>Magi (Sumai), entro 2025 via 38.667 medici, investire subito sul personale.</i>	154
Il Sole 24Ore - <i>Medicina Generale al bivio tra mura e cura</i> , Silvestro Scotti	155
<b>Nursing</b>	<b>159</b>
Panorama sanità - <i>Laureati delle Professioni sanitarie: occupazione quasi stabile e sempre primi in classifica</i> , Angelo Mastrillo	159
The Lancet - <i>Passare dalla crisi del personale sanitario al successo del personale sanitario: il momento di agire è adesso</i> , Natasha Azzopardi-Moscato, Tommaso Zapata e Hans Kluge	160
Quotidiano sanità - <i>Infermieri. "In Italia ne mancano all'appello da 170 a 250mila. Una voragine senza precedenti". Lo studio del Nursing Up</i>	161
Quotidiano sanità - <i>Professioni sanitarie: dopo la laurea l'80% trova subito lavoro</i> , Angelo Mastrillo	162
Journal of Clinical Nursing - <i>Servizi di telemedicina condotti da infermieri professionali: una scoping review</i> . Julia Charalambous, Olivia Hollingdrake, Jane Currie	163
Annali di igiene - <i>Interventi educativi a domicilio per prevenire le complicanze nei pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare: una revisione sistematica</i> , G. Franceschini, G Talevi e altri	165
FNOPI - <i>Nuove fragilità digitali: le proposte della FNOPI</i>	166
<b>Cronicità</b>	<b>167</b>
WHO – <i>Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing</i>	167
Toscana Medica - <i>Garantire i diritti per le persone disabili: metodi e strumenti innovativi per promuovere le opportunità e l'inclusione sociale</i> , Roberta Salvadori, Paolo Amico, Sonia Iapichino	168
Quotidiano sanità - <i>Pon Gov Cronicità. Risultati del progetto e prospettive future</i>	169
ISS – Epicentro - <i>Percezione dello stato di salute</i>	172
EMMIT - ITIM – IITM – CNR – <i>Disability Care, 5° Meeting</i>	174
<b>Denatalità</b>	<b>176</b>
Salute Internazionale - <i>Il saliscendi demografico mondiale</i> , Gabriele Vaccaro, Manjola Bega	176

Quotidiano sanità - <i>Natalità. Istat: nuovo record negativo di nascite nel 2022</i>	179
Panorama sanità - <i>In Italia continua il fenomeno della denatalità</i>	182
Corriere della sera - <i>L'Italia che fa sempre meno figli: dal baby boom al calo del 60%</i> , Federico Fubini	184
European Observatory on Health systems and policies – <i>Italy Health Review</i>	187
<b>Diseguaglianze di salute</b>	<b>188</b>
The Lancet - <i>La micro simulazione come strumento flessibile per valutare le politiche e il loro impatto sulle diseguaglianze socioeconomiche nella salute</i> , Daniele Kopasker, Srinivasa Vittal Katikireddi e altri	188
Salute Internazionale - <i>I determinanti politici della salute</i> , Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia e Lorenzo Latella	189
Quotidiano sanità - <i>Nuove povertà tra autonomia differenziata, reddito di cittadinanza e mancanze di cure</i> , Pina Onotri, Ludovico Abbaticchio	192
Quotidiano sanità - <i>Le diseguaglianze nella salute</i> , Antonio Saitta	193
La Repubblica - <i>Eurostat, il 64% delle famiglie italiane arriva con difficoltà a fine mese</i> , Rosaria Amato	194
Il fatto Quotidiano – <i>Meno soldi, Diseguaglianze in crescita</i> , Natascia Ronchetti	195
Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini	196
<b>Migranti</b>	<b>198</b>
Salute Internazionale - <i>Migrazioni. Prima la salute delle persone</i> . The Lancet	198
Forum D&D - <i>L'impatto dell'immigrazione sulla povertà e la disuguaglianza in Italia</i>	199
<b>Salute Mentale</b>	<b>203</b>
Salute Internazionale - <i>Salute mentale: celebrare o lottare?</i> Benedetto Saraceno	203
Il Sole 24Ore - <i>Salute mentale, all'Italia servono almeno +1,9 miliardi e +47% di operatori. La scommessa del territorio e la chance telemedicina</i>	204
ISS – <i>Raccomandazioni delle Linee Guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini ed adolescenti</i>	206
Forum D&D - <i>un libro-piattaforma per le elezioni europee e l'impegno per una coalizione sociale</i>	207
<b>Digitalizzazione e telemedicina</b>	<b>209</b>
Sanità Informazione - <i>L'algoritmo made in Italy prevede l'evoluzione dei tumori</i>	209
Quotidiano sanità - <i>Telemedicina. Il 58% delle strutture ambulatoriali private non offre questo servizio. La prima survey nazionale</i>	210
GPDP – <i>Decalogo per la realizzazione dei servizi sanitari attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale</i>	212
DICO Sanità – <i>Progetto digitalizzazione collaborativa</i>	213
Fondazione Visentini – <i>Simposi sulla vicinanza della salute 2023</i>	214
Cover Story – <i>Le aziende sanitarie sono pronte?</i> Paolo Petralia	218
WHO – <i>Regulatory considerations on artificial intelligence for health 2023</i>	221
<b>Economia e sanità</b>	<b>222</b>
Banca d'Italia – <i>Bollettino Economico 4/2022</i>	222
<i>Infografica famiglie in difficoltà in Italia</i>	224
La Repubblica - <i>Fmi, le sfide dell'economia</i> , Carlo Cottarelli	225
La Repubblica - <i>Emergenza salari. Così tassi e inflazione erodono lo stipendio</i> , Rosaria Amato, Valentina Conte, Luca Pagni, Raffaele Ricciardi	226





quotidiano**sanita**.it

### Ospedalità oggi e sue dinamiche di cambiamento

*Caterina Elisabetta Amoddeo, Socio ASQUAS, Vice Presidente ASQUAS,*

*Emanuele Di Simone, Socio ASQUAS, IRCCS IFO di Roma*

*Francesco Medici, Socio ASQUAS, Medico di Direzione Sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini*

*Una delle sfide più importanti che le strutture sanitarie dovranno affrontare è quella di essere resilienti ai cambiamenti economici, sociali e sanitari e, nello stesso tempo, garantire che il sistema, i servizi e le attività rispondano alle esigenze in costante evoluzione e alle specificità dei diversi luoghi geografici e modelli organizzativi.*

**13 OTT -**

*La legge n. 833 del 1978 ha consegnato a cittadini e professionisti uno tra i migliori Sistemi Sanitari al mondo. Un modello, che seppur con innumerevoli limiti, ha garantito, e garantisce tutt'ora, il diritto alla salute di ogni singolo individuo e della collettività.*

*Si tratta di una imponente macchina complessa e per alcuni aspetti complicata, ma proprio per queste sue caratteristiche, migliorabile. Questo testo nasce con l'intento di fornire un contributo e qualche proposta al dibattito che si è acceso dopo l'emergenza CoViD-19.*

*La pandemia o meglio ancora, sindemia, ha di fatto enfatizzato, talvolta con effetti drammatici, i limiti del nostro sistema salute: scarsa integrazione tra servizi ospedalieri, territoriali e sociali, disparità territoriali nelle risposte ai bisogni dei cittadini, sono solo alcune delle criticità emerse.*

*Lacune organizzative, programmatiche - e talvolta strutturali - hanno contribuito all'incapacità di fornire servizi e prestazioni dettate dalle necessità demografiche, epidemiologiche e sociali.*

*Le [dinamiche di cambiamento negli ospedali](#) sono possibili attraverso analisi e azioni per il futuro, tenendo in debita considerazione le evoluzioni delle dinamiche demografiche e le policy degli stakeholder istituzionali, gli sviluppi tecnologici e della ricerca scientifica, sottolineando la necessità di un'accurata e preventiva pianificazione, supportata da adeguata formazione ed efficace comunicazione.*

*Quindi la pandemia COVID-19 è stata un'occasione per ripensare la progettazione sia dei processi sia degli spazi fisici degli ospedali e rafforzare una convinzione, già in parte diffusa, in merito alla necessità di cambiare ed adeguare tali strutture per poter avere nuovi ruoli ed affrontare [nuove sfide](#).*

*Uno step imprescindibile per orientare l'organizzazione ospedaliera e territoriale alla "flessibilità", affrontando da un punto di vista multidisciplinare anche i paradigmi organizzativi e professionali ormai superati. Al suo interno sono affrontati gli scenari che caratterizzano il complesso sistema ospedaliero, le caratteristiche organizzative, gestionali e logistiche che attualmente delineano il perno dell'intero sistema salute italiano.*

*Questo consente al lettore di disporre di informazioni utili a comprendere le occasioni - mancate e future - di miglioramento che sono necessarie a ridefinire le modalità di risposta ai bisogni dei cittadini: ospedali flessibili, "user centered" per migliorare la soddisfazione dei pazienti e degli operatori sanitari, ma anche ospedali di comunità e riorganizzazione del territorio per assicurare la continuità assistenziale e decongestionare i Pronto Soccorso italiani sempre più in affanno.*

*Ragionare sulla flessibilità degli ospedali vuol dire anche ripensare alle logiche di flusso dei pazienti, orientarsi agli ospedali per intensità di cura, superando l'organizzazione dettata dal DM 70/2015.*

*Tra le nuove organizzazioni basate su integrazione e governance clinico-organizzativa un ruolo rilevante lo riveste l'"ospedale per intensità di cura" intendendo cioè quello che si basa su un'effettiva centralità del paziente che viene curato in modo mirato, misurando e tenendo in considerazione la sua instabilità clinica e la sua complessità assistenziale.*

*Gli ospedali organizzati per intensità di cura dovrebbero prevedere che la gestione ordinaria del percorso di cura del paziente ospedalizzato passi ad un "medico generalista", figura che nell'orientamento attuale dei percorsi di studio non esiste.*

*Tale professionista coinciderebbe con il cosiddetto "hospitalist" presente negli USA da oltre 40 anni, figura che programma il piano di cura, attiva le consulenze ed è il responsabile della terapia, percorso di degenza e dimissione, diventando il trait d'union con il MMG.*

*Il "medico generalista" deve avere competenze nei vari campi della medicina, anche se non necessariamente ultra specialistiche, deve possedere elevate capacità di leadership e di coordinamento degli interventi multidisciplinari e*

*multiprofessionali, deve essere in collegamento con il medico di medicina generale dall'inizio e alla fine della degenza, favorendo così quella tanto auspicata continuità di cura che ancora non riusciamo a realizzare...*

*In sintesi, gli "hospitalists" o "medici generalisti" sono come "specialisti in medicina ospedaliera... che sono responsabili della gestione della cura dei pazienti ospedalizzati nello stesso modo in cui i medici di famiglia sono responsabili della gestione della cura dei pazienti ambulatoriali"*

*Un'esigenza di cambiamento radicale dell'attuale sistema ospedaliero che necessariamente dovrà essere in grado di adeguarsi facilmente a situazioni o esigenze diverse, in tempi brevi, e quindi strutture duttili, elastiche, non rigide. In altre parole, un ospedale flessibile, un modello versatile di risposta alle domande di salute dei cittadini, in grado di adeguarsi non solo da un punto di vista organizzativo, ma anche logistico e strutturale, alle esigenze situazionali.*

*Temi ricorrenti del 1° capitolo sono la multi professionalità e multidisciplinarietà, assolutamente fondamentali per pianificare organizzazioni flessibili in caso di maxi emergenze, ma anche per superare le varie frammentazioni esistenti, l'attuale organizzazione "a canne d'organo", attraverso lo sviluppo di Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA), Reti cliniche, Ospedali per intensità di cura.*

*Tale "rivoluzione organizzativa" del sistema sanitario sarà possibile solo se riusciremo a centrare l'obiettivo del PNRR che vede nella digitalizzazione la leva fondamentale per migliorare la comunicazione e l'integrazione tra i vari professionisti e tra questi e l'assistito.*

*Si dovrebbe riuscire a collaborare in modo diverso per "fare sistema", trasferendo alcune responsabilità e compiti (task shifting) dagli specialisti ai medici di medicina generale o pediatri di libera scelta (MMG o PLS), e da questi agli infermieri e agli altri professionisti sanitari e sociali.*

*La giusta valorizzazione delle diverse professionalità porterebbe all'incremento della razionalizzazione delle risorse umane che rappresentano la vera e fondamentale risorsa del SSN.*

*È evidente che per realizzare tutte le necessarie riorganizzazioni e per ottenere qualsiasi cambiamento è necessario attuare un diffuso e capillare percorso formativo, fondamentale anche per apportare quel cambiamento culturale in quei cittadini che vogliamo sempre più coinvolti e responsabilizzati nella gestione delle proprie patologie (patient empowerment).*

*E volendo parlare di cambiamento non si può prescindere dal middle management, ossia da quel valore aggiunto che solo la multidisciplinarietà e multi professionalità di medici, infermieri, ingegneri ospedalieri, farmacisti... possono garantire, essendo le capacità manageriali intrinseche alla professionalità stessa.*

*I costi di degenza ospedaliera hanno, di fatto, orientato alcuni cambiamenti nelle strategie di ricovero (Ospedali di Comunità, Unità di degenza a gestione infermieristica) maggiormente sostenibili per la collettività e per il sistema. Quindi, anche i "recenti" modelli organizzativi vengono approfonditi, focalizzando l'attenzione sulle mancate integrazioni.*

*Gli ospedali di comunità per esempio, che se direttamente gestiti dai dipartimenti di emergenza e accettazione - DEA, favorirebbero una concreta integrazione tra la gestione dell'evento acuto e la successiva presa in carico (domicilio, casa della comunità, servizi di cure intermedie).*

*Una delle sfide più importanti che le strutture sanitarie dovranno affrontare è quella di essere resilienti ai cambiamenti economici, sociali e sanitari e, nello stesso tempo, garantire che il sistema, i servizi e le attività rispondano alle esigenze in costante evoluzione e alle specificità dei diversi luoghi geografici e modelli organizzativi.*

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117517](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117517)

## Progettare ospedali flessibili ed agili, sostenibili e centrati su pazienti e operatori

Andrea Vannucci, Socio ASQUAS, docente Università di Siena, membro CD Accademia Nazionale di Medicina

La struttura ha un'influenza determinante sulla funzione dell'ospedale in quanto condiziona significativamente i processi clinico-assistenziali e di conseguenza l'impiego delle risorse sanitarie e la loro efficienza operativa. Si tratta di un compito impegnativo, in quanto deve interpretare processi in continuo divenire per il variare della domanda di prestazioni, dello sviluppo tecnologico, delle linee guida professionali.

### 24 OTT -

Progettare i luoghi della cura significa pensare agli spazi, alle circostanze, ai tempi nei quali si dovranno realizzare le attività professionali e tecniche necessarie a rispondere tempestivamente e nel modo più efficace al bisogno di salute delle persone.

La struttura ha un'influenza determinante sulla funzione dell'ospedale in quanto condiziona significativamente i processi clinico-assistenziali e di conseguenza l'impiego delle risorse sanitarie e la loro efficienza operativa. Si tratta di un compito impegnativo, in quanto deve interpretare processi in continuo divenire per il variare della domanda di prestazioni, dello sviluppo tecnologico, delle linee guida professionali.

Strutture progettate secondo principi architettonici di avanguardia possono risultare non pienamente funzionali, quando non addirittura obsolete già al momento della realizzazione.

In questo non aiuta il tempo necessario, talora di alcuni decenni, nel passare dal progetto alla messa in esercizio.

### Flessibilità e intensività

La "flessibilità" è una necessità, non può limitarsi ad un presupposto teorico, ma è requisito indispensabile. Progettisti, management ospedaliero e professionisti sanitari possono lavorare insieme per assicurare tutte le diverse ma necessarie declinazioni della flessibilità:

- **Strutturale** : riguarda la disponibilità di spazi e tecnologie da poter mettere a disposizione per questi picchi emergenti di attività;
- **Organizzativa** : riguarda la possibilità di "trasformare" la operatività di una parte della organizzazione in un altro tipo di operatività
- **Operativa** : riguarda la capacità degli operatori e della struttura di passare a modelli operativi in grado di minimizzare il rischio di trasmissione intra-ospedaliera della infezione;
- **Professionale** : prerequisito per una flessibilità organizzativa e operativa di qualità perché deve garantire la disponibilità di personale formato in modo da poter passare da una funzione ad un'altra e da un modello operativo ad un altro.

L'**intensività** è la vocazione dell'ospedale, non solo del suo Pronto Soccorso e dell'Area Critica.

Intensività intesa non solo come modalità di risposta correlata alla gravità dei pazienti, ma anche come velocità nella diagnosi, nella scelta della strategia e nella messa in atto di cure appropriate e mirate.

Nella buona progettazione di un ospedale tutto viene studiato: dal modo di mettere in atto percorsi clinici individuali all'adeguatezza degli spazi fisici dove essi si attuano, con la finalità di assicurare cure efficaci e sicure, creando le migliori condizioni nelle quali la struttura contribuisce a mitigare la fatica degli staff o l'insorgenza di stati di burnout che sappiamo essere un rischio concreto per chi opera in questi contesti.

Per fare tutto ciò la sequenza documento d'indirizzo, gara, assegnazione non basta e deve essere previsto che progettisti e committenti cooperino fino al progetto esecutivo.

Così come sarebbe opportuno e utile per tutti fare attività di follow up dopo che il nuovo ospedale è entrato in funzione per verificare che i nuovi spazi e le nuove tecnologie siano effettivamente utilizzate come da premesse teoriche.

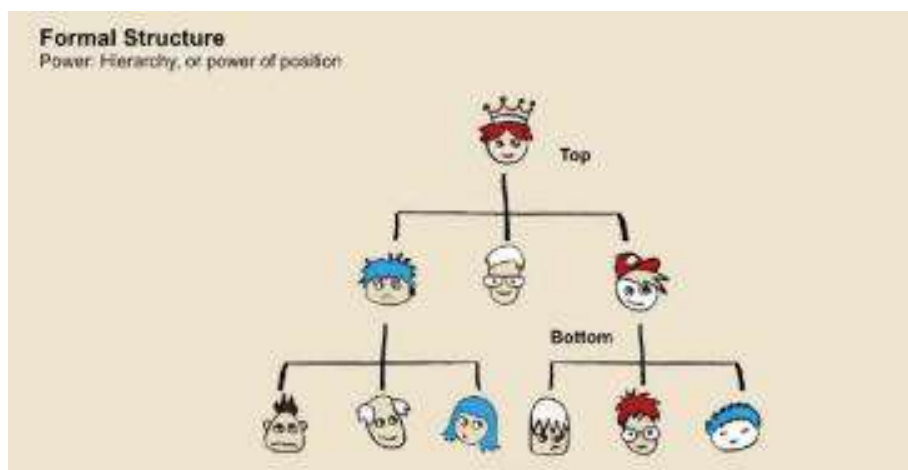
### **Agilità: la struttura dell'organizzazione ed il fattore umano**

Progettare ospedali significa venire in contatto in modo più o meno soddisfacente ed utile, con il management e i professionisti sanitari, che ne saranno poi gli utilizzatori, e constatare pregi e limiti dell'organizzazione dell'ospedale.

Un limite diffuso, e quindi un ostacolo alla piena affermazione di quell'agilità in teoria ricercata, è un difetto di interoperabilità umana.

Si tratta di una realtà diffusa nelle aziende sanitarie (e non solo) ed è generata dalla struttura a silos che le caratterizza, frutto di una struttura **"formale"**, basata sulla gerarchia e sul potere delle posizioni (l'organigramma ne è la sua rappresentazione).

Questa caratteristica determina inevitabilmente condizioni di isolamento personale e informativo perché le informazioni, anche per muoversi orizzontalmente, devono prima scalare tutta la gerarchia verso l'alto per poi ridiscendere verso il basso.



<https://www.agendadigitale.eu/cittadinanza-digitale/>

Il tempo richiesto per questo passaggio tra più livelli di persone, nel quale le informazioni vengono filtrate, modificate più o meno coscientemente, cambiate per scelta, le rende non più integre, spesso obsolete, e fa perdere loro di valore per chi le riceve.

Quando invece, grazie all'interoperabilità umana, le informazioni si muovono orizzontalmente rimangono inalterate, sono tempestive e utili per generare altre idee.

Quanto la dirigenza sanitaria ed amministrativa sia consapevole di questo stato di fatto non è molto chiaro, dati i molti segnali contrastanti che da loro provengono. Non si capisce se ciò che manca è la chiarezza d'idee o la propensione a non cambiare lo status quo.

In entrambi i casi però l'inadeguatezza è assicurata.

Se guardiamo a quanto accaduto durante la pandemia non è tanto alla **"linea di comando"** quanto alla struttura, cosiddetta **"informale"**, che dobbiamo il grado di risposta espressa dai servizi sanitari.

La struttura informale si associa al concetto di networking.

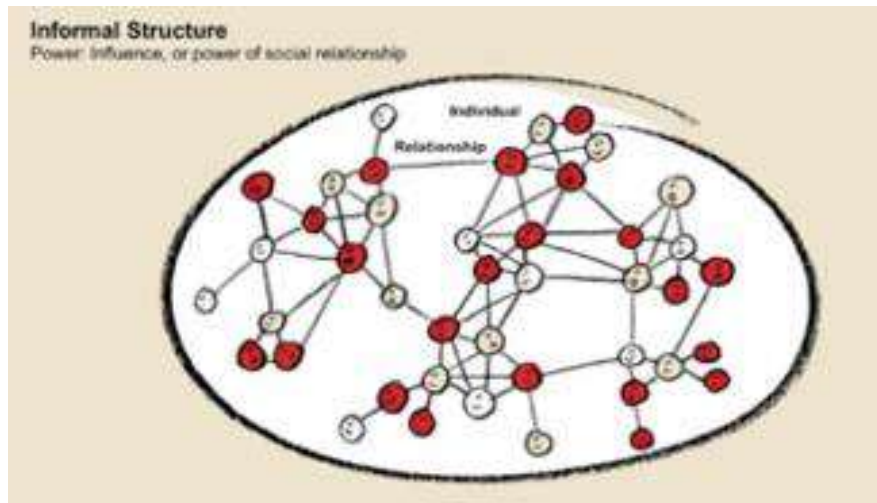
Rappresenta le vere relazioni tra le persone che operano in una comunità lavorativa.

Rappresenta chi parla con chi, chi chiede e chi risponde a.

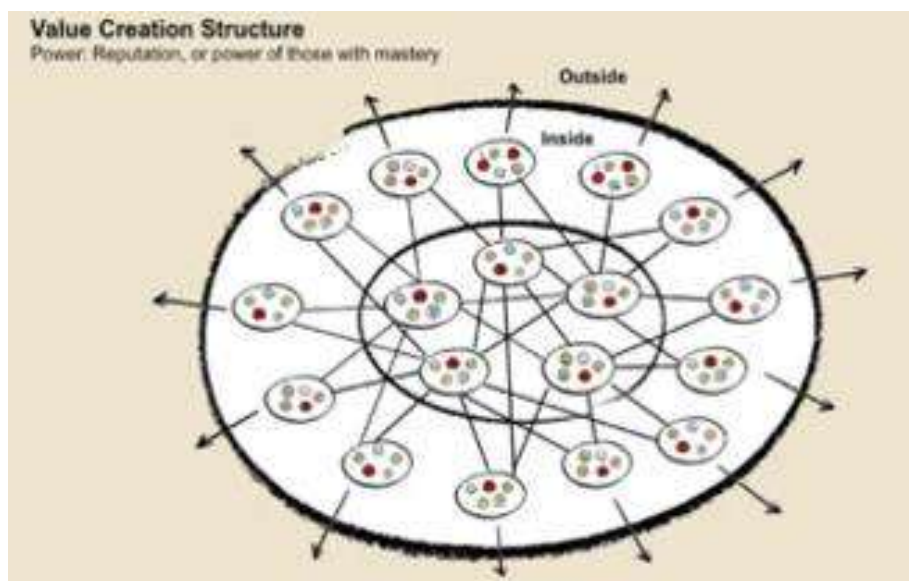
La sua rappresentazione grafica è la stessa di quella dei social network.

Tale struttura non è definibile in maniera formale ed è difficile da governare con gli strumenti tradizionali, quindi genera diffidenza nel management ma sta di fatto che esiste, lo si voglia o no.

Se c'è consapevolezza delle dinamiche che si generano dalle due strutture appena descritte, delle loro diversità e contemporaneamente della loro coesistenza, manager e professionisti sensibili, capaci e volenterosi possono avviarsi nella direzione della concreta attuazione di un rinnovato approccio, quello della **"creazione del valore"**, l'unico da cui possono arrivare i risultati che contano.



Mentre la struttura formale è il dominio del concetto di posizione, la struttura della creazione del valore è il dominio dell'effettivo ruolo lavorativo, con relativo grado di conoscenza e sapere annessi, come generatori di valore.



Se noi ricerchiamo negli ospedali la capacità di essere preparati e pronti a rispondere alle rapide variazioni di domanda, soprattutto quelle improvvise, allora è necessario essere consapevoli che tre sono i tipi di leadership aziendale che possiamo trovare:

- Una leadership che mira all'aderenza (**compliance**): il conformismo più o meno partecipato della struttura formale;
- Una leadership "**sociale**", tipica della struttura informale, che ha sviluppato consapevolezza con le dinamiche tipiche del networking e non si sente disorientata dall'aver abbandonato la prospettiva delle reti formali;
- Una leadership, consapevolmente collettiva, nella struttura della creazione del valore, che muovendosi da entrambe le precedenti e non rinunciando a tutto l'esistente, compresa la tradizione formale, sa pragmaticamente indirizzarle verso i risultati che contano.

Chi progetta non può modificare ma deve conoscere questi elementi perché è opportuno che ci sia coerenza tra struttura fisica e struttura organizzativa.

### **Realtà che cambiano**

Molte cose stanno mutando e possiamo affermare che, nell'era della salute digitale, gli ospedali hanno un disperato bisogno di ulteriori cambiamenti.

Non si deve pensare né che con l'adozione delle tecnologie della salute digitale gli ospedali diventeranno obsoleti né che diventeranno in pratica delle realtà virtuali.

Tutt'altro, tali istituzioni saranno ancora necessarie per decenni.



Le persone avranno ancora bisogno di cure acute e si rivolgeranno agli ospedali per queste esigenze nonché per procedure invasive e per analisi approfondite che richiedono attrezzature e professionisti specializzati che possono solo negli ospedali trovare spazi appropriati.

Tuttavia, i ruoli degli ospedali saranno diversi in futuro.

Gran parte della routine, i controlli e le visite in cui non è necessario partecipare di persona saranno spostate "on line" grazie alla telemedicina, ai teleconsulti e agli algoritmi dell'intelligenza artificiale. Ciò libererà tempo e risorse per il personale medico e consentirà di concentrarsi sui casi che richiedono cure più tempestive o manovre invasive.

## **Il Point of Care**

Chiunque sarà interessato a progettare, o anche solo comprendere, il futuro degli ospedali nello specifico o dell'assistenza sanitaria in generale deve sforzarsi di capire i mutamenti del concetto di "punto di cura", perché è ciò che già sta determinando i maggiori cambiamenti.

Il punto di cura (POC) è definito come "il luogo in cui vengono ricevute/erogate cure sanitarie".

Nei secoli il POC si è spostato in modo significativo dal capezzale dei malati agli ambulatori dei medici e agli ospedali. Negli ultimi decenni, e soprattutto negli ultimi anni grazie ai servizi di telemedicina, è in atto il percorso inverso.

Il POC si è esteso al di fuori degli spazi fisici delle strutture sanitarie e ora include i pazienti, ovunque si trovino. Una dei punti chiave delle tecnologie sanitarie digitali è che possono democratizzare l'accesso alle cure perché sono in grado di operare una revisione del concetto tradizionale di POC che consente ai pazienti di diventare più proattivi nella gestione della loro salute.

La nuova realtà dei POC nell'era della salute digitale consisterà in due componenti, entrambe partecipate dai professionisti dell'ospedale, una si svilupperà fuori dalle mura degli ospedali e l'altra al loro interno: l'assistenza acuta e le esigenze chirurgiche.

Per quanto riguarda lo spostamento del POC fuori dai confini degli ospedali, questo approccio è stato già in parte avviato dalla Medicina d'Emergenza Urgenza, nelle ambulanze dove i primi soccorritori eseguono procedure salvavita.

Il personale sanitario che opera su questi mezzi, sempre più dotati di nuove tecnologie, come gli strumenti per la telemedicina e i dispositivi diagnostici portatili, è in grado di connettersi con il luogo dell'eventuale ricovero, anticipando le fasi iniziali del percorso clinico oppure risolvendo situazioni che in passato sarebbero state motivo di ospedalizzazione grazie all'uso del teleconsulto.

Questo accade, ma non sistematicamente, già adesso e, senza arrivare all'esperienze di ospedali virtuali come già in altri paesi esistono e seguono a distanza migliaia di pazienti, è un esempio di come la disponibilità di una nuova tecnologia può modificare il modo di curare, evitare ricoveri per patologie altrimenti trattabili in piena sicurezza, alleggerire gli afflussi nei pronti soccorsi.

La progettazione dei futuri ospedali dovrebbe tenere conto di tali concetti e predisporre spazi ospedalieri specificamente configurati e funzionalmente dedicati perché l'assistenza remota è una strada promettente da percorrere.

Con l'avvento del **Internet of Medical Things**, che comprende un'infrastruttura di dispositivi medici, applicazioni software, sistemi sanitari e servizi, le cure possono essere efficacemente portate oltre le mura dell'ospedale, semplicemente perché ci sono pazienti che non hanno bisogno di ricovero in ospedale, ma piuttosto di monitoraggio.

Da qui nasce il concetto di "reparti virtuali".

Queste ultime sono soluzioni che supportano i pazienti con monitoraggio e trattamento a distanza nelle proprie case attraverso digitale remoto.

Con il monitoraggio in tempo reale e la comunicazione bidirezionale, i pazienti possono contattare i medici ospedalieri e questi ultimi possono intervenire tempestivamente in caso di segni di deterioramento.

Questo modello rende realmente possibile l'integrazione con le cure territoriali, magari direttamente con l'infermiere di famiglia che andrà in visita e eseguirà procedure per le quali sarà opportunamente formato, come medicazioni per ferite e anche terapie endovenose. Perché anche qui, intendo riferirmi al potenziale operativo e al ruolo professionale degli infermieri, qualcosa dovremo cambiare.

Questo nuovo ruolo dell'ospedale, i cui sanitari possono, se vogliono, proiettarsi fino al domicilio dei pazienti, dovrebbe essere seriamente considerato e armonizzato con quello di altre strutture come le Case e gli Ospedali di Comunità perché potrebbe contribuire a mitigare la probabile scarsità numerica del personale sanitario del territorio, MMG compresi.

## **Considerazioni sintetiche su ciò che è indispensabile**

- Guardare alla struttura ospedale per i prossimi decenni, non solo nella prospettiva della realizzazione di nuove strutture, ma di quella, assai più frequente, d'interventi di riqualificazione e riadattamento dell'esistente;

- ripensare quale ruolo hanno per una buona progettazione una corretta e articolata programmazione sanitaria e la chiarezza e la coerenza dei contenuti dei documenti di programmazione preliminare, insieme all'efficacia comunicativa con la quale vengono redatti. È necessario chiedersi quali sono i requisiti, in altre parole i bisogni, cui un ospedale deve rispondere;
- che la gestione delle strutture sanitarie, che hanno oggi tecnologie avanzate disponibili il cui costo di utilizzo è notevole veda il coinvolgimento, per una gestione ottimale, di tutti gli operatori del mondo della sanità, dalle Direzioni Generali ed Amministrative, del personale medico ed infermieristico, ai responsabili della progettazione e della realizzazione dei complessi sanitari;
- che, data la velocità con la quale la medicina ha continuato a fare progressi diagnostici e terapeutici, anche i più moderni progetti si sono trovati, nel giro di pochi anni, a doversi confrontare con sempre nuove modalità di cura. Il ruolo del PS è stato ed è tuttora continuamente messo alla prova dalla diffusa e crescente opinione, facilitata dalla straordinaria offerta di prestazioni e cure, che solo il PS possa rispondere bene e in tempi adeguati alle più svariate esigenze di salute: da situazioni cliniche gravi, che compromettono la vita, a problemi di minima rilevanza clinica;
- progettare dipartimenti di area critica "flessibili". Ciò significa adattare la loro struttura e organizzazione agli eterogenei e complessi bisogni sanitari. Per poterlo fare è necessario condividere le definizioni di area critica e di flessibilità della stessa, ma è anche necessario comprendere il percorso clinico diagnostico e terapeutico del paziente critico e riflettere sulla storia della medicina e dell'assistenza intensiva o critica;
- capire il nuovo valore del concetto di "green hospital" che comprende al suo interno diverse materie, come quella dei rifiuti, dell'uso di materiali sostenibili, dei trasporti a basso impatto, ma che ha al suo centro la spinta a creare o trasformare le strutture esistenti in ospedali sicuri, verdi e flessibili, in cui l'efficienza energetica e l'innovazione digitale rappresentino il motore sia per una più elevata resilienza, che per la loro sostenibilità ambientale. Si tratta, come viene indicato in alcuni documenti derivanti dalla unione europea, "... di analizzare, valutare e sempre più ridurre l'impronta ecologica degli ospedali".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117770](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117770)

**quotidianosanita.it**

## **Le risorse umane intangibili che il Ssn sta disperdendo**

**Claudio Maria Maffei**

*Se non si torna ad un Ssn in cui le risorse intangibili hanno un valore riconosciuto e tutelato a pagarne le conseguenze saranno la qualità complessiva dell'assistenza e i suoi esiti.*

### **10 OTT -**

Come è logico gran parte del dibattito sulla crisi del Ssn si sta concentrando sul suo sottofinanziamento e sulle carenze di personale legate tra l'altro, ma non solo, al relativo tetto di spesa imposto alle Regioni. Ma c'è qualcosa che il Ssn sta perdendo e che rischia di non essere più recuperato: il valore aggiunto che i professionisti danno con le relazioni che costruiscono e i processi che attivano con competenza e passione. Non è il mio campo (se mai ne avessi uno), ma ho trovato [questa definizione a proposito delle risorse "intangibili" del capitale umano](#):

*"le competenze e le esperienze delle persone, la loro motivazione ad innovare incluso il loro impegno e supporto al contesto della governance dell'organizzazione e ai suoi valori etici, la loro abilità a comprendere ed implementare le strategie dell'organizzazione e la loro fedeltà e motivazione a migliorare i processi, i beni e prestazioni di servizi, inclusa la loro abilità di leadership e di collaborazione.*

*È un fatto riconosciuto che queste risorse sono in grado di generare una ampia quota del valore ancorché non possono essere possedute direttamente da parte di una organizzazione e rappresentano quella parte del capitale intellettuale che lascia l'azienda al termine dell'orario di lavoro".*

*Lo so che una definizione aziendalista così fa un po' l'effetto del gessetto rotto sulla lavagna, ma mi sembra che abbia dentro le parole chiave giuste: competenze, esperienze, motivazione, impegno, fedeltà, collaborazione, leadership. Ho provato allora a vedere se una ricerca sulle risorse intangibili nel Ssn mi*

potesse aiutare e il primo riferimento che ho trovato è stato un Dossier della Regione Emilia-Romagna del 2008 su ["La rappresentazione del capitale intellettuale nelle organizzazioni sanitarie"](#).

E sempre dalla stessa Regione viene un Documento di qualche anno prima del Distretto di Modena su ["L'intangibile in bilancio: la misurazione del capitale intangibile in sanità"](#) ed è qui che ho trovato una distinzione, magari banale ma per me utilissima, all'interno del capitale intangibile tra le componenti umana, relazionale e organizzativa: " Il Capitale Umano è rappresentato dalle persone, dal know how, dai talenti, dal coinvolgimento, dalle motivazioni e dalle competenze. Il Capitale Relazionale è rappresentato da una serie di sinergie, di alleanze, di relazioni, di valori condivisi e di rapporti di fidelizzazione. Il Capitale Organizzativo è rappresentato dalla capacità d'innovazione, dal livello di soddisfazione sul lavoro, dalla capacità di valorizzazione delle risorse umane e dalla cultura aziendale".

Leggere queste espressioni nel 2023, a distanza di quindici anni, fa una enorme impressione perché ti fanno capire di quanto ci siamo allontanati dal clima in cui quei documenti sono stati prodotti a livello istituzionale, certo in una Regione avanzata che al tempo aveva come Assessore alla Sanità [Giovanni Bissoni](#), la cui figura ricorda che anche i politici possono rappresentare una quota importante del Capitale Umano del Ssn.

Oggi siamo in presenza di una situazione in cui rimane persino difficile di valori condivisi con e tra i professionisti e di una loro fidelizzazione, vista la loro fuga dal Ssn pubblico. Siamo in una fase in cui purtroppo ormai è passata l'idea che "uno vale uno" e che quel che conta è avere più personale, comunque formato e selezionato. Questo clima è reso clamorosamente evidente dal fenomeno dei medici gettonisti, che fa saltare completamente il ruolo delle equipe, ormai spesso inesistenti come tali in punti chiave del sistema come i Pronto Soccorso e i Dipartimenti dell'area Materno-Infantile.

Ma lo stesso vale per gli altri professionisti, come giustamente ricordato alla fine di un suo intervento qui su Qs da [Nicola Draoli](#) parlando della carenza di infermieri: "Il rischio di una narrazione solo numerica sono le soluzioni tampone di reclutamento selvaggio. Il tentativo urgente di coprire "un numero" e non "un professionista". Il cercare l'assoluzione sui numeri sacrificando il patrimonio scientifico, culturale, specialistico di tutti noi. L'abdicare un ragionamento più faticoso e complesso ma necessario e vitale sul riconoscimento delle specializzazioni infermieristiche, sul rapporto qualitativo con gli operatori di supporto, sulle valorizzazioni delle competenze, sui processi assistenziali innovativi su cui investire. Ragionare solo sui numeri, isolandoli dal resto, rischia di far sembrare il dibattito un dibattito di, perdonate l'espressione, pura manovalanza. Non va assolutamente eliminato ma forse dovremmo sempre sforzarci di affiancarlo a qualcos'altro." Espressioni che valgono per tutti gli altri professionisti del Ssn.

Se non si torna ad un Ssn in cui le risorse intangibili hanno un valore riconosciuto e tutelato a pagarne le conseguenze saranno la qualità complessiva dell'assistenza e i suoi esiti. Nel contesto attuale ogni forma di innovazione organizzativa, anche di quelle più tradizionali come ad esempio i Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), i gruppi di miglioramento aziendali su specifici temi o le reti cliniche regionali hanno difficoltà anche solo "a respirare". Figuriamoci le innovazioni più complesse, ma indispensabili, come la introduzione delle strutture, funzioni e figure previste dal PNRR o il trasferimento governato di competenze tra figure professionali o la revisione del sistema territoriale dell'emergenza.

Più personale va bene, ma anche più valore al personale. Ricordiamocelo.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117370](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117370)

**quotidianosanita.it**

## **Decreto 70. Urge riforma che preveda non solo ospedale per intensità di cura, ma anche una "rete" gestita da chi cura il paziente**

**Francesco Medici, Socio ASQUAS, Medico di Direzione Sanitaria dell'A.O "San Camillo Forlanini"**

È nostra opinione che il Decreto 70 vada rivisto e vada integrato con il decreto della medicina territoriale (che va modificato) al fine di stabilire una volta per tutte qual è il flusso del paziente e permettere ai DEA di primo e secondo livello di poter gestire non solo l'entrata dei pazienti ma soprattutto la loro dimissione a domicilio o nel territorio. Abbiamo proposto uno schema di "flusso" che veda finalmente fare interagire le varie figure professionali per la migliore cura del paziente

16 OTT -

La scommessa è il “territorio”! Se ne sente parlare da sempre ed appare (per molti) la soluzione di tutti i problemi della sanità. Forse. “Certo se il paziente fosse curato nel “proprio letto” costerebbe meno e servirebbero meno letti in ospedale!” Un ritornello che si sente da tempo.

La sintesi anzi direi la conseguenza di questo “misunderstanding” è che la politica negli ultimi anni, per “riformare” il territorio a ISO risorser, ha depauperato le uniche strutture funzionanti, ovvero gli ospedali, non risolvendo peraltro i problemi territoriali. (vedi Decreto Balduzzi che ha previsto 3.7 posti letto per mille abitanti tagliando migliaia di posti letto in tutta Italia). La novità di oggi rispetto a ieri è che alcune risorser sono state previste. Poche e insufficienti, ma ci sono. In sintesi per dare corpo a esigenze vere ed a slogan meno veri nel PNRR si assumeva l’obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l’effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

#### **Leggiamo su [quotidianosanita.it](http://quotidianosanita.it) “PNRR: i tagli degli obiettivi e la coerenza dei dati...”**

“Pertanto per erogare servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla “persona” in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita, il SSN dovrebbe perseguire la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali tramite lo sviluppo di strutture di prossimità, il potenziamento delle cure domiciliari e l’integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, che promuova lo sviluppo di équipe multidisciplinari.”

Questo era quanto scritto nel PNRR, vedi DM 77.

Ma qualora dovesse veramente cambiare la assistenza territoriale, dovesse realizzarsi anche solo in parte quanto previsto (e finanziato nel PNRR) come dovrebbe cambiare l’ospedale? Quali le ripercussioni?

I PS/DEA sono a nostro avviso la cartina di tornasole del SSN/SSR, dopo la pandemia, oggi più di ieri, sono “esplosi” in tutta Italia indici di una sanità nel suo complesso inadeguata. Il pronto soccorso è per i cittadini la sola “porta aperta del SSN” H/24/7 su 7 per 365 giorni all’anno, che rappresenta nella loro mente la sola a dare una risposta immediata.

Si è più volte detto che una sanità territoriale funzionante risolverebbe il problema, ma questo è vero in parte.

#### **Abbiamo tre tipi di accesso in PS:**

- **Congrui:** Rete ictus, rete IMA, Politrauma, Scompenso (respiratori, cardiaco, nefrologico ect);

- **Incongrui:** Prestazioni ambulatorie o diagnostiche ritenute dal cittadino urgenti (quando non si vogliono aspettare le “liste di attesa”);

- **Incongrui ma obbligati:** Prestazioni a pazienti che potrebbero essere curati a casa ma non trovano la disponibilità delle famiglie o una rete di assistenti sociali (funzione solo in parte vicariata dal terzo settore).

Se si analizzano i problemi dell’iperafflusso ai PS, si vede che i problemi sono soprattutto nei DEA di I e di II livello e che il problema non è mai nel gestire l’emergenza, ma nel ricoverare i pazienti una volta arrivati a diagnosi. Questo succede per due motivi: i posti letto nei reparti ospedalieri sono insufficienti; i reparti non riescono a riallocare i pazienti nel territorio a fine cura.

Dopo queste premesse potrebbe essere utile proporre, contrariamente a quanto detto fino ad oggi, di dover “centralizzare” e non decentrare alcune funzioni. Tuttavia, nel centralizzare dobbiamo differenziare e fare un’effettiva chiarezza operativa. Deve passare il concetto che il paziente può anche essere centralizzato, ma poi, a diagnosi fatta, deve essere trasferito secondo le sue necessità assistenziali in un modello assistenziale per “intensità di cura”.

#### **Reparti a intensità di cura sono:**

- **Alta intensità:** DEA I e II livello secondo modelli già sperimentati

- **Media intensità:** DEA I livello – Ospedale comunità – Hospice

- **Bassa intensità:** Ospedale di comunità, Casa della comunità

Ovvero un’intensità di cura dentro e/o fuori dall’ospedale. Una rete gestita da chi ha in carico in quel momento il paziente.

I DEA di primo e secondo livello, così come costruiti dal decreto ministeriale 70/15, devono essere potenziati permettendo inoltre di avere reparti flessibili/modulari, ovvero reparti che si aprono solo all’occorrenza (secondo il modello dell’ospedale flessibile).

Che sia per un PEIMAF, per le sindromi influenzali o per una nuova pandemia, poco importa: solo nei DEA di I e II livello possono essere curate le patologie complesse, le pluri patologie e i casi clinici più complessi, dove è necessario il supporto di più specialisti (Neurochirurgia, Chirurgia toracica, Radiologia interventistica, Stroke unit), presenti spesso solo nei DEA di II livello.

Nei casi più complessi, solo dopo una diagnosi che preveda una presa in carico multi-specialistica e possa avvalersi di specifiche indagini, è possibile la riallocazione dei pazienti.

Ad oggi, nulla o molto poco si sta scrivendo sul riordino della rete ospedaliera. Nessun nuovo finanziamento è nelle leggi di bilancio recentemente approvate in linea di continuità di comportamento anche tra governi di diverso colore. Riteniamo che vada aggiornato il Decreto 70 e soprattutto ridefiniti gli insufficienti 3,7 posti letto per mille abitanti.

*Urge la riforma del Decreto 70 che potenzi la rete degli ospedali, perché le liste di attesa chirurgiche, anche prima della pandemia, sono sempre più imbarazzanti, costringendo all'uso dell'“out of pocket”, che è arrivata ai 34 miliardi di euro. Possiamo immaginare che le tabelle che hanno previsto solo una determinata percentuale di posti letto per disciplina chirurgica si siano dimostrate notevolmente sbagliate? O dobbiamo pensare che AGENAS voglia spingere per il privato? Urge la riforma del Decreto 70, perché gli ospedali con la legge 34 hanno costruito, correndo peraltro, posti di terapia intensiva e Sub intensiva, che oggi risultano inutili e quindi inutilizzabili, dove non si siano allestiti padiglioni, fiere o chiese, riempendoli di attrezzature costosissime che oggi prendono polvere. I DEA di I, ma soprattutto di II livello, devono essere appunto “riformati”: deve essere rafforzato ed integrato non solo il territorio, ma soprattutto l'ospedale. L'Ospedale di Comunità previsto dal Decreto 71 deve fungere da cerniera tra territorio e ospedale, permettendo di ricoverare solo nell'ospedale di rete secondo il richiamato sistema ad intensità di cura. Urge la riforma del Decreto 70 per integrarlo subito con il decreto 77 e con il PNRR. Entrambi i decreti vanno modificati.*

*Dobbiamo prevedere, a supporto sia del dipendente ospedaliero e che del MMG e PLS, di assumere non solo medici ed infermieri, ma anche personale amministrativo specializzato per il SSN. Non sembra nulla di nuovo, perché in gran parte del mondo è già così. Dovremmo prevedere nel nostro SSN una nuova figura professionale, una “figura amministrativa di reparto”, che coadiuvi medici ed infermieri nei reparti o negli ambulatori ad utilizzare nuovi mezzi tecnologici. È assurdo che il SSN paghi un professionista medico, con una retribuzione oraria di almeno €. 60,00 all'ora, per fare adempimenti burocratici (cartella informatizzata, ricetta elettronica, certificazione INAIL, certificazione medica digitalizzata e quant'altro), lì dove questi compiti, ovviamente su indicazione del medico o del dirigente sanitario, possono essere svolti da un amministrativo, con una retribuzione di €. 12,00/20,00 euro ogni ora.*

*Se mancano medici ed infermieri, una soluzione è quella di farli lavorare di più e meglio, sgravandoli da compiti amministrativi, che oggi assorbono almeno il 30% del “tempo medico”, specialmente per le funzioni dei MMG e dei PLS, sommersi da burocrazia.*

*Un modo per avere più medici è anche quello di avere “medici che fanno solo i medici”: visitano, fanno diagnosi e curano, ma coadiuvati da figure a supporto che permettono la digitalizzazione dei processi di cura come prevedono normative subentranti.*

*Abbiamo medici e infermieri anziani che hanno grande difficoltà con tablet e computer: vanno aiutati e la formazione, in caso di applicazione di apparecchiature da parte del personale, è compito primario delle ASL o delle Aziende Ospedaliere.*

*Ci auguriamo che nelle nuove piante organiche dei nuovi Decreti ci sia anche questa nuova figura professionale.*

*Anche se avessimo un territorio più performante, a nostro avviso, le attuali strutture ospedaliere dovrebbero essere comunque ristrutturate e potenziate. Secondo un modello proposto dalla Direzione aziendale della A.O. di Parma, le ASL e le A.O. dovrebbero fondersi dal punto di vista amministrativo/gestionale, creando un'azienda unica, che gestisca sia DEA di II che di I livello e conseguentemente ospedali di comunità e case della salute di quel territorio (esempio in oggetto tutta la provincia di Parma).*

*Sola un'amministrazione unica potrebbe permettere una reale gestione a rete dei posti letto, ma anche il trasferimento di professionisti - medici ed infermieri soggetti a re- strizioni lavorative - da reparti a maggiore impatto a reparti territoriali.*

*Riteniamo che ad assistere i malati nelle Case della Salute debba andare non solo il medico medicina generale, ma anche l'equipe ospedaliera con l'attrezzatura trasportabile (ecografo, ECG, spirometria e strumenti necessari). L'ospedale “va al letto del malato” e non il “trasporto del malato in ospedale”, se non quando strettamente necessario.*

*È nostra opinione che il Decreto 70 vada rivisto e vada integrato con il decreto della medicina territoriale (che va modificato) al fine di stabilire una volta per tutte qual è il flusso del paziente e permettere ai DEA di primo e secondo livello di poter gestire non solo l'entrata dei pazienti ma soprattutto la loro dimissione a domicilio o nel territorio. Questo potrà avvenire solo e soltanto se si arrivasse ad una direzione del processo di cura unica e non frammentata tra diversi dei decisori politico amministrativi seguendo quello che è il modello della Regione Emilia-Romagna. Abbiamo proposto uno schema di “flusso” del Paziente dal proprio domicilio, al più idoneo luogo di cura, fino al suo rientro al domicilio o in strutture dedicate una volta risolto il problema di salute, su cui speriamo si apra una discussione. Uno schema che veda finalmente fare interagire le varie figure professionali (medici dipendenti, medici convenzionati, infermieri) per la migliore cura del paziente.*

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117558](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117558)



## Riformare la sanità e fare una diversa programmazione

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

**Laura Franceschetti**, Professoressa presso DiSSE, 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.

*Siamo convinti che una riforma del Ssn in Italia non è procrastinabile perché i limiti e le contraddizioni dell'applicazione delle riforme precedenti si sono manifestati in modo evidente. Vogliamo ricordare che le scelte di programmazione non sono mai "neutre", ma condizionano l'operatività delle scelte istituzionali e aziendali. Per questo serve un approccio comprensivo del lato della "domanda" e di quello dell'"offerta"*

**18 OTT -**

*Un interessante dibattito si è sviluppato recentemente sul tema della riforma o meno del SSN con diversi contributi significativi che vogliamo riprendere come incipit del nostro ragionamento.*

*Luciano Fassari in un suo [articolo](#) su "Quotidiano sanità" dal titolo "La sanità sospesa tra le poche risorse e la paura di cambiare" sostiene che "... dalle riforme mancate, agli scarsi finanziamenti i molteplici nodi irrisolti della nostra sanità stanno venendo al pettine e rischiano di erodere i buoni risultati in termini di cure che ancora oggi possiamo vantare. Ecco perché nel suo 45esimo anno il Ssn avrebbe bisogno di interventi più incisivi e coraggiosi."*

*Ed inoltre: "Dicevo della politica e del male che sta facendo e ha fatto alla sanità. Anche su questo campo ci vuole coraggio. Se il Ssn pubblico e universalistico come dichiarato da tutti i partiti in Parlamento è un bene da difendere e tutelare la politica dovrebbe fare un passo indietro. In Italia si vota praticamente sempre e ogni volta ci si trova di fronte a sconvolgimenti tra spoil system, commissariamenti e via dicendo col risultato che in base all'appartenenza partitica ognuno vuole issare una bandierina, scaricare le responsabilità su chi c'era prima, perdendo però di vista l'obiettivo comune. Tutti aspetti che sostanzialmente bloccano nuove idee ed energie: non a caso i lavoratori della sanità hanno una media di età molto alta e chi può non vede l'ora di scappare tra basse retribuzioni e orari massacranti."*

*Nerina Dirindin su "Salute Internazionale" in un suo articolo dal titolo "Il lungo assedio al Ssn" sostiene che "...da oltre un quarto di secolo il Servizio sanitario nazionale è sfiancato da una lenta opera di logoramento. I responsabili politici e tecnici della sanità pubblica hanno aderito acriticamente al pensiero neoliberista dominante che riteneva il sistema insostenibile, inefficiente, desueto e hanno preferito contare sempre più sul privato piuttosto che operare per qualificare seriamente il sistema pubblico. È ora di dire basta".*

*"Oggi, la situazione è particolarmente preoccupante non solo perché troppe persone faticano ad accedere ai servizi, ma soprattutto perché stanno tornando, a uno a uno, tutti gli argomenti che credevamo fossero stati spazzati via dalla pandemia: la salute non è più una priorità. Di fronte all'inevitabile rigore che comunque sarà reintrodotta, arrestare il declino del SSN sembra quasi impossibile. E una piccola (o grande) spending review sembra già essere stata scritta".*

*Inoltre "In realtà, bisognerebbe dichiarare inaccettabili [ulteriori dosi di austerità](#) nel settore sanitario... È pensabile proporre di battersi in Europa per escludere dal calcolo del debito per un congruo numero di anni gli investimenti necessari per ripristinare un'adeguata dotazione di personale sanitario e un'adeguata remunerazione dei professionisti della salute, nei paesi meno strutturati? La formazione e l'inserimento nel sistema sanitario di una adeguata dotazione di capitale umano è, in un settore ad alta intensità di lavoro, altrettanto fondamentale quanto l'acquisizione di apparecchiature tecnologiche o la realizzazione di strutture sanitarie. Chi può battersi per questo?"*

*A sua volta [Ivan Cavicchi in un suo articolo](#) intitolato "Di troppa propaganda il Ssn muore", apparso su "Quotidiano sanità" controbatte che "... la NADEF che abbiamo è il risultato non solo di un governo di destra che non sa nulla di sanità ma anche di una sinistra che non fa politica ma solo propaganda.*

*In una crisi economica come quella che c'è abbiamo avuto il coraggio non solo di chiedere la parificazione della nostra spesa sanitaria alla media europea per un valore di circa 40 mld, ma anche di proporre il 7.5% del pil, e di chiedere tutti questi soldi senza offrire nulla in cambio.*

*Nessun miglioramento, nessuna riforma, nessuna modifica. Cioè la sinistra alla destra ha chiesto di rifinanziare la "sua" sanità, quindi gli squilibri che ci sono, le disuguaglianze che ci trasciamo da anni, le gravi inefficienze, ma soprattutto le controriforme fatte".*

*“ .. mi piacerebbe portare avanti il processo di riforma iniziato nel '78 svilupparlo e completarlo quindi necessariamente vorrei cancellare le contro-riforme neoliberiste fatte negli anni '90 perché per me sono state un tragico errore che oggi paghiamo a caro prezzo”.*

*Per me neoliberalismo e welfarismo fanno a cazzotti e alla fine insieme ci creano enormi problemi di sostenibilità, il diritto alla salute non è riducibile al reddito, l'universalismo vero non può essere selettivo e la sanità privata non può sussidiare quella pubblica.*

*Quindi se potessi cancellerei l'azienda che personalmente considero la fesseria più grande fatta dalla sinistra, cancellerei anche la seconda gamba perché se si finanzia come si deve il servizio pubblico essa non serve, quanto al privato nessuna preclusione ideologica ma a condizione come stabilito dall'art 41 della 833 che chi lo vuole se lo paghi senza nessuna esenzione fiscale e nessun aiuto finanziario. Per me la grande marchetta in particolare oggi è insostenibile”.*

*Condividiamo molto di quanto scritto ma riteniamo che siano necessarie anche alcune precisazioni.*

### **Il contesto di partenza**

*Lo scenario attuale da cui partire per una nuova Riforma del SSN, come è noto, è caratterizzato da:*

- *invecchiamento della popolazione a fronte di un processo di denatalità che vede per la prima volta, un tasso negativo anche nelle Regioni del Sud;*
- *incidenza rilevante delle fragilità, delle cronicità e delle disabilità connesse all'invecchiamento della popolazione;*
- *disponibilità di innovazioni tecnologiche e farmaceutiche che potrebbero in parte compensare i punti precedenti, ma che richiedono uno sforzo continuo di aggiornamento professionale, di ri-modellizzazione dei processi assistenziali e di cura e di governance aziendali;*
- *permanenza di un'alta variabilità prescrittiva ed insufficiente uso di linee guida diagnostico-terapeutiche con conseguenti inappropriately e sprechi;*
- *comparsa di nuove patologie a largo impatto, vedi i disturbi dei comportamenti alimentari e quelli dello spettro autistico, entrambi con una prevalenza del 3,5 con trend crescenti in permanenza di pandemia;*
- *crisi del modello di globalizzazione per le disuguaglianze di salute, sociali ed economiche che determina spesso, senza meccanismi di compensazione e redistribuzione adeguati, una polarizzazione economico e sociale che mette in crisi il modello delle società democratiche nei Paesi più sviluppati;*
- *polarizzazione economico e sociale (Rapporto Oxfam) che vede l'1% della popolazione globale avere e gestire il 99% delle risorse globali;*
- *aumento comunque della domanda espressa e dei bisogni di salute.*

#### **Una Riforma richiede un'efficace programmazione**

*Siamo convinti che una riforma del SSN in Italia non è procrastinabile perché i limiti e le contraddizioni dell'applicazione delle riforme precedenti si sono manifestati in modo evidente ed in particolare relativamente a:*

- *un processo di aziendalizzazione gestito in una logica di gestione del consenso all'interno dei SSR e delle aziende sanitarie e di gestione del ricco indotto dei SSR (strutture accreditate, outsourcing di servizi, farmaci, device, assicurazioni, etc.), meno impattante sulla qualità delle cure e sugli obiettivi di salute delle popolazioni di riferimento;*
- *una riforma del Titolo V della Costituzione stabilita e legiferata con precipitazione, alla fine di una legislatura senza soppesare con la dovuta accuratezza né pesi e contrappesi dell'assetto istituzionale che si attivava né meccanismi che la sua gestione innescava;*
- *un ripensamento profondo dei meccanismi di gestione e del ruolo della “sanità integrativa” derivata dal “welfare aziendale” della cosiddetta legge “Job Acts” promulgata dal Governo Renzi, che ha sottratto risorse al SSN tramite la defiscalizzazione delle polizze collettive contenute nei CCNL; uno sviluppo della “sanità integrativa” alla fine sostanzialmente pagato dai lavoratori e dallo stato;*
- *uno sviluppo, per quanto incompleto e geograficamente variabile, delle politiche integrate di salute, in una logica di “One Health”, basate su un approccio di medicina di popolazione, di prossimità e di comunità, nonché di integrazione tra sanità e sociale;*
- *una programmazione sanitaria spezzettata in 21 realtà regionali o provinciali, scarsamente coordinata e per niente uniforme, incapace di garantire accesso alle cure, livelli di accesso ai LEA e ai LIPS reali e comuni nei territori e di mitigare le disuguaglianze di salute. Una situazione che ha delineato quattro macroaree di differenziazione nel' accesso alle cure e nei livelli di performance, come gli indicatori LEA e PNE dimostrano.*

*Vogliamo ricordare che le scelte di programmazione non sono mai “neutre”, ma condizionano l'operatività delle scelte istituzionali e aziendali. Per questo serve un approccio comprensivo del lato della “domanda”*

e di quello dell'“offerta”. Anche nella logica del PNRR il presupposto è quello di partire da una capacità “pubblica” di possedere una lettura approfondita della “stratificazione dei bisogni delle popolazioni” presenti nei vari e diversi territori del nostro Paese.

### **Programmazione lato “domanda”**

Questi modelli di analisi consentono di “confrontare i costi sanitari di gruppi di popolazione”, rappresentando quindi uno strumento a disposizione dell'organizzazione sanitaria, sociosanitaria e sociale per spiegare la quota di variabilità dei costi imputabile a differenze nelle condizioni di salute e per tale motivo vanno adottati senza ritardi. Da anni discutiamo sullo sperimentare un modello di analisi che consenta di definire specifiche modalità di presa in carico per “gruppi di assistiti omogenei”, cioè in relazione alla tipologia e all'intensità del bisogno assistenziale, in particolare per chi soffre per più di una malattia cronica.

Le analisi di popolazione per la “differenziazione” degli interventi richiedono alcune specifiche proprietà metodologiche. È necessario che il “sistema/modello” per la stima dei bisogni assistenziali della popolazione sia:

- “valido”, cioè capace di identificare gruppi omogenei di assistiti;
- “integrante” e quindi orientato all'implementazione di percorsi assistenziali integrati, centrati sul paziente;
- “Adattabile” e perciò facilmente rimodulabile sulla base di nuove esigenze di programmazione sanitaria anche in considerazione delle probabili e frequenti innovazioni di sistema.

Ricordiamoci che anche la popolazione sana può essere “diversificata”, tenendo conto della presenza di “fattori di rischio” su cui agire con interventi di promozione della salute.

### **Programmazione lato “offerta”**

Notoriamente le aziende sanitarie portano in prorogatio i contratti di affidamento a terzi di servizi per la difficoltà dei servizi di economato e provveditorato di svolgere le gare in base a “capitolati tecnici” aggiornati e connessi ad una rilettura dei bisogni delle popolazioni per profili di patologie.

Quando Raffaele Cantone, Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, emise l'ordinanza in cui imponeva a tutte le amministrazioni e imprese pubbliche di NON prorogare oltre i contratti verso terzi, solo una parte delle Regioni e delle aziende sanitarie colse l'occasione per rivedere i profili di bisogni delle popolazioni per profili di patologie e, in base allo sviluppo della diagnostica e delle terapie e delle buone pratiche gestionali esistenti, ridefinirono i “capitolati tecnici” posti a base di gara, rendendoli aderenti ad un rilettura dei bisogni delle popolazioni.

Quando ciò è avvenuto abbiamo assistito allo sviluppo di esperienze di medicina di popolazione e di comunità. Ove invece non è stato fatto alcun aggiornamento siamo rimasti nel “dominio della offerta” con acquisti di servizi spesso desueti e non appropriati. È in questa area gestionale che si annida gran parte della inappropriata e degli sprechi. Per non tenere conto anche dell'area core della sanità, cioè quella dell'offerta clinica: in Italia “Slow Medicine” con 40 società scientifiche di branca ha dimostrato che sono quasi 2.400 le procedure assistenziali non EBM. Un ambito dove poi abbiamo assistito alla comparsa del Decreto “Lorenzin” e poi al contro decreto che lo ha annullato. Un'area di inappropriata e di sprechi che non genera alcun valore ma che pesa sui conti. Senza dimenticare, infine, anche i rilevanti costi della “medicina difensiva” e dell'indugio a rivedere la legislazione sulla responsabilità dell'atto medico allineandosi a quanto avviene nella maggioranza degli altri paesi.

In questo contesto si annidano interessi specifici di tanti “oligopoli” di erogatori terzi, che hanno interesse a condizionare le scelte della sanità pubblica.

### **Sistemi di remunerazione e strumenti di monitoraggio**

Riformare e programmare in modo nuovo è possibile e vuol dire anche affrontare il tema dei sistemi di valorizzazione delle prestazioni e, quindi, anche quello dei DRG ormai incredibilmente obsoleti.

La determinazione dei costi secondo il sistema DRG (dove peraltro anche le classificazioni mutano ed evolvono nel tempo) vengono elaborati annualmente negli USA, mercato “privato – privato”, poi vengono importati in Gran Bretagna e adeguati al sistema welfare inglese, ma a costi medi britannici. Noi poi li importiamo, praticamente così come sono, sempre “in ritardo” rispetto ai loro successivi aggiornamenti. Sono anni che non abbiamo più fatto una valorizzazione dei costi di produzione per DRG. Abbiamo provato a definire i “costi medi” italiani, ma sono rimasti incagliati alla Conferenza Stato-Regioni-PPAA per la non unanimità delle Regioni.

Inoltre non abbiamo meccanismi condivisi di valorizzazione delle prestazioni dei servizi di medicina intermedia e di prossimità dove dobbiamo abbandonare la logica della spesa e dei rimborsi per prestazioni e passare a quella per percorsi assistenziali. Si sta lavorando faticosamente per creare convergenze su criteri e standard condivisi e troppi aspetti sono eternamente in “sperimentazione”.

*Determinante per queste incertezze il faticoso decennale percorso del Fascicolo Sanitario Elettronico che dovrebbe mostrare una rivoluzionaria implementazione del 2024 grazie agli investimenti PNRR. Sempre che non decideremo di farci del male con applicazioni surreali della normativa sulla tutela dei dati personali.*

*Mancano, ma potremmo agevolmente introdurre, adeguati sistemi di monitoraggio della spesa e soprattutto desk direzionali basati su piattaforme digitali 4.0, già disponibili in sanità e in via di sviluppo nelle loro applicazioni. È possibile ormai integrare in tempo reale qualsiasi dato generato nelle attività delle reti aziendali, purché in formato digitale. Sono diffusamente disponibili nuove e perfezionate piattaforme che consentono di sviluppare, in base ad algoritmi di Intelligenza Artificiale, analisi predittive e analisi dei dati. Questi sono gli strumenti che un moderno sistema deve adottare. Se oggi tutti i flussi informativi aziendali possono essere integrati allora è solo un problema di volontà delle politiche regionali ed aziendali e, in ultima analisi, delle qualità e capacità delle persone preposte. Si è parlato spesso di problemi di interoperabilità tra sistemi ma il sospetto è che la vera mancanza di interoperabilità sia quella tra le persone.*

### **Le Aziende che non sono mai diventate “aziende”**

*Da quando abbiamo le AUSL e le Aziende Ospedaliere e le AOPU, nonché gli IRCCS, l'efficientamento del sistema avanza lentamente, specie nelle Regioni del Centro sud ma anche in alcune sacche del Centro Nord. Dove abbiamo registrato maggiore stabilità politica abbiamo avuto maggiore stabilità del management delle aziende. I mandati sono stati quasi sempre quinquennali e spesso abbiamo avuto anche i loro rinnovi in aziende dello stesso SSR o di SR vicini, con scambi di esperienze e di competenze.*

*In altre Regioni dove c'è stata alternanza politica, i mandati a dirigere le aziende e gli staff degli assessorati hanno avuto anche mutazioni semestrali. In contesti del genere non si affrontano i problemi strutturali, ma solo quelli contingenti e si “galleggia” ed i risultati sono stati evidenti.*

*Tutto ciò poi accadeva mentre politiche di bilancio, spending review e mancati adeguati incrementi del FSN, nonché la pandemia di SARS-COV-2, hanno messo a dura prova il sistema sanitario esaltandone tutti i nodi strutturali non risolti.*

*C'è un grande problema di “governance” e di “qualità reale” da risolvere e perseguire con costanza e mancano, tendenzialmente in forma aggravatasi, dotazioni, personale, competenze e digitalizzazione diffusa.*

*I modelli desueti dei servizi sia ospedalieri che territoriali “a silos” sono duri a morire. Nascondono tanta inappropriata e tanti sprechi ... sono “terreni di caccia” per nomine politiche per cui spesso non abbiamo “la persona giusta al posto giusto” ... nonostante formali rispetti dei profili richiesti.*

*Dopo decenni di aziendalizzazione “a metà” forse sarà il caso di fare un check dell'esperienza, capirne i punti di forza e di debolezza, valutare se proseguire o meno e come o quali altri modelli gestionali proporre, senza tornare, come nel “Gioco dell'oca”, alle USL con il loro tragico bilancio.*

### **Il peso della politica**

*Roberto Polillo e Mara Tognetti nel loro [articolo](#) dal titolo “Gli impegni a favore del Ssn e la credibilità della politica”, apparso recentemente su “Quotidiano sanità” sostengono che “... uscire da questa condizione non è cosa facile ma di sicuro una inversione di tendenza può realizzarsi solo elaborando proposte di cambiamento coraggiose, chiare e realizzabili e che soprattutto non cercano il facile consenso ... È dunque la mancanza di coraggio e di vision nell'avanzare proposte concrete che rende finora poco credibili le forze politiche che si oppongono all'attuale esecutivo e che poco hanno fatto in precedenza per impedire che si arrivasse a tal punto.*

*Un problema enorme che ha una doppia conseguenza: da un lato il SSN pubblico è ormai a un passo dalla sua estinzione; dall'altro i livelli di partecipazione democratica alla vita pubblica si riducono drasticamente. Ma cosa ancora più grave le disuguaglianze in salute crescono.*

*È infatti drammaticamente evidente come il primo partito in Italia con in 40 % di consensi sia quello dei delusi che non votano per nessuno. È altrettanto evidente poi come tale partito sia progressivamente cresciuto a ogni nuova tornata elettorale*

*Non sta a noi spiegare le ragioni di questo drammatico rifiuto dei cittadini di partecipare alla vita pubblica e non è certo questa la sede ma di certo un ruolo importante gioca in tale fenomeno la scarsa credibilità dei partiti politici. Una scarsa credibilità che nasce dalla distanza tra quanto si promette in campagna elettorale e quanto si realizza quando si governa”.*

*Aggiungiamo pure che forse ogni Paese ha la classe dirigente che sa esprimere e che quindi sostanzialmente lo rappresenta e ne rispecchia pregi e difetti. Per attuare una riforma della Sanità nell'Italia di oggi (e di domani) dobbiamo risolvere le manifestazioni di decadenza che il “sistema Paese” sta mostrando per la crisi di tutte le strutture di welfare (scuola, università, servizi sociali, sistemi sanitari regionali, etc.), per la perdita di diritti realmente “agibili”, ricordarci e recuperare ciò che funzionò in precedenti stagioni di partecipazione attiva e di lotte e conquiste di diritti riconosciuti (l'istruzione, il lavoro, la salute, la sicurezza sociale etc).*

*Bisogna rilanciare una nuova stagione di impegno civile, sociale e democratico impegnandoci per la costante e continuativa affermazione dei diritti (e dei doveri) previsti nella nostra Carta Costituzionale e renderli fruibili in particolare alle fasce deboli e emarginate della nostra popolazione. Un rinnovato sistema sanitario pubblico ha questo principale scopo e gli strumenti, se accortamente scelti, così come le persone (se ben motivate) per farlo.*

### **L'empowerment dei pazienti, delle famiglie e delle comunità**

*Il PNRR parlava molto di "medicina di popolazione, di comunità, di prossimità" e proponeva di istituire degli spazi di inclusione ed empowerment dei cittadini, singoli e organizzati, con la proposta delle Case di Comunità e con una richiesta di forte coinvolgimento delle comunità locali a livello di prevenzione, cura e riabilitazione nei percorsi assistenziali da progettare e gestire in modo "integrato".*

*Ora con i tagli al PNRR annunciati vediamo un impoverimento delle progettualità relative proprio alle comunità (spazi urbani da riqualificare, transizione energetica, trasporti, servizi, ambiente e spazi verdi, etc.) oltre che ad almeno un terzo delle reti di Case della Comunità e degli Ospedali di Comunità inizialmente previsti, trasferiti su altre fonti di finanziamento UE, per ora opinabili.*

*In questo contesto e in questa prospettiva sembra difficile poter puntare sugli obiettivi macro del Modulo 6 del PNRR in modo uniforme in tutto il Paese. Eppure coinvolgere le comunità con i loro potenziali nella riprogettazione del SSN e dei SSR è e rimane fondamentale.*

*Il SSN ha bisogno del volontariato, del terzo settore, delle famiglie, dei "caregiver", sono risorse fondamentali e preziose da tutelare e valorizzare.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117631](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117631)



Il Quotidiano Online  
dell'Ateneo Niccolò Cusano di Roma

## **Management e innovazione nelle aziende sanitarie: tre esperti a confronto**

*Oggi i professionisti devono essere preparati a gestire le più avanzate metodologie e tecnologie in ambito sanitario*

*La Sanità Italiana ha una spesa in cure e medicinali pari al 9% del PIL. È necessario avere una preparazione manageriale, anche tra i medici. Ne parliamo nella nostra rubrica "Non solo trentatré", curata dai Prof. Claudio Loffreda Mancinelli ed Enrico Ferri, con tre esperti:*

- **Prof. Laura Franceschetti:** Direttrice Master in "Management e Innovazione nelle Aziende Sanitarie" Università La Sapienza, Roma
- **Prof. Giorgio Banchieri:** Docente DISSE, Università La Sapienza; Docente Business School, LUISS, Roma. Segretario Nazionale ASQUAS: Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale
- **Prof. Laura Synnott:** Docente of Health Care Policy and Management at the Heinz College, Carnegie Mellon University, Pittsburgh.

### **Management e innovazione nelle aziende sanitarie**

#### **Professor Banchieri, quale è la spesa della Sanità in Italia?**

*I dati dell'Istituto Superiore di Sanità e la documentazione, riportata sul sito web della Camera dei deputati, ci danno un quadro preciso e chiaro dell'ammontare delle spese sanitarie in Italia.*

*La legge di Bilancio 2022 (L.n. 234/2021) riporta una spesa di 124.061 milioni di euro per il 2022, 126.061 milioni per il 2023 e 128.061 per l'anno 2024.*

*Nel 2021 la spesa sanitaria equivale al 7,3% del Prodotto Interno Lordo (PIL), contro il 7,5% del 2020. Questi dati sono riportati nella Nota di aggiornamento al Documento di Economia e Finanza (NADEF), approvata dal Consiglio dei Ministri il 29 settembre. Considerando poi il totale per cure e medicinali si arriva a valori vicini al 9% del Pil, quindi poco sopra la media OCSE.*



Riportiamo questi dati per comprendere meglio l'impatto che essi hanno sull'economia centrale.

### **Ritiene quindi importante la figura del medico-manager?**

Certamente. In effetti, più che di Sanità, spesso e più propriamente si parla di Azienda Sanitaria, visti non solo i costi, ma anche il numero di lavoratori nel Sistema, con un personale dipendente di 617.466 persone, a cui va aggiunto il personale con contratti non da dipendente, il personale universitario e quello delle strutture equiparate alle pubbliche, che chiaramente non sono stipendiate dal SSN. Considerando tutta la filiera produttiva arriviamo a circa 1.000.000 di addetti.

Ma il concetto di azienda, industria, implica anche la diretta presenza non solo di lavoratori, ma anche di managers, di un consiglio di amministrazione, di standards di qualità per i servizi erogati, riproducibili a qualsiasi livello.

### **Professoressa Synnott dove e come vengono formati questi esperti? Qual'è il loro impatto sul Sistema?**

Gli Stati Uniti sono il paese dove la spesa sanitaria complessiva è più alta, con una crescita del 2,7% nel 2021, pari a \$ 4,3 trilioni o \$ 12.914 a persona. La spesa sanitaria USA si aggira tra il 18,3-20 % del PIL.

Negli USA uno dei programmi di formazione è il Master of Medical Management (MMM), offerto dalla Carnegie Mellon University di Pittsburgh. Esclusivamente per i medici, combina le conoscenze di finanza e amministrazione a conoscenze specifiche del settore della gestione dell'assistenza sanitaria. Negli Stati Uniti esiste un Sistema Sanitario essenzialmente privato, e la professione medica è generalmente esercitata in maniera autonoma. Le conoscenze apprese attraverso questi master manageriali diventano fondamentali nella gestione finanziaria e professionale.

### **Professoressa Franceschetti, qual'è la situazione in Italia?**

Le tipologie di Masters in campo sanitario possono essere divise in tre categorie: Masters Clinici, espressione di Facoltà di Medicina, quindi focalizzano il proprio curriculum sull'aspetto della "Governance" dei percorsi di ottimizzazione dei processi di cura; vi sono poi Master di Management, che si occupano maggiormente dell'aspetto aziendale, di processi di gestione, di ottimizzazione dei processi di natura economico finanziaria; vi sono infine dei Masters ibridi che integrano gli insegnamenti Manageriali in un contesto clinico, con particolare attenzione anche verso processi interni di ottimizzazione dei progetti clinici, public relations, interazione, problematiche sociali e conoscenze legali nel campo della Sanità.

Il fine è di fornire competenze distinte ma correlate: leadership, strategia e gestione delle informazioni, corsi in sistemi informativi, politica, economia, IT, sicurezza informatica, ricerca operativa.

Questi programmi rappresentano la soluzione ideale e necessaria per i medici che desiderano passare a ruoli esecutivi e di leadership. I Masters sono abilitanti e fondamentali per ruoli di direzione e coordinamento di unità operative complesse, reparti, dipartimenti, distretti sanitari.

### **Professor Banchieri, ritiene che questi aspetti amministrativi, manageriali, di leadership dovrebbero essere parte della formazione del medico moderno?**

Spesso il medico arriva tardi a frequentare questi masters. Sarebbe auspicabile, vista l'evoluzione e le implicazioni economico/sociali/qualitative della Sanità, che molti dei contenuti ed insegnamenti dei masters fossero parte integrante del curriculum formativo dei medici ed operatori sanitari. In alcuni casi questo già avviene, come in alcuni programmi di Scienze Infermieristiche, che nel proprio programma includono insegnamenti di Management.

Purtroppo, gli studi di Medicina sono ancora molto tradizionali, questi insegnamenti mancano, come completamente assenti sono corsi di organizzazione, di programmazione sanitaria, di lavoro in team, di gestione dei processi interni. Attualmente si creano professionisti validi sotto il profilo clinico, ma con scarsa preparazione e abilità nelle relazioni interprofessionali e con vaghe conoscenze sull'importanza della programmazione ed implicazioni socio/economiche, o delle metodologie di miglioramento della qualità.

### **Gli investimenti e gli sprechi nella sanità italiana**

#### **Prof. Banchieri, la Professoressa Synnott faceva riferimento alla natura "privata" della Sanità Americana e all'uso diretto che il medico fa degli insegnamenti appresi nel Corso di un master. In Italia?**

La Sanità in Italia è divisa in due blocchi: pubblico e privato. Il blocco privato si è sviluppato moltissimo in questi anni soprattutto dopo l'applicazione del Job Act, che, interessandosi del Welfare aziendale, direttamente va a coinvolgere anche il Sistema Sanitario, vista l'importanza "integrativa" di quest'ultimo nel Welfare aziendale. Anche la defiscalizzazione delle polizze assicurative mutualistiche, adottata dai vari governi negli ultimi 10 anni, spinge il Sistema verso un processo di privatizzazione della Sanità Pubblica Italiana. Inoltre, le regioni sono state investite della totalità

del controllo e gestione della Sanità, che comporta un notevole peso della politica nella gestione della Sanità, con potenziali problemi immaginabili.

Fondamentale ed auspicabile che i bandi di gare pubbliche per l'affidamento di ruoli di direzione siano trasparenti e premino i candidati maggiormente qualificati e di alto profilo.

### **Professor Banchieri, a suo parere i problemi della Sanità possono migliorare con un investimento economico sempre maggiore?**

Non si tratta di aumentare solo il volume della spesa, ma soprattutto la sua qualità.

In Italia, ma credo anche negli USA, ci sono aree di sprechi, inappropriata prescrizione e clinica e non sufficiente valutazione degli investimenti da realizzare con metodiche tipo HTA (Health technology assessment: processo multidisciplinare per valutare le questioni sociali, economiche, organizzative ed etiche).



In Italia si stimano circa un 30% sprechi, ovvero 25 mld di Euro, di cui 2,97 mld per inadeguato coordinamento dell'assistenza, 7,42 mld per sovra utilizzo, 4,95 mld per frodi e abusi, 3,21 mld per acquisti e costi eccessivi, 3,46 mld per sottoutilizzo, 2,72 mld per complessità amministrative. Su ognuna di questa criticità c'è ampio spazio di recupero. Anche a livello di recupero della appropriatezza delle cure sono state censite 2.400 procedure assistenziali non evidence-based, comprovate, giustificabili.

Il cantiere è aperto.

<https://www.taq24.it/805620-management-e-innovazione-nelle-aziende-sanitarie/>

## **Scenari della sanità**

quotidianosanita.it

### **La sanità sospesa tra le poche risorse e la paura di cambiare**

di Luciano Fassari

Dalle riforme mancate, agli scarsi finanziamenti i molteplici nodi irrisolti della nostra sanità stanno venendo al pettine e rischiano di erodere i buoni risultati in termini di cure che ancora oggi possiamo vantare. Ecco perché nel suo 45esimo anno il Ssn avrebbe bisogno di interventi più incisivi e coraggiosi.

05 OTT -

*“Una priorità” ma con “margin di risorse limitate”. Questa è la situazione della sanità fotografata dalla presidente del Consiglio **Giorgia Meloni** alla vigilia della manovra di Bilancio e dopo la pubblicazione della NadeF che ha sostanzialmente evidenziato come poco per il comparto arriverà.*

*Una “situazione complessa”, quindi come ha ricordato Meloni che lucidamente ha elencato la ‘tempesta perfetta’ di un paese che invecchia, ha una crescita dello zero virgola e paga l’abbandono del suo sistema sanitario negli ultimi 15 anni (periodo Covid a parte).*

*Fin qui un’analisi perfetta come del resto da un anno a questa parte fa il Ministro della Salute, **Orazio Schillaci** e come hanno fatto molti dei suoi predecessori. Ricette coraggiose e risolutive però ancora fanno fatica ad intravedersi. Si punterà a limitare la fuga di medici e infermieri dal sistema pubblico con qualche risorsa per abbattere le liste d’attesa, si chiuderanno le porte ai medici a gettone (anche se ad oggi ancora in molte regioni se ne fa largo uso) e dulcis in fundo si punterà sull’appropriatezza. Materia quest’ultima assai complessa.*

*Come non ricordare il tentativo fatto dall’allora Ministro Lorenzin che fu sostanzialmente seppellito dopo la levata di scudi dei medici che vedevano ledere la loro libertà di diagnosi e prescrizioni. E come non ricordare il Dm 70/2015 sugli standard ospedalieri che a conti fatti ha visto un taglio di letti. Insomma, il messaggio che arriva per il prossimo futuro è un film già visto: spendere bene e meglio ciò che (poco) si ha.*

*Il punto però, è che nel suo 45esimo anno il Ssn avrebbe bisogno di interventi più incisivi e coraggiosi. Non che sia tutto da buttare, i dati Ocse evidenziano come la sanità italiana a fronte di poche risorse garantisca elevatissimi standard ma è chiaro che se si vuole mantenere alto il livello serve osare di più. In primis l’assistenza territoriale. Le Case della Comunità previste dal Pnrr faticano a partire sia per mancanza di personale (Schillaci per esempio ha chiarito che serviranno infermieri dall’estero per aprirle) che per la mancata riforma della medicina di famiglia. Su quest’ultimo tema sono decenni che si tentenna senza fare sostanzialmente nulla e così oggi i medici di medicina generale sono sempre meno, sempre più oberati di pazienti e di scartoffie in studi che in media sembrano di tutto tranne che dei luoghi di cura da terzo millennio.*

*Da un lato i sindacati hanno sempre difeso questo modello e la loro ormai poco ‘libera professione’ chiedendo incentivi per assumere personale amministrativo e infermieristico alle loro dipendenze e avere tecnologie diagnostiche per fare esami di primo livello (Speranza stanziò 235 mln che si sono persi nelle nebbie). Dall’altra, sempre sullo sfondo c’è la strada della dipendenza con tutti i suoi pro e i suoi contro.*

*Ecco siamo arrivati ad un punto in cui una scelta andrà presa perché lo status quo disegna un futuro chiaro: l’abbandono dell’assistenza territoriale da parte del pubblico (cosa che già oggi per un largo numero di italiani è già un fatto).*

*Altro tema sono gli ospedali: sfida anch’essa ardua. Con una sanità territoriale efficiente gli ospedali dovrebbero essere grandi Hub dell’alta complessità. Lo si dice da anni, ma oggi, per colpa in primis della politica che ha invaso il settore fin nei reparti, abbiamo ancora una rete che fa acqua da tutte le parti: pochi letti e pure divisi in malo modo, sale chirurgiche mal utilizzate con tassi di inappropriatezza elevatissimi, senza dimenticare gli anacronistici piccoli ospedali (il Piano esiti insegna: dove si fanno più interventi si cura meglio).*

*Ma si sa è difficile andare a togliere primariati e costruire una rete di cura e assistenza efficace che dalla casa, passando per il territorio fino all’ospedale renda chiaro al cittadino il suo diritto alla Salute e, soprattutto, dove trovare le risposte ai suoi bisogni. In questo caos di offerta viene naturale rivolgersi al Pronto soccorso per qualsiasi problema.*

*C’è poi il nodo irrisolto dell’assistenza domiciliare: ci sono i 2 mld del Pnrr ma è evidente che molte regioni sono all’anno zero e poi non si deve dimenticare che una volta finiti i soldi europei bisognerà trovarne altri per mantenere il servizio. Anche qui molta strada da fare.*

*Dicevo della politica e del male che sta facendo e ha fatto alla sanità. Anche su questo campo ci vuole coraggio. Se il Ssn pubblico e universalistico come dichiarato da tutti i partiti in Parlamento è un bene da difendere e tutelare la politica dovrebbe fare un passo indietro. In Italia si vota praticamente sempre e ogni volta ci si trova di fronte a sconvolgimenti tra spoil system, commissariamenti e via dicendo col risultato che in base all’appartenenza partitica ognuno vuole issare una bandierina, scaricare le responsabilità su chi c’era prima, perdendo però di vista l’obiettivo comune.*

*Tutti aspetti che sostanzialmente bloccano nuove idee ed energie: non a caso i lavoratori della sanità hanno una media di età molto alta e chi può non vede l’ora di scappare tra basse retribuzioni e orari massacranti.*

*Altra questione dove ci vuole coraggio è quello della prevenzione.*

*Rispetto al secolo scorso di passi ne sono stati fatti ma nel cittadino medio (soprattutto di sesso maschile) l’idea che della salute ce ne si deve occupare solo quando si sta male è ancora forte. Il prendersi cura sia di sé stessi che per la propria comunità dovrebbe essere favorito: abbiamo per esempio un’ottima assistenza nei primi anni dell’infanzia, ma poi il cittadino è sostanzialmente abbandonato fino a che non arriva l’età (avanzata) dei primi screening che tra l’altro si fanno sempre meno.*

*In questo contesto ci sono poi le nuove tecnologie e le nuove terapie farmacologiche. Gli ultimi modelli, come per tutte le cose, costano e il nostro Stato indebitato avrà sempre minor peso se non interverrà con politiche industriali in grado di attrarre ricerca e investimenti. E lo stesso vale per la tanto enfatizzata telemedicina.*

*Fin qui ho ricordato solo alcuni macro-temi ma l'elenco dei nodi da sciogliere è ancora estremamente lungo e come noto molto complesso. Sfide impossibili da vincere si dirà ma la manutenzione della macchina non basta più. Servono maggiori risorse? Sì, ma anche per quelle servono idee chiare e tanto coraggio.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117183](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117183)

**quotidianosanita.it**

## **Gli impegni a favore del Ssn e la credibilità della politica**

**Roberto Polillo, Mara Tognetti**

*Uscire da questa condizione non è cosa facile ma di sicuro una inversione di tendenza può realizzarsi solo elaborando proposte di cambiamento coraggiose, chiare e realizzabili e che soprattutto non cercano il facile consenso.*

**06 OTT -**

*Il servizio sanitario nazionale per non morire necessita urgentemente di nuove risorse: di tipo materiale ma anche di tipo immateriale.*

*Le prime rappresentano i fattori fondamentali della produzione per dirla con i fisiocratici.*

*Un finanziamento come il nostro, di gran lunga inferiore alla media europea, e su cui rischia di abbattersi un'ulteriore riduzione di 2 miliardi per il 2024, non è compatibile con il mantenimento di uno standard di qualità adeguato.*

*Lo stesso dicasi per la carenza disastrosa e purtroppo incrementale di personale medico (- 30.000) e infermieristico (-70.000) poiché la sanità è un contesto labour intense in cui la differenza la fanno le strutture ma soprattutto il valore di chi vi opera.*

*Servono dunque risorse materiali ma sbaglia chi crede che queste siano sufficienti per impedire la deriva che spinge il nostro SSN verso un punto di non più ritorno.*

### **Le risorse immateriali**

*Un servizio sanitario cresce e si rafforza se esistono risorse immateriali (visioni, credenze e prospettive) che lo alimentano rendendolo flessibile, resistente, sostenibile in relazione ai mutamenti della società e allo stesso tempo dando senso a chi vi opera ogni giorno.*

*Di questi elementi non c'è traccia nel governo e nell' "inessenziale" Ministero della Salute ma non c'è riferimento apprezzabile neanche nelle proposte dell'opposizione.*

*Cosa serve allora per potersi presentare ai cittadini come una valida alternativa? E cosa più importante per garantire ai cittadini il diritto costituzionale e fondamentale della salute?*

### **Finanziamenti certi e sblocco delle assunzioni.**

*Si arresta la deriva del nostro SSN se si decide una volta per tutte che il finanziamento non potrà essere per legge inferiore al 7% del PIL (o misura equivalente) e se si elimina il blocco delle assunzioni consentendo il fisiologico ricambio dei lavoratori che vanno in quiescenza.*

### **Il ruolo del Ministero della Salute**

*Alla richiesta del Ministro Schillaci di incrementare il FSN di 4 miliardi il "suo principale", il ministro dell'economia Giorgetti ha risposto con un taglio di 2 miliardi.*

*Un'umiliazione che non sembra toccare minimamente il ministro Schillaci nella sua persona ma che impone a noi una riflessione sull'utilità di un ministero con tali prerogative. Le possibilità per non assistere più a questa desolante resa delle armi sono due: abolizione del ministero e suo accorpamento con altri dicasteri sciogliendo così una ambiguità intollerabile che dura da tempo, oppure attribuzione allo stesso ministero di poteri reali con la piena ed esclusiva titolarità delle risorse assegnate e veto su eventuali scostamenti dalla prevista per legge consistenza del FSN. Ovviamente noi propendiamo per questa seconda strada.*

### **La riforma della governance delle aziende sanitarie.**

*Il processo di aziendalizzazione con cui si voleva coniugare corretta gestione economica e miglioramento della qualità del servizio è miseramente fallito. Oggi 15 Regioni sono a rischio di commissariamento per disavanzo eccessivo e insufficiente rispetto della garanzia dei LEA.*

*L' aziendalizzazione, dunque, non solo non ha garantito un' efficiente gestione delle aziende ma ha contribuito a generare quella condizione di burnout che spinge medici e infermieri ad abbandonare precocemente il lavoro e a fuggire dagli ospedali.*

*Non si può lavorare infatti in un ambiente improntato all' autoritarismo che connota molte aziende sanitarie dove una gestione monocratica e insindacabile viene esercitata senza alcun rispetto del ruolo dei professionisti.*

*Un' opposizione che vuole essere credibile non può restare in silenzio e deve dire con chiarezza se ritiene ancora che l'attuale modello top-down e neo liberista di direzione aziendale sia adeguato o non si debba piuttosto procedere con estrema urgenza a una sua radicale trasformazione (consiglio di amministrazione, direzione collegiale, valorizzazione del potere decisionale di operatori e utenti)*

### **Il ruolo del personale.**

*I medici e gli infermieri non soltanto fuggono dalle strutture pubbliche e dal rapporto di impiego ma non mostrano alcuna propensione ad entrare a farvi parte. Una dolorosa inversione di tendenza rispetto a soli pochi decenni orsono quando entrare in ospedale era l' aspirazione di tutto il personale medico e sanitario. Prova ne sono i concorsi dei medici che restano deserti o le iscrizioni alle facoltà infermieristiche che calano drammaticamente. Una disaffezione che non può essere ricondotta solo a questioni di salario insufficiente ma che riguarda invece la perdita di ruolo, di status e la soddisfazione professionale. Per i primi serve un nuovo inquadramento con l'istituzione di una specifica area giuridica contrattuale e la garanzia di reale autonomia per i secondi una serie di misure incentivanti che Saverio Proia ha illustrato in diversi suoi contributi.*

### **Le cure primarie**

*Come ulteriore punto l'organizzazione delle cure primarie e la loro integrazione con il sistema ospedaliero. E' nostra convinzione che l'unica prospettiva credibile per i MMG sia il passaggio alla dipendenza e il loro inserimento nelle strutture del distretto. Un passaggio indispensabile per realizzare un vero lavoro in team e superare l'asservimento al carico burocratico crescente che impedisce ai MMG di svolgere attività assistenziale.*

*Una riforma fortemente ostacolata dai sindacati autonomi e dai membri delle istituzioni ordinistiche e previdenziali di cui i primi dispongono della gold sharing.*

*La loro è tuttavia una lotta di retroguardia per la difesa di interessi di casta che cozzano con le esigenze dei giovani medici che, alle condizioni date, si rifiutano di intraprendere tale professione e fungere da semplici portatori d' acqua. Anche su questo chi vuole rappresentare un'alternativa credibile e puntare alla salvaguardia di un Servizio Sanitario Nazionale funzionale deve rompere con le ambiguità del non detto per non inimicarsi la corporazione ed esprimere la propria posizione a favore di una nuova ricomposizione del lavoro sanitario.*

### **La deriva secessionista**

*Ultimo punto non di minore importanza riguarda la ripartizione delle competenze tra Regioni e stato centrale. È fondamentale impedire la deriva secessionista che l'autonomia regionale sottende ma è altrettanto importante uscire dalla situazione attuale in cui ogni Regione decide e più spesso non decide per proprio conto. Per rompere questo circolo vizioso di autoreferenzialità degli enti territoriali bisogna dare un nuovo ruolo alle agenzie del Ministero della salute come Agenas nella riorganizzazione dei servizi regionali a partire dalla definizione delle reti cliniche integrate vincolanti per tutte le regioni.*

*È questo per noi un passaggio fondamentale perché senza definire le reti cliniche per le principali patologie con i relativi protocolli diagnostico- terapeutici implementati nelle diverse realtà regionali è una pura illusione sperare in una integrazione tra strutture di diverso setting assistenziale e tra professionisti delle diverse professioni e profili*

### **Considerazioni finali**

*È dunque la mancanza di coraggio e di vision nell'avanzare proposte concrete che rende finora poco credibili le forze politiche che si oppongono all' attuale esecutivo e che poco hanno fatto in precedenza per impedire che si arrivasse a tal punto.*

*Un problema enorme per ha una doppia conseguenza: da un lato il SSN pubblico è ormai a un passo dalla sua estinzione; dall' altro i livelli di partecipazione democratica alla vita pubblica si riducono drasticamente. Ma cosa ancora più grave le disuguaglianze in salute crescono.*



È infatti drammaticamente evidente come il primo partito in Italia con in 40 % di consensi sia quello dei delusi che non votano per nessuno. È altrettanto evidente poi come tale partito sia progressivamente cresciuto a ogni nuova tornata elettorale

Non sta a noi spiegare le ragioni di questo drammatico rifiuto dei cittadini di partecipare alla vita pubblica e non è certo questa la sede ma di certo un ruolo importante gioca in tale fenomeno la scarsa credibilità dei partiti politici. Una scarsa credibilità che nasce dalla distanza tra quanto si promette in campagna elettorale e quanto si realizza quando si governa.

Uscire da questa condizione non è cosa facile ma di sicuro una inversione di tendenza può realizzarsi solo elaborando proposte di cambiamento coraggiose, chiare e realizzabili e che soprattutto non cercano il facile consenso.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117261](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117261)

**quotidianosanita.it**

## **Il Nobel per la Medicina a Katalin Karikó e Drew Weissman per i loro studi sul Rna che hanno permesso lo sviluppo dei vaccini Covid**

"Attraverso le loro scoperte rivoluzionarie, che hanno cambiato radicalmente la nostra comprensione di come l'mRna interagisce con il nostro sistema immunitario, i vincitori hanno contribuito al ritmo senza precedenti di sviluppo di vaccini durante una delle più grandi minacce alla salute umana dei tempi moderni", si legge nella spiegazione pubblicata sul sito dei Nobel.

**02 OTT -**

Il Premio Nobel per la Medicina 2023 è stato assegnato all'ungherese **Katalin Karikó** e all'americano **Drew Weissman** per gli studi sull'acido ribonucleico (Rna) applicati ai vaccini per la lotta al Covid.

"Attraverso le loro scoperte rivoluzionarie, che hanno cambiato radicalmente la nostra comprensione di come l'mRna interagisce con il nostro sistema immunitario, i vincitori hanno contribuito al ritmo senza precedenti di sviluppo di vaccini durante una delle più grandi minacce alla salute umana dei tempi moderni", si legge nella spiegazione pubblicata sul sito dei Nobel.

### **I vaccini prima della pandemia**

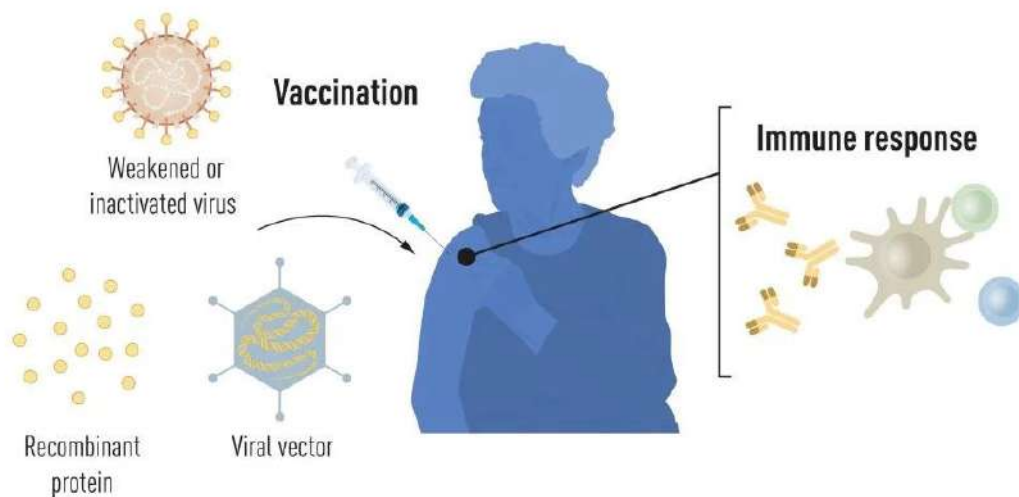
La vaccinazione stimola la formazione di una risposta immunitaria verso un particolare agente patogeno. Ciò dà al corpo un vantaggio nella lotta contro le malattie in caso di esposizione successiva. Da tempo sono disponibili vaccini basati su virus uccisi o indeboliti, come nel caso dei vaccini contro la poliomielite, il morbillo e la febbre gialla.

Nel 1951, **Max Theiler** ricevette il Premio Nobel per la Fisiologia e la Medicina per aver sviluppato il vaccino contro la febbre gialla.

Grazie ai progressi della biologia molecolare negli ultimi decenni, sono stati sviluppati vaccini basati su singoli componenti virali, piuttosto che su virus interi.

Parti del codice genetico virale, che solitamente codificano per le proteine presenti sulla superficie del virus, vengono utilizzate per produrre proteine che stimolano la formazione di anticorpi che bloccano il virus. Ne sono un esempio i vaccini contro il virus dell'epatite B e il papillomavirus umano. In alternativa, parti del codice genetico virale possono essere spostate in un virus portatore innocuo, un "vettore". Questo metodo viene utilizzato nei vaccini contro il virus Ebola. Quando vengono iniettati i vaccini vettori, la proteina virale selezionata viene prodotta nelle nostre cellule, stimolando una risposta immunitaria contro il virus bersaglio.

La produzione di vaccini a base di virus, proteine e vettori interi richiede colture cellulari su larga scala. Questo processo ad alta intensità di risorse limita le possibilità di una rapida produzione di vaccini in risposta a epidemie e pandemie. Pertanto, i ricercatori tentano da tempo di sviluppare tecnologie vaccinali indipendenti dalla coltura cellulare, ma ciò si è rivelato impegnativo.



### **Vaccini a mRNA: un'idea promettente**

Nelle nostre cellule, le informazioni genetiche codificate nel Dna vengono trasferite all'Rna messaggero (mRna), che viene utilizzato come modello per la produzione di proteine. Durante gli anni '80 furono introdotti metodi efficienti per produrre mRNA senza coltura cellulare, chiamati trascrizione in vitro. Questo passo decisivo ha accelerato lo sviluppo delle applicazioni della biologia molecolare in diversi campi. Anche l'idea di utilizzare le tecnologie dell'mRNA per scopi vaccini e terapeutici ha preso piede, ma davanti a sé si profilavano ostacoli. L'mRna trascritto in vitro era considerato instabile e difficile da fornire, richiedendo lo sviluppo di sofisticati sistemi lipidici trasportatori per incapsulare l'mRna. Inoltre, in vitro l'mRna prodotto ha dato origine a reazioni infiammatorie. L'entusiasmo per lo sviluppo della tecnologia dell'mRNA per scopi clinici è stato quindi inizialmente limitato.

Questi ostacoli non scoraggiarono la biochimica ungherese **Katalin Karikó**, che si dedicò allo sviluppo di metodi per utilizzare l'mRNA a scopo terapeutico. All'inizio degli anni '90, quando era assistente professore presso l'Università della Pennsylvania, rimase fedele alla sua visione di realizzare l'mRna come terapeutico, nonostante incontrasse difficoltà nel convincere i finanziatori della ricerca dell'importanza del suo progetto. Un nuovo collega di Karikó nella sua università era l'immunologo **Drew Weissman**. Il suo interesse era rivolto alle cellule dendritiche, che svolgono importanti funzioni nella sorveglianza immunitaria e nell'attivazione delle risposte immunitarie indotte dai vaccini. Spronata da nuove idee, presto iniziò una fruttuosa collaborazione tra i due, concentrandosi su come i diversi tipi di Rna interagiscono con il sistema immunitario.

### **La svolta**

Karikó e Weissman hanno notato che le cellule dendritiche riconoscono l'mRna trascritto in vitro come una sostanza estranea, il che porta alla loro attivazione e al rilascio di molecole di segnalazione infiammatoria.

Si chiedevano perché l'mRna trascritto in vitro fosse riconosciuto come estraneo mentre l'mRNA proveniente da cellule di mammifero non dava luogo alla stessa reazione. Karikó e Weissman si sono resi conto che alcune proprietà critiche devono distinguere i diversi tipi di mRNA.

L'Rna contiene quattro basi, abbreviate A, U, G e C, corrispondenti ad A, T, G e C nel Dna, le lettere del codice genetico. Karikó e Weissman sapevano che le basi nell'RNA delle cellule di mammifero sono spesso modificate chimicamente, mentre l'mRna trascritto in vitro non lo è. Si sono chiesti se l'assenza di basi alterate in vitro l'RNA trascritto potrebbe spiegare la reazione infiammatoria indesiderata.

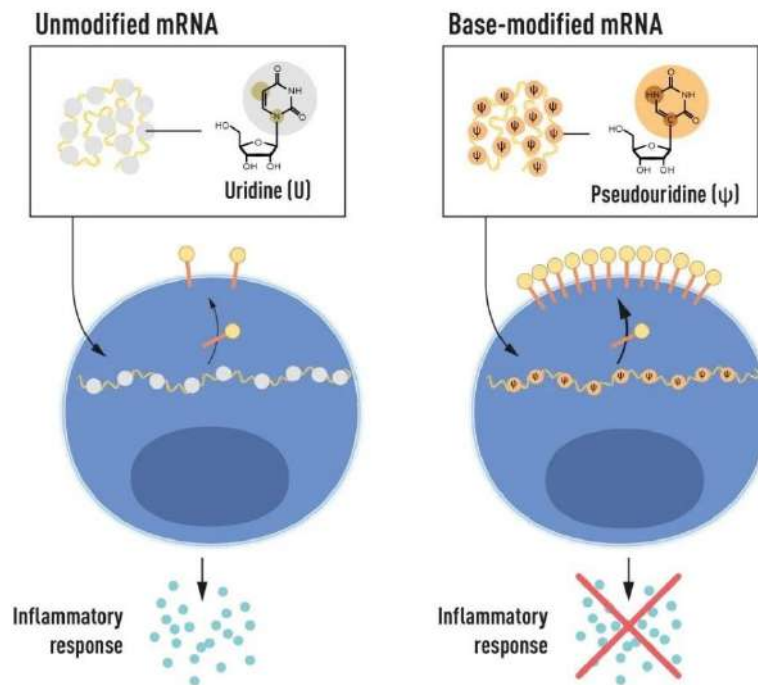
Per indagare su questo, hanno prodotto diverse varianti di mRNA, ciascuna con alterazioni chimiche uniche nelle loro basi, che hanno consegnato alle cellule dendritiche.

I risultati sono stati sorprendenti: la risposta infiammatoria è stata quasi abolita quando le modifiche delle basi sono state incluse nell'mRna.

Si è trattato di un cambiamento paradigmatico nella nostra comprensione di come le cellule riconoscono e rispondono a diverse forme di mRNA. Karikó e Weissman capirono immediatamente che la loro scoperta aveva un profondo significato per l'uso dell'mRna come terapia.

Questi risultati fondamentali sono stati pubblicati nel 2005, quindici anni prima della pandemia di Covid.

In ulteriori studi pubblicati nel 2008 e nel 2010, Karikó e Weissman hanno dimostrato che la consegna di mRNA generato con modifiche di base ha aumentato notevolmente la produzione di proteine rispetto all'mRna non modificato. L'effetto era dovuto alla ridotta attivazione di un enzima che regola la produzione delle proteine. Attraverso la scoperta che le modifiche di base riducono le risposte infiammatorie e aumentano la produzione di proteine, Karikó e Weissman hanno eliminato gli ostacoli critici sulla strada verso le applicazioni cliniche dell'mRna.



### ***I vaccini a mRNA hanno realizzato il loro potenziale***

*L'interesse per la tecnologia dell'mRNA iniziò a crescere e nel 2010 diverse aziende stavano lavorando allo sviluppo del metodo. Sono stati perseguiti i vaccini contro il virus Zika e MERS-CoV; quest'ultimo è strettamente correlato al Sars-CoV-2. Dopo lo scoppio della pandemia di Covid, due vaccini a base di mRNA modificati che codificano per la proteina di superficie Sars-CoV-2 sono stati sviluppati a velocità record. Sono stati segnalati effetti protettivi di circa il 95% ed entrambi i vaccini sono stati approvati già a dicembre 2020.*

*L'impressionante flessibilità e velocità con cui i vaccini mRNA possono essere sviluppati aprono la strada all'utilizzo della nuova piattaforma anche per vaccini contro altre malattie infettive. In futuro, la tecnologia potrebbe essere utilizzata anche per fornire proteine terapeutiche e trattare alcuni tipi di cancro.*

*Sono stati rapidamente introdotti anche diversi altri vaccini contro la Sars-CoV-2, basati su metodologie diverse, e insieme sono state somministrate più di 13 miliardi di dosi di vaccino Covid a livello globale. I vaccini hanno salvato milioni di vite e prevenuto malattie gravi in molte altre, consentendo alle società di aprirsi e tornare a condizioni normali. Attraverso le loro scoperte fondamentali sull'importanza delle modifiche di base nell'mRNA, i premi Nobel di quest'anno hanno contribuito in modo critico a questo sviluppo trasformativo durante una delle più grandi crisi sanitarie del nostro tempo.*

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=117094](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=117094)



## **Fondazione Gimbe: Ssn al capolinea, ora un patto politico e sociale per rilanciare la sanità pubblica**

**Fondazione Gimbe**

*La Fondazione GIMBE ha presentato presso la Sala Capitolare del Senato della Repubblica il [6° Rapporto sul Servizio Sanitario Nazionale](#) (Ssn): «I principi fondanti del Ssn, universalità, uguaglianza, equità – ha esordito il presidente Nino Cartabellotta – sono stati traditi. Oggi sono ben altre le parole chiave che definiscono un Ssn ormai al capolinea e condizionano la vita quotidiana delle persone, in particolare delle fasce socio-economiche meno abbienti: interminabili tempi di attesa, affollamento dei pronto soccorso, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino*

*casa, inaccettabili diseguglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria, aumento della spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure».*

*«Considerato che il progressivo indebolimento del Ssn dura da oltre 15 anni, perpetrato da parte di tutti i Governi – ha affondato Cartabellotta – non è più tempo di utilizzare il fragile terreno della sanità e i disagi della popolazione per sterili rivendicazioni politiche su chi ha sottratto più risorse al SSN. Perché stiamo inesorabilmente scivolando da un Servizio Sanitario Nazionale fondato sulla tutela di un diritto costituzionale a 21 sistemi sanitari regionali regolati dalle leggi del libero mercato. Con una frattura strutturale Nord-Sud che sta per essere normativamente legittimata dall'autonomia differenziata».*

*Richiamando il recente intervento del Presidente Meloni, secondo cui “sarebbe miope concentrare tutta la discussione sull'aumento o meno delle risorse perché bisogna confrontarsi anche su come quelle risorse vengono spese”, Cartabellotta ha condiviso che «potenzialmente ci sono ampi margini di recupero su vari ambiti: eccesso di prestazioni da medicina difensiva e domanda inappropriata, conseguenze del sotto-utilizzo di prestazioni efficaci, frodi, acquisti a costi eccessivi, complessità amministrative, inadeguato coordinamento dell'assistenza, in particolare tra ospedale e territorio. Ma il recupero di queste risorse richiede una profonda riorganizzazione del SSN, riforme di rottura, formazione dei professionisti e informazione alla popolazione sull'appropriatezza di esami diagnostici e terapie: non si tratta di risorse monetizzabili a breve termine, analogamente a quelle sottratte all'erario dall'evasione fiscale».*

*«Ecco perché a quasi 45 anni dalla legge istitutiva del SSN – ha continuato Cartabellotta – la Fondazione GIMBE invoca un patto sociale e politico che, prescindendo da ideologie partitiche e avvicendamenti di Governi, rilanci quel modello di sanità pubblica, equa e universalistica, pilastro della nostra democrazia, conquista sociale irrinunciabile e grande leva per lo sviluppo economico del Paese».*

*«Il preoccupante “stato di salute” del SSN – ha concluso Cartabellotta – impone una profonda riflessione politica: il tempo della manutenzione ordinaria per il SSN è ormai scaduto, visto che ne ha sgretolato i principi fondanti e mina il diritto costituzionale alla tutela della Salute.*

*È giunto ora il tempo delle scelte: o si avvia una stagione di coraggiose riforme e investimenti in grado di restituire al SSN la sua missione originale, oppure si ammetta apertamente che il nostro Paese non può più permettersi quel modello di SSN. In questo (non auspicabile) caso la politica non può sottrarsi dal gravoso compito di governare un rigoroso processo di privatizzazione, che ormai da anni si sta insinuando in maniera strisciante approfittando dell'indebolimento della sanità pubblica. La Fondazione GIMBE, con il Piano di Rilancio del SSN, conferma che la bussola deve rimanere sempre e comunque l'articolo 32 della Costituzione: perché se la Costituzione tutela il diritto alla salute di tutti, la sanità deve essere per tutti».*

*Il presidente ha riportato una sintesi di dati, analisi, criticità e proposte contenute nel Rapporto: dal finanziamento pubblico alla spesa sanitaria, dai Livelli Essenziali di Assistenza alle diseguglianze regionali e alla mobilità sanitaria, dal personale alla Missione Salute del PNRR, sino al Piano di Rilancio del SSN.*

**FINANZIAMENTO PUBBLICO.** *Il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) dal 2010 al 2023 è aumentato complessivamente di € 23,3 miliardi, in media € 1,94 miliardi per anno, ma con trend molti diversi tra il periodo pre-pandemico (2010-2019), pandemico (2020-2022) e post-pandemico (2023), su cui «è opportuno rifare chiarezza – ha chiosato Cartabellotta – per documentare che tutti i Governi che si sono succeduti negli ultimi 15 anni hanno tagliato e/o non investito adeguatamente in sanità» (Figura 1).*

**•2010-2019: la stagione dei tagli.** *Alla sanità pubblica sono stati sottratti oltre € 37 miliardi di cui: circa € 25 miliardi nel 2010-2015, in conseguenza di “tagli” previsti da varie manovre finalizzate al risanamento della finanza pubblica; oltre € 12 miliardi nel periodo 2015-2019, in conseguenza del “definanziamento” che ha assegnato meno risorse al SSN rispetto ai livelli programmati. In 10 anni il FSN è aumentato complessivamente di € 8,2 miliardi, crescendo in media dello 0,9% annuo, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,15%).*

**•2020-2022: la stagione della pandemia.** *Il FSN è aumentato complessivamente di € 11,2 miliardi, crescendo in media del 3,4% annuo. Tuttavia, questo netto rilancio del finanziamento pubblico è stato di fatto assorbito dai costi della pandemia COVID-19, non ha consentito rafforzamenti strutturali del SSN ed è stato insufficiente a tenere in ordine i bilanci delle Regioni.*

**•2023-2026: il presente e il futuro prossimo.** *La Legge di Bilancio 2023 ha incrementato il FSN per gli anni 2023, 2024 e 2025, rispettivamente di € 2.150 milioni, € 2.300 milioni e € 2.600 milioni. Nel 2023 € 1.400 milioni sono stati destinati alla copertura dei maggiori costi energetici. Dal punto di vista previsionale, nella Nota di Aggiornamento del DEF 2023, approvata lo scorso 27 settembre, il rapporto spesa sanitaria/PIL precipita dal 6,6% del 2023 al 6,2% nel 2024 e nel 2025, e poi ancora al 6,1% nel 2026. In termini assoluti, nel triennio 2024-2026 si stima un incremento della spesa sanitaria di soli € 4.238 milioni (+1,1%).*

*Da rilevare che nel 2022 e nel 2023 l'aumento percentuale del FSN è stato inferiore a quello dell'inflazione: nel 2022 l'incremento del FSN è stato del 2,9% a fronte di una inflazione dell'8,1%, mentre nel 2023 l'inflazione al 30 settembre acquisita dall'ISTAT è del 5,7% a fronte di un aumento del FSN del 2,8% (Figura 2).*



**SPESA SANITARIA.** La spesa sanitaria totale (sistema ISTAT-SHA) per il 2022 è pari a € 171.867 milioni di cui € 130.364 milioni di spesa pubblica (75,9%), € 36.835 milioni di spesa out-of-pocket (21,4%), ovvero a carico delle famiglie e € 4.668 milioni di spesa intermediata da fondi sanitari e assicurazioni (2,7%) (Figura 3). La spesa sanitaria pubblica del nostro Paese nel 2022 si attesta al 6,8% del PIL, sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media OCSE (7,1%) che alla media europea (7,1%). Il gap con la media dei paesi europei dell'area OCSE è di \$ 873 pro-capite (\$ 873, pari a € 829) (Figura 4) che, tenendo conto di una popolazione residente ISTAT al 1° gennaio 2023 di oltre 58,8 milioni di abitanti, per l'anno 2022 corrisponde ad un gap di quasi \$ 51,4 miliardi, pari a € 48,8 miliardi. Il progressivo aumento del gap della spesa sanitaria con la media dei paesi europei è perfettamente in linea con l'entità del defianziamento pubblico relativo al decennio 2010-2019, ma poi si è sorprendentemente ampliato nel triennio 2020-2022 durante l'emergenza pandemica. Complessivamente, rispetto alla media dei paesi europei, nel periodo 2010-2022 la spesa sanitaria pubblica italiana è stata inferiore di \$ 363 miliardi (pari a € 345 miliardi) (Figura 5). E, per colmare il divario pro-capite con la media dei paesi europei attestato nel 2022 (\$ 873, pari a € 829), al 2030 si stima un incremento totale di \$ 122 miliardi (pari a € 115,9 miliardi), ovvero a partire dal 2023 un finanziamento costante di \$ 15,25 miliardi, pari a € 14,49 miliardi per anno (Figura 6). «Se queste cifre da un lato sono palesemente irraggiungibili per la nostra finanza pubblica – ha commentato Cartabellotta – dall'altro forniscono la dimensione di quanto tutti i Governi abbiano utilizzato la spesa sanitaria come un bancomat, dirottando le risorse su altre priorità mirate a soddisfare il proprio elettorato. Considerando sempre la spesa sanitaria come un costo e mai come un investimento e ignorando che la salute e il benessere della popolazione condizionano la crescita del PIL».

**LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** L'obiettivo dichiarato di "continuo aggiornamento dei LEA, con proposta di esclusione di prestazioni, servizi o attività divenuti obsoleti e di inclusione di prestazioni innovative ed efficaci, al fine di mantenere allineati i LEA all'evoluzione delle conoscenze scientifiche" non è mai stato raggiunto. Il ritardo di oltre 6 anni e mezzo nell'approvazione del Decreto Tariffe ha reso impossibile sia ratificare i 29 aggiornamenti proposti dalla Commissione LEA, sia l'esigibilità delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e di protesica inserite nei "nuovi LEA". Queste ultime, ha spiegato il Presidente «nonostante la pubblicazione del DM Tariffe il 4 agosto 2023, rimarranno ancora in stand-by sino al 1° gennaio 2024 per la specialistica ambulatoriale e al 1° aprile 2024 per l'assistenza protesica». La sezione sul monitoraggio dei LEA analizza in dettaglio l'adempimento al mantenimento dei LEA, effettuata con la "griglia LEA" per il periodo 2010-2019 e tramite il Nuovo Sistema di Garanzia per gli anni 2020-2021. Tutte le analisi confermano una vera e propria "frattura strutturale" tra Nord e Sud: negli adempimenti cumulativi 2010-2019 nessuna Regione meridionale si posiziona tra le prime 10.

Nel 2020 l'unica Regione del sud tra le 11 adempienti è la Puglia; nel 2021 delle 14 adempienti solo 3 sono del Sud: Abruzzo, Puglia e Basilicata (Figura 7).

Sia nel 2020 che nel 2021 le Regioni meridionali sono ultime tra quelle adempienti. Il focus sulla mobilità sanitaria documenta che i flussi economici scorrono prevalentemente da Sud a Nord: in particolare nel 2020, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto "cubano" complessivamente il 94,1% del saldo di mobilità attiva.

**REGIONALISMO DIFFERENZIATO.** La "frattura strutturale" tra Nord e Sud compromette l'equità di accesso ai servizi sanitari e gli esiti di salute e alimenta un imponente flusso di mobilità sanitaria dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali. Di conseguenza, l'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare le disuguaglianze registrate già con la semplice competenza concorrente in tema di tutela della salute. «Ecco perché – ha ribadito Cartabellotta – in audizione presso la 1a Commissione Affari Costituzionali del Senato della Repubblica abbiamo proposto di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie, perché l'autonomia differenziata in sanità legittimerebbe normativamente il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute».

**PERSONALE DIPENDENTE.** «Le fonti disponibili – spiega Cartabellotta – non permettono di analizzare in maniera univoca, sistematica e aggiornata la reale "forza lavoro" del SSN impegnata nell'erogazione dei LEA. Inoltre, i dati relativi al 2021 verosimilmente sottostimano la carenza di personale, in conseguenza di licenziamenti volontari e pensionamenti anticipati negli anni 2022-2023. Ancora, le differenze regionali sono molto rilevanti, in particolare per il personale infermieristico, maggiormente sacrificato nelle Regioni in Piano di rientro. Infine, i benchmark internazionali relativi a medici e infermieri collocano il nostro Paese poco sopra la media OCSE per i medici e molto al di sotto per il personale infermieristico, restituendo di conseguenza un rapporto infermieri/medici tra i più bassi d'Europa».

• **Medici.** Nel 2021 sono 124.506 i medici che lavorano nelle strutture sanitarie: 102.491 dipendenti del SSN e 22.015 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 2,11 medici per 1.000 abitanti, con un range che varia dagli 1,84 di Campania e Veneto a 2,56 della Toscana con un gap del 39,1% (Figura 8). L'Italia si colloca sopra la media OCSE (4,1 vs 3,7 medici per 1.000 abitanti), ma con un gap un rilevante tra i medici attivi e quelli in quota al SSN.

• **Infermieri.** Nel 2021 sono 298.597 gli infermieri che lavorano nelle strutture sanitarie: 264.768 dipendenti del SSN e 33.829 dipendenti delle strutture equiparate al SSN. La media nazionale è di 5,06 per 1.000 abitanti, con un range che



varia dai 3,59 della Campania ai 6,72 del Friuli Venezia Giulia con un gap dell'87,2% (Figura 9). L'Italia si colloca ben al di sotto della media OCSE (6,2 vs 9,9 per 1.000 abitanti).

•**Rapporto infermieri/medici.** Nel 2021 il rapporto nazionale infermieri/medici tra il personale dipendente è di 2,4, con un range che varia dagli 1,83 della Sicilia ai 3,3 della Provincia autonoma di Bolzano, con un gap dell'80,3%. (Figura 10). Fatta eccezione per il Molise, le Regioni in Piano di rientro si trovano tutte sotto la media nazionale, dimostrando che le restrizioni di personale hanno colpito più il personale infermieristico che quello medico. L'Italia si colloca molto al di sotto della media OCSE (1,5 vs 2,7) per rapporto infermieri/medici, in Europa davanti solo a Spagna (1,4) e Lettonia (1,2).

## **PNRR MISSIONE SALUTE**

•**Criticità di implementazione.** Sono in larga parte relative alla riorganizzazione prevista dal DM 77/2022: dalle differenze regionali (modelli organizzativi dell'assistenza territoriale, dotazione iniziale di case di comunità e ospedali di comunità, percentuale di over 65 in assistenza domiciliare nel 2019, attuazione del fascicolo sanitario elettronico) al fabbisogno di personale per il potenziamento dell'assistenza territoriale; dalle modalità di coinvolgimento di medici e pediatri di famiglia alla carenza di personale infermieristico; dagli ostacoli all'attuazione della telemedicina al carico amministrativo di Regioni e Aziende sanitarie.

•**Stato di attuazione.** I target europei sono stati tutti raggiunti entro le scadenze fissate. Dei target italiani, che rappresentano scadenze intermedie, relativi al 2023 sono state differite le scadenze per 1 milestone e 7 target. Rispetto allo stato di avanzamento sulle strutture da realizzare, secondo il monitoraggio Agenas al 30 giugno 2023 sono funzionalmente attive 187/1.430 Case di Comunità, 77/611 Centrali Operative Territoriali e 76/434 Ospedali di Comunità. «Complessivamente – ha commentato il Presidente – il monitoraggio conferma il netto ritardo delle Regioni del Sud».

•**Proposte di rimodulazione.** Vengono sintetizzate e valutate le proposte di rimodulazione del PNRR presentate il 27 luglio 2023 alla Commissione Europea (attualmente non ancora ratificate) in ragione dell'aumento dei costi dell'investimento e/o dei tempi di attuazione oltre che dei ritardi nelle forniture e delle difficoltà legate all'approvvigionamento di materie prime. Complessivamente si propone di espungere 414 Case di Comunità, 76 Centrali Operative Territoriali, 96 ospedali di Comunità e 22 interventi di anti-sismica. Vengono anche richiesti tre differimenti temporali delle scadenze: 6 mesi per le Centrali Operative Territoriali, 12 mesi per il target delle persone assistite in ADI con strumenti di telemedicina e per l'ammodernamento parco tecnologico e digitale ospedaliero. «Le analisi effettuate sulle proposte di rimodulazione – ha commentato Cartabellotta – rilevano alcune criticità: in particolare sembra poco realistica la possibilità di finanziare le strutture espunte con i fondi per la ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico (ex. art. 20) non spesi dalle Regioni».

«Se è certo che la Missione Salute del PNRR rappresenta una grande opportunità per potenziare il SSN – ha sottolineato Cartabellotta – la sua attuazione deve essere sostenuta da azioni politiche. Innanzitutto, per attuare il DM 77 bisogna mettere in campo coraggiose riforme di sistema, finalizzate in particolare a ridisegnare ruolo e responsabilità dei medici di famiglia e facilitare l'integrazione con l'infermiere di famiglia; in secondo luogo, servono investimenti certi e vincolati per il personale sanitario dal 2027, oltre che un'adeguata rivalutazione del fabbisogno di personale infermieristico; infine, occorre una rigorosa governance delle Regioni per colmare i gap esistenti. Ma soprattutto la politica, oltre a credere nell'impianto della Missione Salute, deve inserirlo in un quadro di rafforzamento complessivo del SSN: altrimenti indebiteremo le generazioni future per finanziare solo un costoso "lifting" del SSN».

La Fondazione GIMBE ha da sempre ribadito che, se da un lato non esiste un piano occulto di smantellamento e privatizzazione del SSN, dall'altro manca un esplicito programma politico per il suo potenziamento. Al fine di orientare le decisioni politiche, il Rapporto contiene il Piano di rilancio del Servizio Sanitario Nazionale, «finalizzato – spiega Cartabellotta – all'attuazione di riforme e innovazioni di rottura per il rilancio definitivo di un pilastro fondante della nostra democrazia».

•**LA SALUTE IN TUTTE LE POLITICHE.** Mettere la salute al centro di tutte le decisioni politiche non solo sanitarie, ma anche ambientali, industriali, sociali, economiche e fiscali (health in all).

•**APPROCCIO ONE HEALTH.** Attuare un approccio integrato alla gestione della salute, perché la salute dell'uomo, degli animali, delle piante e dell'ambiente, ecosistemi inclusi, sono strettamente interdipendenti.

•**GOVERNANCE STATO-REGIONI.** Rafforzare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, nel rispetto delle loro autonomie, per ridurre diseguaglianze, iniquità e sprechi.

•**FINANZIAMENTO PUBBLICO.** Rilanciare il finanziamento pubblico per la sanità in maniera consistente e stabile, al fine di allinearla alla media dei paesi europei.

• **LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.** *Garantire l'uniforme esigibilità dei LEA in tutto il territorio nazionale, il loro aggiornamento continuo e rigoroso monitoraggio, al fine di ridurre le diseguaglianze e rendere rapidamente accessibili le innovazioni.*

• **PROGRAMMAZIONE, ORGANIZZAZIONE E INTEGRAZIONE DEI SERVIZI SANITARI E SOCIO-SANITARI.** *Programmare l'offerta di servizi sanitari in relazione ai bisogni di salute della popolazione e renderla disponibile tramite reti integrate che condividono percorsi assistenziali, tecnologie e risorse umane, al fine di superare la dicotomia ospedale-territorio e quella tra assistenza sanitaria e sociale.*

• **PERSONALE SANITARIO.** *Rilanciare le politiche sul capitale umano in sanità: investire sul personale sanitario, programmare adeguatamente il fabbisogno di medici, specialisti e altri professionisti sanitari, riformare i processi di formazione e valutazione delle competenze, al fine di valorizzare e motivare la colonna portante del SSN.*

• **SPRECHI E INEFFICIENZE.** *Ridurre gli sprechi e le inefficienze che si annidano a livello politico, organizzativo e professionale, al fine di reinvestire le risorse recuperate in servizi essenziali e vere innovazioni, aumentando il value della spesa sanitaria.*

• **RAPPORTO PUBBLICO-PRIVATO.** *Disciplinare l'integrazione pubblico-privato secondo i reali bisogni di salute della popolazione e regolamentare la libera professione per evitare diseguaglianze e iniquità di accesso.*

• **SANITÀ INTEGRATIVA.** *Avviare un riordino legislativo della sanità integrativa al fine di arginare fenomeni di privatizzazione, aumento delle diseguaglianze, derive consumistiche ed erosione di risorse pubbliche.*

• **TICKET E DETRAZIONI FISCALI.** *Rimodulare ticket e detrazioni fiscali per le spese sanitarie, secondo principi di equità sociale e prove di efficacia di farmaci e prestazioni, al fine di evitare sprechi di denaro pubblico e ridurre il consumismo sanitario.*

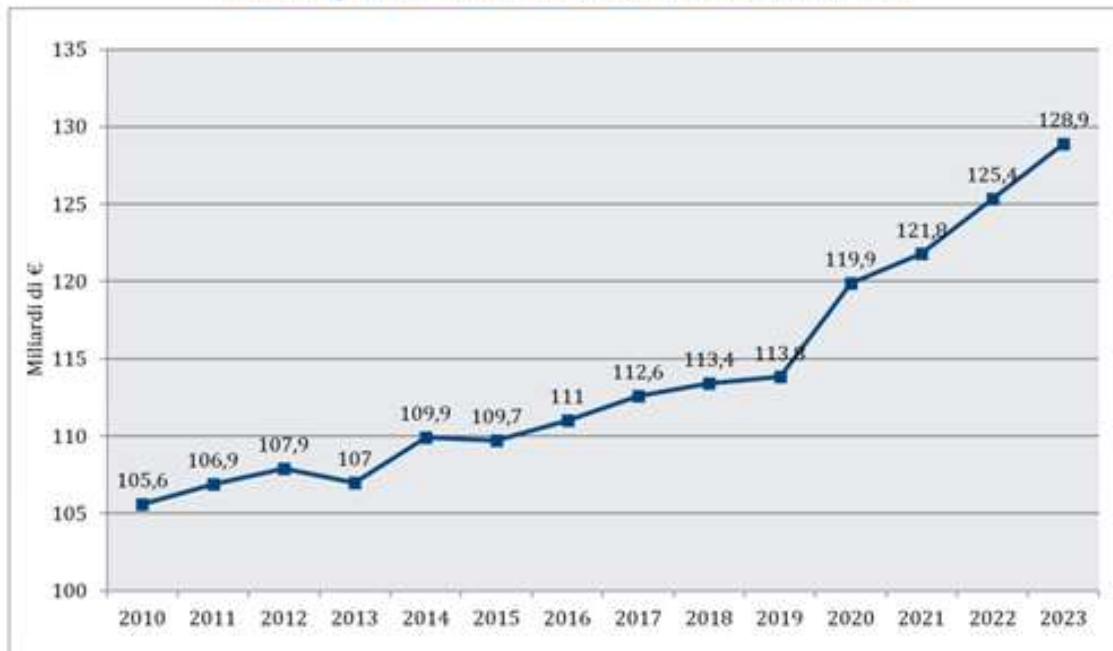
• **TRANSIZIONE DIGITALE.** *Diffondere la cultura digitale e promuovere le competenze tecniche tra professionisti sanitari e cittadini, al fine di massimizzare le potenzialità delle tecnologie digitali e di migliorare accessibilità ed efficienza in sanità e minimizzare le diseguaglianze.*

• **INFORMAZIONE AI CITTADINI.** *Potenziare l'informazione istituzionale basata sulle migliori evidenze scientifiche, al fine di promuovere sani stili di vita, ridurre il consumismo sanitario, aumentare l'alfabetizzazione sanitaria della popolazione, contrastare le fake news e favorire decisioni informate sulla salute.*

• **RICERCA SANITARIA.** *Destinare alla ricerca clinica indipendente e alla ricerca sui servizi sanitari un importo pari ad almeno il 2% del fabbisogno sanitario nazionale standard, al fine di produrre evidenze scientifiche per informare scelte e investimenti del SSN.*

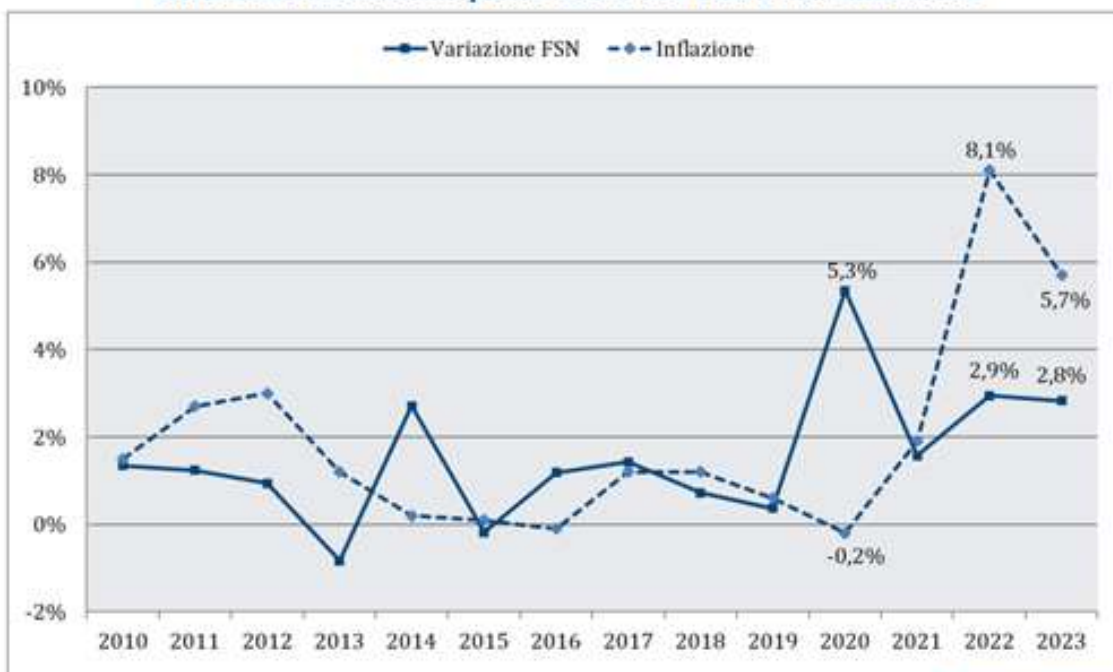
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-10/gimbe-ssn-capolinea-ora-patto-politico-e-sociale-rilanciare-sanita-pubblica-094240.php?uuid=AFu2qnBB&cmpid=nlqf>

**Figura 1**  
**Fabbisogno Sanitario Nazionale: trend 2010-2023**



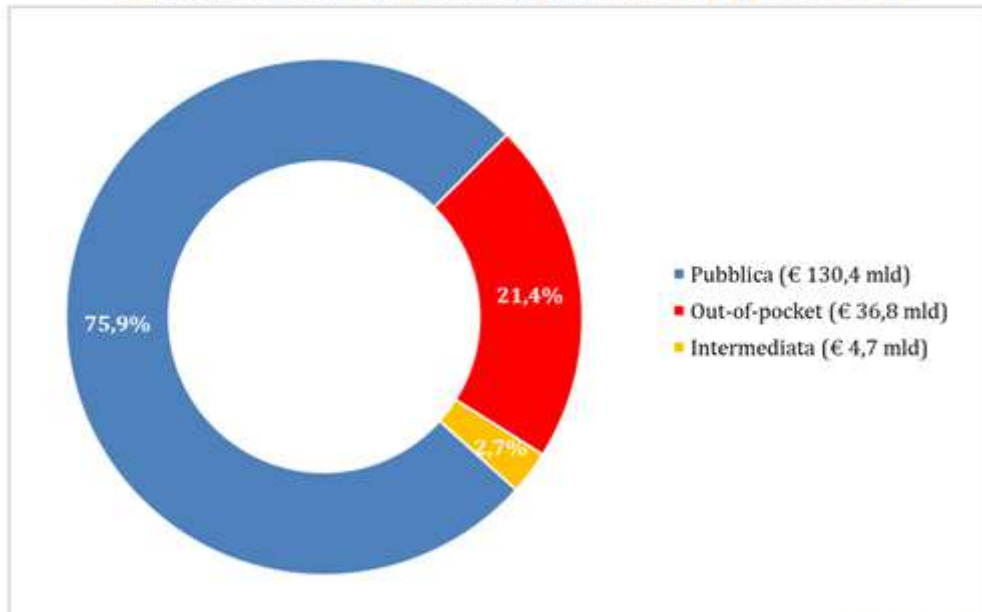
**GIMBE**  
 EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 2**  
**2010-2023: variazione percentuale del FSN e dell'inflazione**



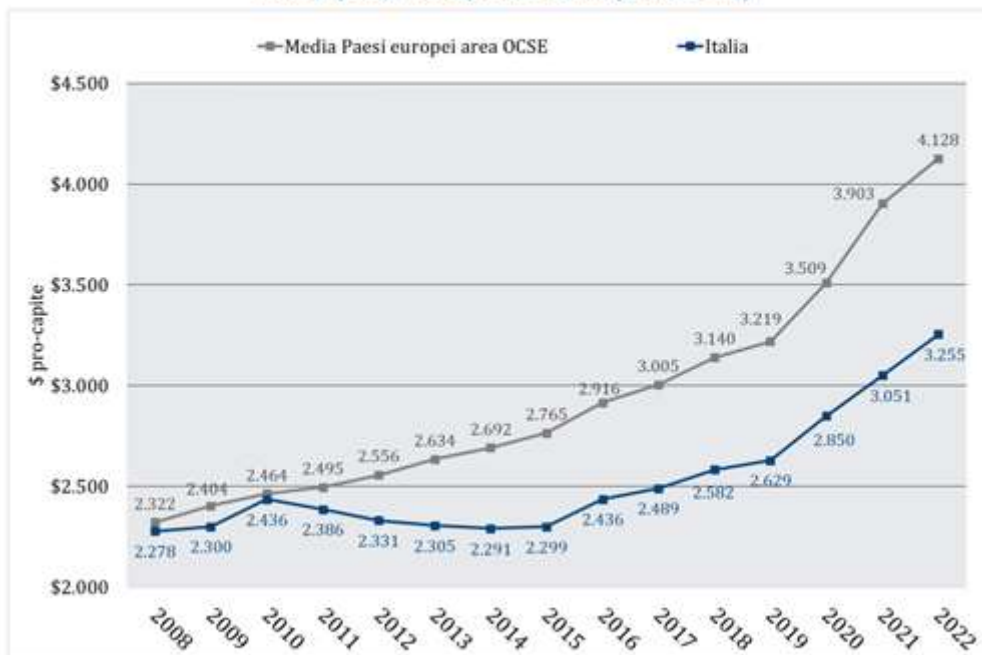
**GIMBE**  
 EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 3**  
**Composizione della spesa sanitaria (dati ISTAT-SHA, anno 2022)**



**GIMBE**  
 EVIDENCE FOR HEALTH

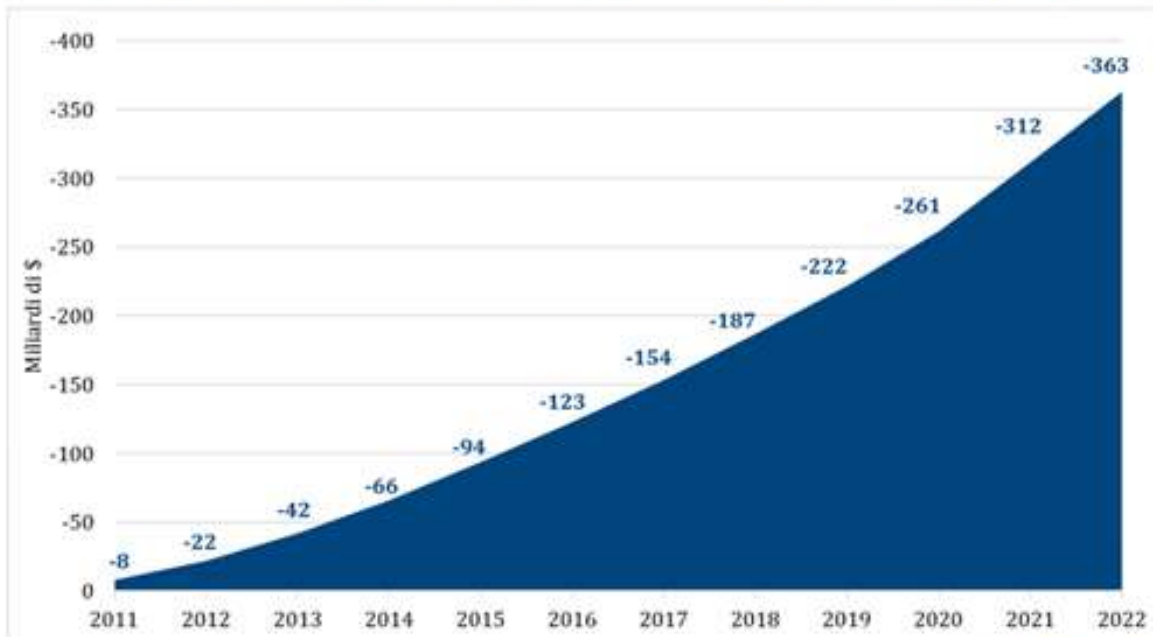
**Figura 4**  
**Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022:**  
**media paesi europei vs Italia (dati OCSE)**



**GIMBE**  
 EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 5**

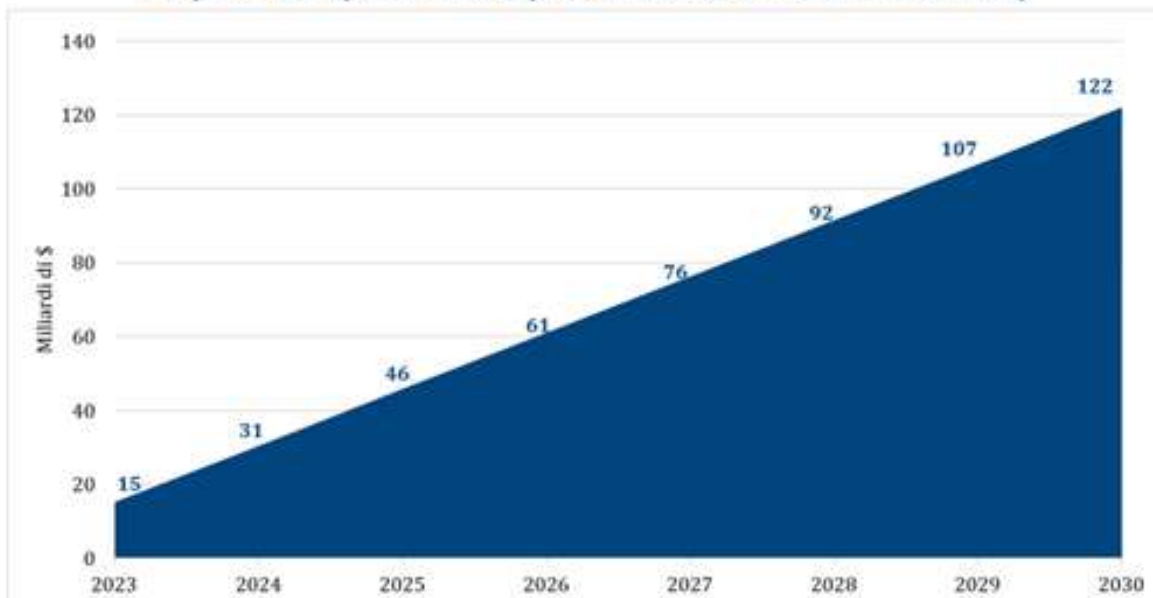
**Gap cumulativo della spesa sanitaria pubblica totale 2011-2022 dell'Italia vs media paesi europei (elaborazione GIMBE su dati OCSE)**



**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 6**

**Spesa sanitaria pubblica totale necessaria per colmare il gap con la media dei paesi europei nel 2030 (elaborazione GIMBE su dati OCSE)**

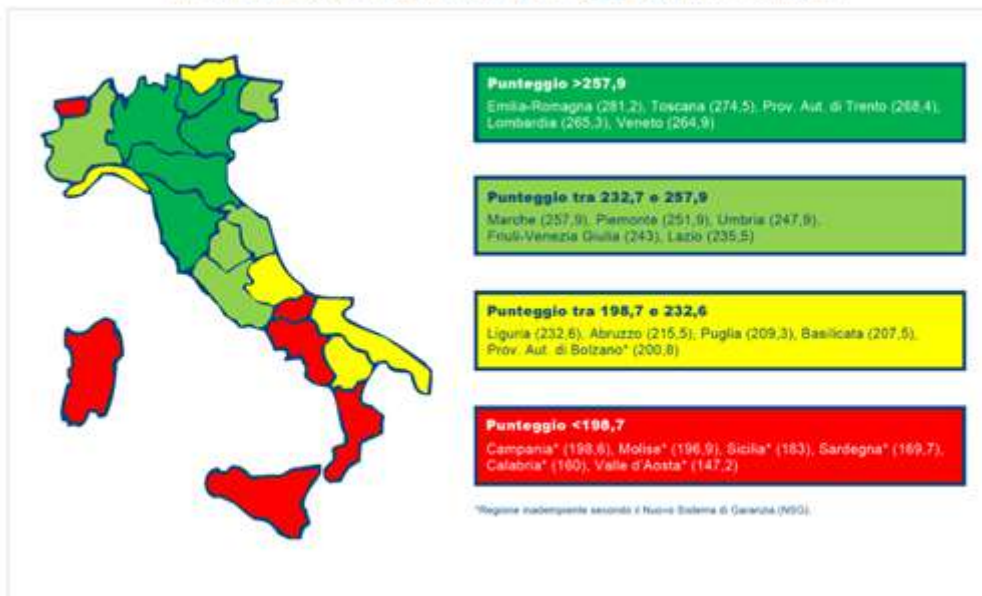


**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH



**Figura 7**

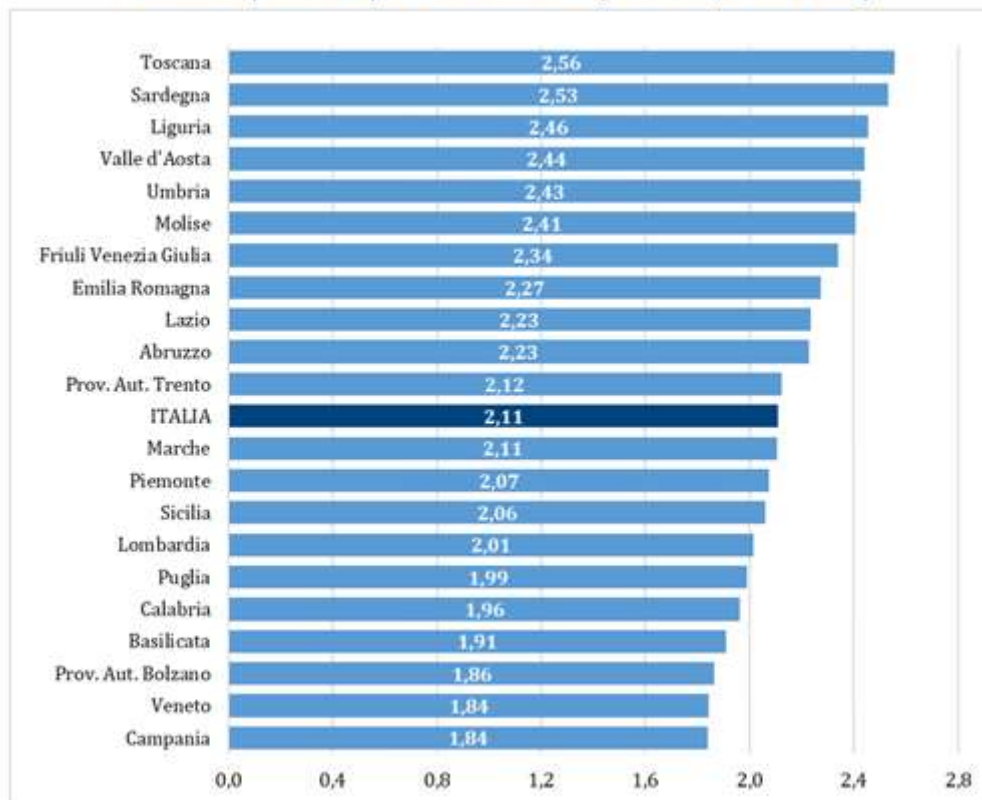
**Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2021**



**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

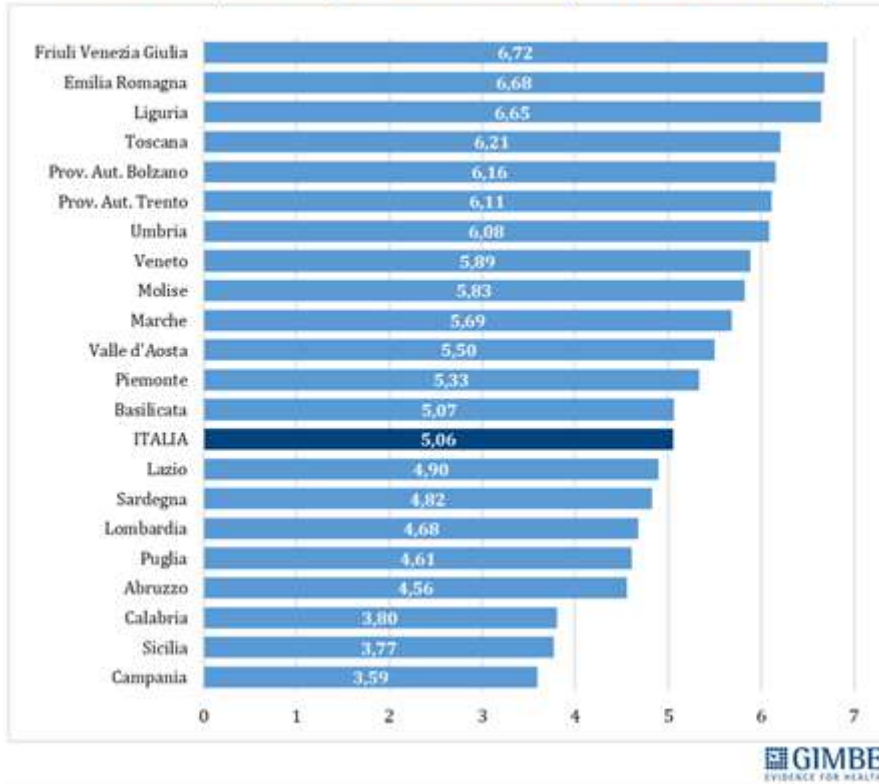
**Figura 8**

**Medici dipendenti per 1.000 abitanti (dati MdS, anno 2021)**

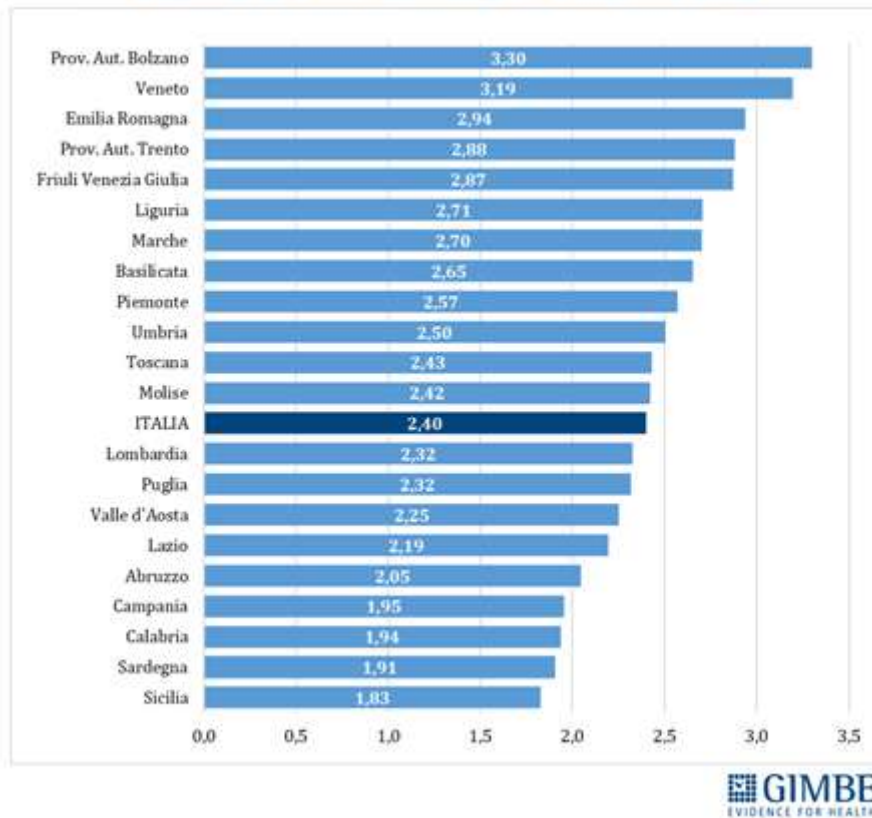


**GIMBE**  
EVIDENCE FOR HEALTH

**Figura 9**  
**Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti (dati MdS, anno 2021)**



**Figura 10**  
**Rapporto infermieri/medici (dati MdS, anno 2021)**



## Italia vs Svizzera

Fred Paccaud, *Unisanté et Faculté de biologie et médecine, Lausanne*

Gavino Maciocco, *Dipartimento di Scienze della Salute, Università di Firenze*

*Italia e Svizzera, pur così differenti nel modello di sistema sanitario e nella disponibilità di risorse destinate alla sanità, condividono una condizione che da tempo affligge gran parte dei sistemi sanitari: la crescita delle diseguaglianze su base socio-economica, geografica e spesso anche razziale. Italia e Svizzera, paesi vicini e confinanti, nel campo della salute e dell'assistenza sanitaria registrano alcune affinità e grandi differenze.*

### Le affinità

*Le affinità riguardano soprattutto lo stato di salute delle rispettive popolazioni. In entrambi i paesi infatti la maggior parte degli indicatori di salute è favorevole, e generalmente migliore della media dei paesi OCSE.*

*La speranza di vita alla nascita è, in Italia e in Svizzera, superiore alla media OCSE: per 38 Paesi il valore medio è di 81 anni, contro gli 83 dell'Italia e gli 84 della Svizzera. L'aspettativa di vita a 60 anni è leggermente più alta in Svizzera che in Italia, e la differenza tra i sessi (circa quattro anni) è identica.*

*La Tabella 1 suggerisce anche che il miglioramento è possibile, come stimato dal numero di potenziali anni di vita persi prima dei 75 anni o per mortalità evitabile. Le analisi mostrano che gran parte della mortalità precoce è legata a due determinanti modificabili, ossia l'alcol e il tabacco (1).*

*La buona salute della popolazione italiana è spesso attribuita ad abitudini alimentari virtuose, come la dieta mediterranea. Le migrazioni europee dal Sud al Nord hanno modificato favorevolmente la dieta delle regioni di immigrazione, Svizzera compresa.*

*Questa influenza è tanto più verosimile in quanto, dopo il 1945, l'emigrazione italiana proveniva principalmente dall'Italia meridionale, la cui alimentazione sembra particolarmente virtuosa. La salute della popolazione residente in Svizzera avrebbe potuto beneficiare di un "healthy migrant effect", ovvero un migliore stato di salute selettivo (non dovuto soltanto alla dieta) per i migranti di prima generazione.*

La Tabella 1 presenta alcuni di questi indicatori.

Tabella 1. Indicatori di salute (2017-2020)

	Italia	Svizzera
Speranza di vita alla nascita (popolazione, anno)	82.9	84
Speranza di vita a 60 anni (popolazione, donne, anno)	26.1	26.7
Speranza di vita a 60 anni (popolazione, uomini, anno),	22.4	23.5
Anni potenziali di vita perduti ( $\leq 75$ anni, /100'000 popolazione)	3191 (2017)	2836 (2020)
Mortalità evitabile (/100'000 popolazione)	91 (2017)	84 (2020)
Tabagismo (% popolazione > 15anni, fumo quotidiano)	18.8 (2017)	19.1 (2017)
Alcool (litri/persona, > 15anni)	7.7 (2020)	8.9 (2020)

**Anni potenziali di vita perduta** : Tutte le morti avvenute in un determinato anno di vita prima dei 75 anni, moltiplicate per gli anni che mancano a 75 anni, che viene considerata l'età al di sotto della quale viene, convenzionalmente, considerata prematura.

**Mortalità evitabile** : Cause di morte che potrebbero essere evitate con tempestivi ed efficaci interventi sanitari.

La Tabella 2 presenta la percentuale della popolazione che si percepisce in buona/ottima salute. Questa proporzione è generalmente elevata nelle popolazioni italiane e svizzere.

Da notare la differenza di 10 punti tra Italia e Svizzera (rispettivamente 73% vs. 83%). Consideriamo anche il gradiente sociale dell'autopercezione della salute, stimato qui dal gradiente di reddito. Questo gradiente è presente in entrambi i paesi. È più marcato in Svizzera che in Italia: la quota di "percezione dello stato di salute" passa dal 70% all'80% dal primo all'ultimo quintile in Italia, dal 73% al 90% in Svizzera.

Tabella 2. Percezione dello stato di salute (2019-2020)

	Italia	Svizzera
Percezione dello stato di salute : buono/molto buono (%popolazione, >15anni)	73	83
Percezione dello stato di salute : buono/molto buono (%popolazione, >15anni), Primo quintile del reddito (= redditi modesti)	70	73
Percezione dello stato di salute : buono/molto buono (%popolazione, >15anni), Quinto quintile del reddito (= redditi elevati)	80	91

Le differenze, in certi casi gli enormi divari, riguardano la sanità sia per quanto riguarda il modello di sistema sanitario che per quanto concerne le risorse a disposizione di questo.

Le differenze di modello

Il modello italiano, nato con la riforma del 1978, è universalistico, finanziato dalla fiscalità generale e governato dallo Stato e dalle Regioni.

Il modello svizzero è mutualistico, finanziato dai premi versati dalle famiglie alle 60 casse-malattia autorizzate (leggi anche qui).

Queste operano come mutue, escludendo quindi qualsiasi profitto. L'assicurazione sanitaria di base è obbligatoria. Alla fine di ogni anno, tra le casse-malattia, i 26 Cantoni e la Confederazione viene negoziato l'importo dei premi per l'anno successivo.

Questi premi dell'assicurazione di base dipendono dal cantone di residenza dell'assicurato (2). Il premio annuo medio è di CHF 3760 (€ 3904), da CHF 2563 (€ 2661) (Appenzel Interno) a CHF 4915 (€ 5103) (Basilea-Città). Questa disparità inter-cantonale fa parte della cultura politica svizzera che favorisce la gestione locale e decentrata.

Oltre alle disparità geografiche, il finanziamento in Svizzera è socialmente iniquo: i premi sono regressivi perché indipendenti dal reddito familiare. È in atto un parziale riequilibrio: i Cantoni finanziano una riduzione dei premi per gli assicurati sotto un certo livello di reddito. Nonostante ciò, la capacità di pagare delle famiglie a basso e medio reddito sta raggiungendo i suoi limiti, come evidenziato da diversi segnali. Ad esempio, il 5,2% della popolazione residente (>16 anni) ha rinunciato a consultare un medico o un dentista per motivi economici (3). Queste disparità e disuguaglianze rendono difficile, se non caotico, governare il sistema. La pubblicazione dell'ammontare dei premi assicurativi provoca un vero e proprio psicodramma annuale.

Sono stati sviluppati nuovi prodotti assicurativi, tra cui franchising, gatekeeper e sistemi assicurativi complementari. Questi nuovi prodotti assicurativi aumentano la copertura assicurativa per i servizi non coperti dall'assicurazione sanitaria di base (come, ad esempio, certe medicine complementari) o riducono il prezzo dell'assicurazione di base.

### Le differenze di risorse

La Tabella 3 mostra chiaramente l'enorme divario nella disponibilità di risorse tra Italia e Svizzera: ad esempio la spesa sanitaria pro-capite italiana (4.290 US\$) è quasi la metà di quella svizzera (8.049 US\$), che nel mondo è seconda solo a quella USA (12.197 US\$).

Tabella 3. Le risorse (Dati OCSE 2022)

	Italia	Svizzera
Spesa sanitaria totale come % del PIL	9,0	11,3
Spesa sanitaria pubblica (o da assicurazioni sociali) come % del PIL	6,8	7,8
Spesa sanitaria totale pro-capite in \$ PPP	4.290	8.049
Spesa sanitaria out-of-pocket pro-capite in \$ PPP	919	1.688
Numero di posti letto per 1000 abitanti	3,12	4,43
Numero di infermieri per 1000 abitanti	6,2	18,3

Il Servizio sanitario italiano è da anni che soffre di un costante processo di de-finanziamento che ha determinato una forte riduzione del personale e dei posti letto, ha ridotto nettamente l'offerta pubblica, ha prodotto un estenuante allungamento dei tempi di attesa e, di conseguenza, ha alimentato il ricorso al settore privato (che negli ultimi anni si è notevolmente espanso, insieme al mercato assicurativo privato).

In tutto ciò c'è un'affinità con la Svizzera: in Italia è alta la percentuale di persone che rinunciano a curarsi o ritardano i tempi di una cura per motivi economici.

La Svizzera è ricca di risorse (talora usate anche in eccesso e inappropriatamente) (4). e non conosce il fenomeno delle liste di attesa. Ha un numero di posti letto del 30% superiore a quello italiano, e il numero di infermieri per 1000 abitanti

è supera di tre volte quello italiano (18,3 vs 6,2). Anche per questo i livelli di mortalità da COVID-19 in Svizzera sono stati la metà rispetto a quelli italiani (1608 vs 3247 decessi x milione di ab.).

La “ricchezza” della Svizzera, e gli alti stipendi dei professionisti, sono un formidabile fattore di attrazione che consente al sistema sanitario di non registrare la carenza di personale di cui è afflitta gran parte dei paesi europei.

Nel 2020 un terzo dei medici che esercitano in Svizzera si è formato all'estero (5). I paesi di origine dei medici migranti in Svizzera sono la Germania (20% dei medici immigrati) e l'Italia (4%).

Le proporzioni sono più o meno le stesse per gli infermieri. Lo stipendio netto di un infermiere italiano che va a lavorare in Svizzera è intorno ai 3.300 euro (il doppio che in Italia).

## **Conclusioni**

Italia e Svizzera, pur così differenti nel modello di sistema sanitario e nella disponibilità di risorse destinate alla sanità, condividono una condizione che da tempo affligge gran parte dei sistemi sanitari: la crescita delle disuguaglianze su base socio-economica, geografica e spesso anche razziale.

E anche la grande disponibilità di risorse sanitarie non garantisce nemmeno una proporzionale crescita della speranza di vita alla nascita, come dimostra la situazione degli USA da alcuni anni alle prese con una costante riduzione della longevità della sua popolazione provocata da vari fattori come l'incredibile, letale epidemia da oppioidi, ma soprattutto dalla devastante diffusione di malattie croniche (a partire dai determinanti modificabili come l'obesità) che colpisce soprattutto le fasce più povere della popolazione (in primis gli afro-americani).

La salute basata sul mercato – più attenta ai profitti che alle persone, più interessata alla produzione di prestazioni che alla cura, alla presa in carico – genera ovunque disuguaglianze e penalizza i gruppi più vulnerabili della popolazione: i poveri, gli anziani (ma anche i giovani, come abbiamo visto durante la pandemia) e i pazienti con problemi di salute mentale.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/italia-vs-svizzera/>

**quotidianosanita.it**

## **Aborto: prosegue il calo.**

**“Nel 2021 effettuati 63.653 interventi (-4,2% rispetto al 2020). Ginecologi obiettori sono il 63,6%”. Schillaci: “Eventuali problemi sono di organizzazione e non sono dovuti al personale obiettore”**

**È quanto emerge dalla nuova Relazione al Parlamento curata dal Ministero della Salute sull'applicazione della Legge 194/78. Nel 2021 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree geografiche. Sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni. Aborto farmacologico si conferma il più utilizzato.**

**06 OTT -**

È stata trasmessa al Parlamento, il 12 settembre 2023, la [Relazione contenente i dati 2021 sull'attuazione della L.194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza](#) (IVG).

I dati vengono raccolti grazie al Sistema di Sorveglianza Epidemiologica delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG), attivo in Italia dal 1980 e vede impegnati il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'Istat, le Regioni e le due Province Autonome. Il monitoraggio avviene a partire dai questionari dell'Istat, che devono essere compilati per ciascuna IVG nella struttura in cui è stato effettuato l'intervento, poi raccolti e trasmessi dalle Regioni.

### **Principali evidenze anno 2021**

In totale nel 2021 sono state notificate 63.653 IVG. Si conferma il continuo andamento in diminuzione del fenomeno (-4,2% rispetto al 2020) a partire dal 1983.

Il tasso di abortività (N. IVG rispetto a 1.000 donne di età 15-49 anni residenti in Italia), che è l'indicatore più accurato per una corretta valutazione del ricorso all'IVG, conferma il trend in diminuzione del fenomeno: è risultato pari a 5,3 per 1.000 nel 2021 (-2,2% rispetto al 2020). Il dato italiano rimane tra i valori più bassi a livello internazionale.

Nel 2021 il numero di IVG è diminuito in tutte le aree geografiche.

Il ricorso all'IVG nel 2021 è diminuito in tutte le classi di età rispetto al 2020, in particolare tra le più giovani. I tassi di abortività più elevati restano nelle donne di età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Tra le minorenni, il tasso di abortività per il 2021 è risultato pari a 2,1 per 1.000 donne. Nel 2021 le donne di età inferiore ai 18 anni che hanno effettuato una IVG sono state 1.707, pari complessivamente al 2,7% di tutti gli interventi praticati in Italia, dato costantemente inferiore a quello di Paesi Europei con analoghi sistemi socio-sanitari.



Dopo un aumento nel tempo, negli ultimi anni le IVG tra le donne straniere hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2020, ultimo anno per cui si dispone del tasso di abortività delle donne straniere, il valore era pari a 12,0 per 1.000 donne, dato in calo (era pari a 17,2 per 1.000 donne nel 2014), ma che si mantiene comunque più elevato rispetto a quello delle donne italiane (5,0 per 1.000 donne nel 2020).

La percentuale di IVG effettuate da donne con precedente esperienza abortiva continua a diminuire dal 2009 ed è risultata pari al 24,0% nel 2021. L'evoluzione della percentuale di aborti ripetuti conferma che la tendenza al ricorso all'aborto nel nostro Paese è in costante diminuzione, ormai anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della Legge.

Anche per il 2021 risulta prevalente il ricorso al consultorio familiare per il rilascio della certificazione necessaria alla richiesta di IVG (42,8%), rispetto agli altri servizi (Medico di fiducia 20,3%; Servizio ostetrico-ginecologico 34,9%). Il consultorio non offre solo questo servizio ma svolge un importante ruolo nella prevenzione dell'IVG e nel supporto alle donne che decidono di interrompere la gravidanza, anche se non in maniera uniforme sul territorio.

Continua ad aumentare la percentuale di interventi effettuati precocemente, quindi meno esposti a complicanze: il 61,7% degli interventi è stato effettuato entro le 8 settimane di gestazione (rispetto al 56,0% del 2020), il 21,7% a 9-10 settimane, il 9,9% a 11-12 settimane e il 6,7% dopo la dodicesima settimana.

Sono in diminuzione i tempi di attesa, pur persistendo una non trascurabile variabilità fra le Regioni.

Il ricorso all'aborto farmacologico varia molto tra le Regioni, sia per quanto riguarda il numero di interventi che per il numero di strutture che lo offrono. Il confronto nel tempo evidenzia un incremento continuo dell'uso del Mifepristone e Prostaglandine e l'utilizzo esteso ormai in tutte le Regioni. Nel 2021 il 48,3% degli interventi è stato effettuato con mifepristone e prostaglandine.

Per quanto attiene all'obiezione di coscienza, nel 2021 il fenomeno ha riguardato il 63,6% dei ginecologi (valore in diminuzione rispetto al 64,6% del 2020), il 40,5% degli anestesisti e il 32,8% del personale non medico. Si rilevano ampie variazioni regionali per tutte e tre le categorie.

Schillaci: "Eventuali problematiche nell'offerta del servizio IVG potrebbero essere riconducibili all'organizzazione del servizio stesso, e non alla numerosità del personale obiettore"

#### **Qui di seguito le considerazioni del Ministro:**

In Italia il ricorso all'IVG è, complessivamente, in continua e progressiva diminuzione dal 1983; il nostro Paese ha un tasso di abortività fra i più bassi tra quelli dei Paesi occidentali. La riduzione complessiva del ricorso all'IVG in Italia è confermata dalla costante tendenza in diminuzione della percentuale di aborti ripetuti, anche tra le cittadine straniere; il fenomeno è spiegabile presumibilmente sia con il parallelo calo delle nascite, che con il maggiore e più efficace ricorso a metodi per la procreazione consapevole, alternativi all'aborto, secondo gli auspici della legge n. 194/78, che con la maggiore diffusione della contraccezione di emergenza.

Nonostante la diminuzione delle IVG nelle donne straniere, si conferma il loro maggior rischio di abortività volontaria rispetto alle donne italiane. Pertanto si conferma la necessità di promuovere l'accesso ai servizi sanitari per favorire scelte contraccettive informate e consapevoli per la prevenzione delle gravidanze indesiderate.

Per la prima volta dal 2011 si registra un aumento del tasso di abortività delle minorenni, dopo una costante diminuzione. Un dato che è il risultato del contemporaneo aumento delle IVG delle minori italiane e della diminuzione delle IVG delle minori straniere. Dal 2020 al 2021 la distribuzione della contraccezione di emergenza è aumentata del 25% in riferimento all'Ulipistral acetato (ellaOne), mentre una leggera diminuzione si registra per il Levonorgestrel (Norlevo). Con determina AIFA n. 998 dell'8 ottobre 2020 è stato eliminato l'obbligo di prescrizione per ellaOne anche per le minorenni. La mancanza di tracciabilità delle vendite non consente di distinguere l'utilizzo della contraccezione di emergenza nelle diverse fasce di età, e neppure l'eventuale uso ripetuto all'interno di tali fasce. Per tali farmaci è indispensabile una corretta informazione per evitare un uso inappropriato.

I tempi di attesa per l'intervento risultano in diminuzione, pur persistendo una variabilità fra le Regioni. Si registra un aumento delle IVG entro le prime 8 settimane di gestazione, verosimilmente a seguito dell'aumentato uso della tecnica farmacologica in epoca gestazionale precoce.

La mobilità fra le Regioni e Province Autonome continua ad essere contenuta: 93,7% delle IVG è stato effettuato nella Regione di residenza, di queste l'87,0% è stato effettuato nella Provincia di residenza. Tanto a riprova del fatto che non si pongono problemi di fruizione del servizio e che su essa non incide il diritto d'obiezione di coscienza.

Nel 2021, l'aborto farmacologico mediante mifepristone + prostaglandine è stato il metodo più utilizzato (48,3%), seguito da isterosuzione (42,7%) e raschiamento (8%), in seguito anche alla circolare del 12 agosto 2020 del Ministero della Salute – Aggiornamento delle "Linee di indirizzo sulla interruzione volontaria di gravidanza con Mifepristone e prostaglandine". La tipologia di intervento e la durata della degenza evidenziano una variabilità regionale che necessita di un approfondimento, anche attraverso confronti interregionali, per identificare le criticità e uniformare i protocolli terapeutici alla luce delle buone pratiche, con l'obiettivo di assicurare un'offerta assistenziale e organizzativa di qualità. Riguardo all'offerta del servizio IVG, considerando sia il numero assoluto delle strutture in cui si effettuano le IVG che quello riferito alla popolazione di donne in età fertile, la numerosità dei punti IVG appare adeguata, rispetto al numero delle IVG effettuate, tanto più nel confronto con i punti nascita.

I dati sull'obiezione di coscienza mostrano un continuo calo del numero di IVG medie settimanali a carico dei ginecologi non obiettori, a livello nazionale – 0,9 IVG settimanali - 14 con poche variabilità a livello regionale. Il dettaglio del carico di lavoro per ciascun punto IVG all'interno delle singole regioni, riportato in appendice, consente di verificare puntualmente l'offerta sul territorio. L'analisi dei carichi di lavoro per ciascun ginecologo non obiettore non sembra evidenziare particolari criticità nei servizi di IVG, a livello regionale o di singole strutture. Alla luce di tali dati, eventuali problematiche nell'offerta del servizio IVG potrebbero essere riconducibili all'organizzazione del servizio stesso, e non alla numerosità del personale obiettore. Il consultorio familiare rappresenta un servizio di riferimento per molte donne e coppie, promuovendo scelte consapevoli, anche per quanto riguarda il percorso IVG.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117299](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117299)

**quotidianosanita.it**

## **Serve una sanità riformata, non solo riaggiustata**

**Ivan Cavicchi**

*Per riformare per davvero si dovrebbe avere una idea alternativa di sanità ma oggi, in tutta onestà, non credo che questa idea esista. Quella che intravedo nelle proposte in circolazione alla fine resta una vecchia sanità solo un po' riaggiustata.*

**25 OTT -**

*Oggi, come si legge su questo giornale, sono ormai in tanti che insistono per fare una "riforma" della sanità e confesso che per ovvie ragioni la cosa non mi dispiace.*

*A chi su questa questione "arriva tardi" cioè arriva a parlare di riforma per ultimo (la maggior parte) in genere il problema della riforma l'ha scoperto da poco. Molti, non si sa perché, l'hanno scoperto esattamente da quando c'è un governo di destra, anche se il problema "riforma" esiste da quando abbiamo iniziato nel '78 un viaggio che non solo è ancora in corso ma che più che mai oggi non si sa quando finirà e come finirà.*

*Quando leggiamo che il SSN oggi "non può essere salvato da un Governo che non l'ha visto nascere" (QS 23 ottobre 2023) viene da sorridere perché in realtà è chi l'ha visto nascere che ha fatto le cose peggiori e oggi ci ha messo nelle condizioni di dover fare una riforma.*

### **Non si parte da zero**

*Chi arriva per ultimo a parlare di riforma in genere:*

*pensa che si parta da zero e che basti esclamare "riforma", sia chiaro con il punto esclamativo, per fare una riforma quando non è così*

*parla di riforma senza rendersi conto cosa voglia dire riformare avendo fatto per tutta la vita il problem solver, il razionalizzatore, e al massimo dell'estremismo il migliorista*

*leggendo le tante proposte che sono venute fuori per "salvare la sanità" tutti vogliono riformare ma in realtà cambiando fondamentalmente poco, per esempio tutti parlano del rapporto pubblico privato, delle aziende che sono fallite, delle incapacità delle regioni e di tante altre cose ma tutti si tengono ben stretto quello che c'è incapaci di uscire dal solito tran-tran. Al massimo, come dice Gimbe, si tratta di "disciplinare" le contraddizioni che ci sono ma senza rimuoverle.*

*Insomma, mi fa piacere che tutti siano diventati dei riformatori, ma siccome so a mie spese quanto sia difficile riformare per davvero, devo dire con sincerità e senza offendere nessuno che io di questi riformatori mi fido poco. Il che accresce le mie non piccole preoccupazioni per le sorti della sanità.*

### **Purtroppo**

*Sono ormai molti anni che è stato posto soprattutto dopo le controriforme degli anni 90, il problema del "riformatore che non c'è", che è stata proposta la "quarta riforma", che ci si fa ridere dietro perché si propongono nuove idee e che ci si sfotte addirittura per le nuove parole usate.*

*Purtroppo: per riformare davvero bisogna cambiare e per cambiare bisogna usare nuove idee e nuove parole, perché se si usano le solite parole anche se dici che sei un riformatore dici sempre le solite cose,*

*Purtroppo: per fare una riforma si deve usare la logica costruttivista che non è la stessa del problem solving una riforma che non riforma non è una riforma*

*le riforme servono proprio a rimuovere le contraddizioni chi le contraddizioni le vuole disciplinare allora non parli di riforma. Tra ingenuità e impudenza*

*In questi giorni ho letto una interessante rappresentazione di ingenuità e nello stesso tempo una smaccata manifestazione di impudenza.*

*Ingenuità è un problema di sprovvedutezza, l'impudenza invece è mancanza di ritegno.*

*Le riforme quelle vere non si fanno né con l'ingenuità né con l'impudenza.*

*La prima rappresentazione è quella di ASQUAS (Qs 18 ottobre 2023) la seconda è quella della Dirindin (Salute internazionale Il lungo assedio del ssn 11 ottobre 2021)*

*Nel primo caso la riforma è ridotta sostanzialmente a programmazione e a poche bagatelle nel secondo caso la necessità della riforma è negata, perché si nega la storia e quindi si negano tutti i problemi che nella storia sono venuti fuori, prima fra tutti le controriforme fatte, gli errori e le scelte politiche sbagliate. Riguardo l'articolo della Dirindin non ho alcuna voglia di perdere tempo confutandone l'assurdità e l'irragionevolezza, tuttavia, mi piacerebbe che questo articolo voi lo leggeste per farvi una idea. Con apologia di reato di riforme se ne fanno poche.*

### **Verità e giustizia**

*Io penso che fare una riforma della sanità, oggi: sia una scelta politica non tecnica (la programmazione viene dopo) che per fare questa scelta si dovrebbero fare due operazioni redimenti: una riguarda la verità e una riguarda la giustizia.*

*Dando per scontato che, se oggi dobbiamo fare una riforma, è perché le cose sono andate oggettivamente storte:*

*la verità serve a dire cosa sia andato storto*

*la giustizia serve a dire cosa sia giusto fare per rimediare a ciò che è andato storto*

*Non ho citato a caso ASQUAS e Dirindin. Sono due esempi nei quali in modo del tutto antinomico sulla base di ciò che si crede vero si decide ciò che si ritiene giusto. Cioè due cose esattamente opposte.*

### **Fare i pesci in barile**

*Se vi leggete l'articolo della Dirindin per lei le cose non sarebbero andate storte, ma per colpa di un generico quanto malefico neoliberalismo e di una serie di amministratori arruffoni, le cose sarebbero state fraintese, male interpretate per cui per la Dirindin è giusto rifinanziare le controriforme, confermare la dicotomia pubblico e privato, riconfermare le aziende, cioè riconfermare la seconda gamba*

*Il che è palesemente in contraddizione con tutti coloro che dicono che bisogna fare una riforma. Non è possibile fare una riforma a invarianza di contraddizioni cioè senza toccare le mezze riforme e le controriforme*

*Quello che vedo (esoneratemi dai dettagli), è che la maggior parte dei riformatori finisce con il fare il pesce in barile il che conoscendo i soggetti ci sta, cioè lo capisco, ma mi puzza un po'.*

*Insisto senza verità e senza giustizia non si può fare nessuna riforma.*

### **Diritto fondamentale alla salute o no?**

*Ma come si decide sulla base delle verità condivise se quello che dovremmo riformare sia giusto o no? Una sanità giusta in cosa consiste?*

*Per rispondere faccio un solo esempio: se la verità è il diritto fondamentale alla salute la riforma sarà giusta in un certo modo ma se la verità è quella della Dindin cioè è il diritto potestativo allora la riforma sarà giusta in un altro modo.*

*E per la Dirindin sarà giusta solo se conferma le sue verità. Ma se conferma le sue verità essendo le sue verità fallaci la riforma sarà ingiusta cioè non sarà una riforma ma apologia di reato.*

*Tutti o quasi tutti i riformatori partono, e io sono d'accordo con loro, dall' art 32 ma l'affermazione dell'art 32 implica il superamento di tutto quanto l'ha ridotto a diritto potestativo per cui se io dovessi fare una riforma che ribadisca la verità dell'art 32 sono dispiaciuto per la Dirindin troverei giusto cancellare tutte le controriforme neoliberaliste che ci hanno portato fuori strada. Ma chi dei riformatori sono disposti a sostenere la necessità di superare le aziende e la seconda gamba?*

*Chiedo scusa ma come si fa ad affermare l'art 32 e nello stesso tempo a mantenere la 502 e la 229?*

*Ma come faccio? Ma facciamo finta di aver deciso l'art 32 come verità e di aver deciso di conseguenza la sanità più giusta e più adeguata, cioè facciamo finta di voler riformare le controriforme neoliberaliste che oggi ci pongono inediti problemi di sostenibilità costringendoci a fare una riforma, come faccio?*

*Permettetemi di rispondere citando l'esempio della "quarta riforma" che ancora oggi fino a prova contraria resta l'unica proposta di riforma avanzata sino ad ora, cioè citando la mia esperienza personale.*

*L'idea principale che ci ha portato fuori strada, mettendoci nei guai, è stata quella di "compatibilità" cioè pensare che il diritto alla salute dovesse essere compatibile con le risorse decise dai governi. Il diritto compatibile è la stessa cosa del diritto potestativo.*

*Per fare la "quarta riforma" sono stato costretto quindi a trovare una idea alternativa alla "compatibilità", cioè a inventarmi un rapporto nuovo tra economia sanità e salute, senza il quale non può esserci riforma. L'idea nuova, ve lo ricordo solo di sfuggita, è "compossibilità" e attraverso questa idea ho potuto avanzare una nuova idea di sostenibilità. La proposta di "quarta riforma" è sostanzialmente una riforma dell'idea di compatibilità e di sostenibilità da cui discende tutta una serie di idee che riguardano la governance i servizi gli operatori i contratti gli utenti ecc ecc .*

*Attenzione. Mi limito solo a far notare, di striscio, che queste due questioni sono le due principali criticità del nostro sistema sanitario, quelle che, come dicono i riformatori dell'ultima, ora stanno facendo affogare la sanità pubblica.*

*Se tali questioni fossero ignorate allora la riforma sarebbe finta. Cioè levatevi dalla testa che si possa fare una riforma confermando la compatibilità tra diritti e risorse. Se confermate questa idea la riforma sarebbe finta.*

### **Più civili**

*Ma se davvero volessimo fare una riforma a parte “verità” e “giustizia” si dovrebbero inventare soluzioni più avanzate più convenienti più intelligenti quindi più adeguate ai bisogni della economia e della gente ai bisogni dei servizi e del lavoro. Cioè per fare una riforma o ci vuole anche una bella dose di cultura, quindi, bisogna essere più avanzati del solito. In questo caso non parlerei di competenze. Ma di cultura. Senza un sur plus di cultura non può esserci riforma. Faccio solo un esempio: la sanità è complessa ma noi non sappiamo cosa voglia dire complessità. Evito di fare esempi.*

*Solo un sur plus di cultura può assicurare un surplus di civiltà. Noi facciamo una riforma non per salvare la sanità ma perché se salviamo la sanità siamo più civili non meno. Se perdiamo la sanità perdiamo un grado o più gradi di civiltà. Se non cambia niente restiamo quelli che eravamo prima. Cioè relativamente ingiusti, relativamente diseguali, relativamente poco solidali, relativamente cinici, relativamente ignoranti e relativamente incivili.*

### **Conclusione**

*Per riformare per davvero, infine, si dovrebbe avere una idea alternativa di sanità ma oggi, in tutta onestà, non credo che questa idea esista. Quella che intravedo nelle proposte in circolazione alla fine resta una vecchia sanità solo un po' riaggiustata. Questa idea di sanità “altra” non ce l'ha né la destra ma neanche la sinistra. Entrambi oggi per motivi diversi ma con grosse difficoltà culturali comuni, non hanno alcun interesse e nessuna voglia di fare una riforma E per quanto mi sforzi dietro all'antinomia destra sinistra non riesco a vedere un sur plus di civiltà.*

*La riforma senz'altro servirebbe come il pane, ma, almeno per il momento, a parte le chiacchiere davvero tante, non ci sono le condizioni né politiche e né culturali per farla. Né a destra e né a sinistra.*

*Estenuato, ormai vicino allo stremo, il cavallo quindi deve aspettare che l'erba cresca. Buona fortuna.*

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117798](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117798)

## Scenari del Sistema Sanitario Nazionale



### **Manovra/ Cicchetti, 11 mld recuperati per il Ssn nel prossimo triennio. Poi: sinergia con privato accreditato ma la base della sanità deve restare pubblica**

«I numeri ci dicono che i prossimi tre anni rappresenteranno un'iniezione davvero importante di risorse per il Servizio sanitario nazionale. Risorse che le manovre avevano progressivamente tolto negli anni precedenti. Tra il 2014 e il 2019, secondo i dati del Mef, le manovre hanno sottratto circa 11 miliardi.

Questi undici miliardi saranno recuperati nei prossimi tre anni, a partire dal 2024». A dirlo è Americo Cicchetti, direttore generale della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, in occasione dell'ottava edizione del Forum Sistema Salute, organizzato il 19 e 20 ottobre alla Stazione Leopolda di Firenze da Konzept.

«È evidente – spiega Cicchetti - che i bisogni di salute sono sempre più alti: questo è legato alla popolazione che avanza nell'età, all'epidemiologia, alle cronicità. Dobbiamo fare in modo che queste risorse vengano utilizzate al meglio. Quanto detto dal presidente Mattarella, che il Ssn va difeso ma va anche adattato, è un doppio monito. Lo difendiamo, ma per difenderlo lo dobbiamo anche adattare».

Cicchetti, intervenuto nell'assemblea plenaria "Lo Stato del Sistema sanitario italiano" alla presenza del ministro della Salute Orazio Schillaci e del presidente della Regione Toscana Eugenio Giani, affronta anche il problema degli stipendi nel settore sanitario.

A chi chiede se sia opportuno aumentare in particolare la remunerazione degli infermieri, il Dg risponde: «Questo sicuramente, tutto il nostro sistema sta soffrendo dal punto di vista delle remunerazioni. Dei passi in avanti oggettivamente si stanno facendo – aggiunge - perché tutti quanti percepiscono il livello del problema. Mi sembra che ci sia anche attenzione da parte del governo, e certamente ce n'è da parte del ministero della Salute. Noi dobbiamo fare in modo che il personale rimanga attaccato al Ssn pubblico e di conseguenza questo ingaggio vuol dire certamente una remunerazione adeguata».

Affrontato anche il tema dei test di ingresso alla facoltà di Medicina.

A chi chiede se sia opportuno eliminare i test, Cicchetti risponde: «Ci sono ragionamenti di diverso tipo e in campo c'è anche questa ipotesi. Evidentemente – prosegue - il percorso dovrà essere selettivo, perché ciò di cui abbiamo bisogno sono delle competenze che siano al livello di quelle che abbiamo avuto sinora. Abbiamo un nuovo sistema di programmazione del personale che è in fase di sperimentazione e questo darà anche preziose indicazioni dal punto di vista del percorso di formazione e reclutamento».

Il Forum Sistema Salute è stata anche l'occasione per rivolgere uno sguardo più ampio alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. Intervenendo sulla questione, Cicchetti afferma che «sicuramente il sistema pubblico è in grado di essere sostenibile, chiaramente col contributo del privato accreditato, convenzionato all'interno del sistema. La generazione di sinergia tra le due componenti - conclude - è importante proprio ai fini della sostenibilità, ma la base del nostro sistema è pubblica e deve rimanere pubblica, perché questo è un grande valore e rappresenta il pilastro del welfare nazionale».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-19/manovra-cicchetti-11-mld-recuperati-il-ssn-prossimo-triennio-poi-sinergia-privato-accreditato-ma-base-sanita-deve-restare-pubblica-162917.php?uid=AF6wj6IB&cmpid=nlqf>



### **Fnomceo: per 3 italiani su 4 la sanità deve essere pubblica, per il 90% una priorità del governo. Schillaci: Non più rinviabile l'adeguamento del Ssn e ripensare ruolo ministero**

Per oltre tre italiani su quattro la sanità deve essere pubblica. Di più: per il 90% dei cittadini deve essere una priorità del Governo nella Finanziaria. Per il 37%, merita addirittura il primo posto.



Sono questi alcuni dei risultati dell'indagine eseguita sull'opinione pubblica e sul personale medico dall'Istituto Piepoli per la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e presentata nell'ambito del Convegno "Valore salute: Ssn volano di progresso del Paese. I 45 anni del Servizio sanitario nazionale, un'eccellenza italiana", organizzato a Roma.

### **Il monito di Schillaci: non più rinviabile l'adeguamento del Ssn.**

L'occasione anche per rilanciare nella clip di chiusura della campagna #ValoresaluteSSN il pensiero sulla manovra di Bilancio espresso dal ministro della Salute Orazio Schillaci al "Tg Sanità" della stessa Federazione. Per il titolare della Sanità, l'adeguamento del Ssn «non è più rinviabile, soprattutto ora che abbiamo piena consapevolezza delle carenze da colmare e degli obiettivi del Pnrr da portare a compimento».

Il Piano nazionale di ripresa e resilienza è, secondo Schillaci, «un Piano nato monco, non certo per volontà di questo Governo, perché non garantisce risorse per il personale. Tuttavia, rappresenta la grande occasione per ridare vigore alla sanità pubblica, che se resta ancora ancorata a vecchi modelli farà sempre più fatica a fare fronte alla domanda di cura dei cittadini».

Per il ministro «è il momento di scelte decisive sul piano economico per ridare dignità retributiva a tutto il personale sanitario; ma è anche il momento di impostare una riorganizzazione generale del Ssn che quest'anno compie 45 anni. Per questo sarà necessario ripensare il ruolo del ministero della Salute, rafforzando la sua funzione di accompagnamento attivo nella gestione economica ed organizzativa da parte delle Regioni».

Schillaci si dice infine certo «che riusciremo a superare le difficoltà presenti, per costruire una nuova fase di riorganizzazione e di rilancio dei servizi su tutto il territorio nazionale, eliminando ritardi e disuguaglianze non più accettabili».

### **Il sondaggio dell'Istituto Piepoli.**

Protagonista delle interviste telefoniche e via web - effettuate su un campione di 1000 persone, rappresentativo degli italiani di età compresa tra 15 e 75 anni, con un oversampling di 200 interviste nella fascia d'età tra 15 e 19 anni, e un campione di 300 medici e odontoiatri – proprio il Servizio sanitario nazionale, come fattore determinante per unire il Paese e farlo crescere.

“La manovra punta finalmente sui professionisti del Servizio sanitario nazionale– afferma il presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** – invertendo una tendenza che, sinora, aveva allocato risorse, attraverso il PNRR, soltanto sulle strutture e sulle infrastrutture. Bisogna continuare su questa strada, continuare a investire sulla sanità perché quell'auspicio del ministro della Salute Orazio Schillaci di trasformare la sanità in un grande sistema Paese che dia risposte a tutti sia realizzato”.

A quanto emerge dall'indagine, gli italiani tendono in maggioranza (54%) a promuovere il servizio sanitario regionale, ma con grandi distanze territoriali. Se, infatti, al nord si raggiungono picchi del 69% di soddisfazione, al sud e nelle isole ci si ferma a quota 41%.

Specularmente e di conseguenza, quando si chiede chi debba guidare la sanità tra Stato e Regioni, al nord prevale il modello concentrato sulle regioni mentre al sud si chiede un intervento statale, probabilmente proprio nella speranza che questo riequilibri la qualità percepita del servizio sanitario.

Quello che è chiaro, in ogni caso, è che la sanità per gli italiani deve essere prevalentemente pubblica. Così la pensano più di 3 italiani su 4, il 76%, in questo caso in modo trasversale nelle diverse aree del Paese.

Digitale in sanità benvenuto per il 73% degli italiani, che apprezzano e utilizzano ricette elettroniche e ritiro online dei referti, ma con giudizio: l'Intelligenza Artificiale va bene, ma solo come alleato e supporto al medico.

A pensarla in questo modo, il 92% degli intervistati, che escludono di farsi curare, anziché dal medico, da una piattaforma di Intelligenza artificiale. Il rapporto diretto e fiduciario con il proprio medico, infatti, è talmente importante che il 75% degli italiani intervistati si dice non disponibile a rinunciare al diritto di scegliere il proprio medico di famiglia.

In media, ad oggi gli italiani risparmiano il 10% delle proprie entrate per le spese sanitarie, ma tanti (il 23%) purtroppo vorrebbero ma non riescono a farlo, tanto che ad oggi circa 3 milioni di italiani ammettono che, quando devono usufruire di prestazioni sanitarie a pagamento, rinunciano a curarsi.

Sempre più cittadini sono costretti a spostarsi in altre Regioni alla ricerca di centri di eccellenza: il 63% degli intervistati percepiscono questo problema con riferimento al loro territorio, con punte del 79% al Sud e nelle isole. L

a stragrande maggioranza degli italiani, il 93%, vorrebbe, per questa ragione, un aiuto dallo Stato: e oltre otto persone su dieci, trasversalmente su tutto il territorio nazionale, vorrebbero un'organizzazione sanitaria che porti l'eccellenza dove vive, senza per forza essere costretti a “viaggi della speranza”, costosi in termini di denaro, tempo ed energie.

Passando alla qualità dell'assistenza sanitaria, questa è largamente sufficiente per gli italiani (il 67% la reputa soddisfacente) che vedono in maggioranza la sanità come un settore in grado di generare ricchezza, dunque sul quale investire, e non come un semplice costo, mentre ritengono che, al contrario, la gestione dei servizi risponda più alle esigenze di bilancio che a quelle di salute. Il 90% degli italiani è convinto in ogni caso che nella legge finanziaria la sanità debba essere al primo posto o tra le priorità principali del Governo.

Tra gli interventi da mettere in atto per migliorare l'assistenza, il 55% di coloro che non ne sono soddisfatti propongono di agire sul personale, incrementandolo, il 42% vogliono aumentare i finanziamenti, il 38% migliorare le organizzazioni.

Passando ai medici italiani, loro sono ben coscienti dell'importanza del loro stesso lavoro – il 96% lo reputa molto o abbastanza importante - ma pensano che le istituzioni ne abbiano percezione minore, tanto da ritenere che l'importanza del ruolo del medico in Italia oggi sia minore rispetto al periodo pandemico, in cui invece molti sottolineavano la condizione eroica della professione sanitaria.

I medici vorrebbero avere maggior peso decisionale nel mondo sanitario e lanciano un allarme: a causa della troppa burocrazia, più di un medico su tre dichiara di non avere a disposizione tutto il tempo di cui avrebbe bisogno per occuparsi dei pazienti.

Questa condizione di difficoltà spinge molti medici italiani (il 40% del nostro campione) a valutare l'opportunità di andare all'estero, fuori dall'Italia, a svolgere la professione medica. Ciononostante, l'83% dei medici si conferma ancora attaccato alla propria professione, tanto da dichiarare che quello che fa ogni giorno, il rapporto con i pazienti, aiutare le persone, salvare vite corrisponde all'idea che aveva quando ha scelto di svolgere la professione sanitaria.

Una professione che resta fortemente attrattiva anche tra i giovani: il 57% del campione tra i 15 e i 24 anni ha preso in considerazione la possibilità di formarsi per essere un professionista della salute.

“Gli italiani promuovono la sanità italiana – afferma  **Livio Gigliuto**, presidente esecutivo Istituto Piepoli - ma evidenziano il bisogno di risolvere i divari territoriali tra nord e sud, e per questo chiedono con forza che la sanità sia prioritaria nelle scelte del Governo. Aperti anche al digitale e a un uso consapevole dell'intelligenza artificiale, non sono però disposti a rinunciare al rapporto diretto con il medico, oltre che alla possibilità di scegliere personalmente il medico di famiglia”

“Oggi i cittadini chiedono allo Stato e alle Regioni di lavorare insieme - commenta il presidente della Fnomceo, **Filippo Anelli** - per superare le diversità di trattamento Nord – Sud, ma anche centro e periferia, tra ricchi e poveri, tra chi ha un più alto livello di istruzione e uno più basso. La sanità del futuro dovrà essere: pubblica, partecipata, adeguatamente finanziata, con un numero adeguato di professionisti ed organizzata per rispondere efficacemente agli obiettivi di salute dei cittadini. Una sanità che valorizzi le competenze dei professionisti anche nella governance e organizzazione dei servizi e consenta ai cittadini di poter utilizzare le eccellenze sanitarie nel territorio in cui vivono. Una sanità diversa da quella aziendalistica, dove ogni individuo non si senta un numero, un estraneo, uno straniero ma una persona accolta che possa affidare la propria salute ai professionisti con fiducia nel pieno rispetto della dignità che si deve ad ogni persona umana”.  
“Insomma - conclude - torniamo a sognare un sistema che affronti la malattia come un problema di tutti, che si prenda carico della persona che soffre e non la lasci mai sola, che infonda speranza e fiducia nella scienza per affrontare la sofferenza e aumentare il benessere”.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-10-23/fnomceo-3-italiani-4-sanita-deve-essere-pubblica-il-90percento-priorita-governo-094834.php?uuid=AFTW40LB&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Ospedali. Persi in tre anni circa 4 milioni di ricoveri. Sul fronte della qualità si allarga la forbice tra le strutture di eccellenza e quelle “bocciate”. Il nuovo Programma nazionale esiti**

**Ester Maragò**

Il nuovo report di Agenas che fotografa la performance degli ospedali del Ssn nel 2022 mostra luci e ombre. I ricoveri sono aumentati e ci si sta riallineando sempre di più ai livelli pre pandemici, anche se sul fronte dei ricoveri urgenti il sistema è in affanno. Torna a crescere il numero dei parti cesarei, ma nel biennio 2021-2022 aumenta a sorpresa anche il numero atteso dei ricoveri per parto. Frammentazione delle strutture e bassi volumi di attività le principali criticità.

**26 OTT -**

Non molla il Ssn, ma la fatica si fa sentire. La zavorra della pandemia si sta sicuramente alleggerendo, nel 2022 i ricoveri sono infatti aumentati (+328 mila rispetto al 2021) e la corsa per riallinearsi ai livelli pre pandemici sta quindi dando i suoi frutti nonostante manchino ancora all'appello circa 890 mila ricoveri (-10% rispetto al 2019). In particolare hanno recuperato i ricoveri programmati e quelli diurni, mentre quelli urgenti continuano a mostrare il fiato corto (-13% rispetto al 2019). Rimane il fatto che nel triennio 2020-2022, sono stati persi ben 3 milioni e 800 mila ricoveri.

Parlando invece di qualità delle prestazioni il gioco si fa duro: si allarga la forbice tra le strutture con livelli di qualità alta o molto alta e quelle che, al contrario, non brillano affatto sia in qualità che in volumi di prestazioni effettuate. Il numero degli ospedali con livelli di eccellenza in almeno il 50% dell'attività svolta, sono cresciuti del 3% rispetto al 2021 e in

selezionate aree specialistiche. E così nella stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere convivono aree di qualità alta o molto alta con aree di qualità di livello basso o molto basso.

Brilla un'unica stella nel panorama delle strutture con le migliori performance e in più aree: l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano. Mentre nel pubblico si afferma l'Azienda Ospedaliero Universitaria delle Marche.

Per quanto riguarda le criticità, sul banco degli imputati c'è spesso una eccessiva frammentazione dell'offerta, figlia di una programmazione sbagliata. E il risultato si fa sentire: ci sono troppe strutture con bassi volumi di attività che mal si sposano con esiti di qualità. Qualche esempio? Il bypass aortocoronarico: le cardiocirurgie sono aumentate e i ricoveri hanno recuperato rispetto al periodo pre pandemico, ma è diminuito il numero delle strutture che superano le soglie dei volumi indicati dal Dm 70 (11 rispetto alle 15 del 2021). Va detto però che, in questo caso, la mortalità a 30 giorni rimane comunque al di sotto della soglia del 4% indicata sempre dal Dm 70. Critica invece la situazione per il tumore al pancreas: ben 1 paziente su 3 finisce in strutture con basso o bassissimo volume di attività.

È alert invece per i parti cesarei. I segnali di decrescita registrati negli ultimi 5 anni non solo si sono fermati, ma i cesarei sono addirittura ripartiti raggiungendo i livelli del 2017. Numeri in risalita che si registrano in particolare nel privato e nel Sud Italia. Ma rimanendo nell'area perinatale le sorprese non mancano: nonostante dal 2015 al 2020 si siano persi ogni anno 17mila ricoveri per parto, nel 2021 sono aumentati del 3% e del 6% nel 2022 rispetto al previsto. Insomma nei due anni post pandemia ci sono stati 33mila parti in più rispetto l'atteso. Una luce sull'inverno demografico? Nota dolente, in barba a ogni forma di sicurezza, un terzo dei punti nascita continua a viaggiare sotto il limite dei 500 parti l'anno.

Questo il quadro delineato dagli analisti di **Agenas** che hanno presentato oggi a Roma presso l'Ao San Giovanni Addolorata i risultati dell'Edizione 2023 del **Programma nazionale esiti (Pne)**. Un Pne che, anno dopo anno, si perfeziona sempre di più e stringe le maglie per valutare con accuratezza le performance degli ospedali pubblici e privati, fino a valutarne ormai il 90% delle attività.

Il risultato? Strutture che dormivano sonni tranquilli hanno avuto bruschi risvegli scoprendo che le loro performance non erano poi così brillanti. Paradigmatico il caso delle fratture di femore operate entro le 48 ore migliora la proporzione di pazienti over 65 che entrano nei tempi previsti in camera operatoria, ma nel 60% delle strutture i volumi di attività non superano la soglia prevista dal Dm 70 e automaticamente vanno a finire nella lista dei "bocciati". Insomma, come sottolineano gli analisti "Laddove la soglia non venga raggiunta, l'indicatore è valutato come di qualità molto bassa indipendentemente dall'esito".

Ma se, il leit motiv dell'Agenas è sempre stato quello che "il Programma esclude categoricamente l'utilizzazione dei risultati come una sorta di 'pagelle, giudizi' dei servizi, dei professionisti e promuove un'attività di auditing clinico e organizzativo per valorizzare l'eccellenza, individuare le criticità e promuovere l'efficacia e l'equità del Ssn", in questa edizione qualcosa è cambiato: grazie all'utilizzo sempre più accurato del treemap - modalità sintetica che attraverso indicatori di volume, processo ed esito consente di evidenziare le criticità delle realtà assistenziali per singola struttura – è possibile farsi un'idea ben precisa delle strutture dove poter ricevere performance di eccellenza.

E non solo, per la prima volta a rompere il tabù è stato proprio il Direttore generale di Agenas, **Domenico Mantoan** tirando le somme a conclusione della giornata di presentazione. "E' passato il tempo di non fare classifiche" ha detto indicando la graduatoria delle prime quattro strutture con le migliori performance: al primo posto e al secondo posto, per il secondo anno consecutivo, come abbiamo già visto, ci sono l'Irccs Humanitas di Rozzano e l'Ao delle Marche di Ancona, al terzo l'Humanitas Gavazzeni di Bergamo e al quarto l'Humanitas Mater domini di Castellanza, Varese.

E accanto alle best practice, ha sottolineato poi Mantoan, ci sono ben 8 ospedali italiani, pubblici, sia nel Nord che nel Sud che non hanno ottenuto una valutazione sufficiente, mentre 436 sono risultati 'non classificabili', perché hanno un livello di attività così bassa che non è stato possibile valutarli.

"Le evidenze scientifiche prodotte e i risultati del Pne – ha dichiarato **Enrico Coscioni**, Presidente Agenas – confermano come tale attività rappresenti uno strumento fondamentale di governo del Ssn che permette di far emergere le criticità assistenziali e individuare puntuali strategie correttive, anche attraverso l'organizzazione di attività di audit clinico-organizzativo utili a migliorare la qualità delle cure. Infine, è importante sottolineare le numerose iniziative che il Pne sta portando avanti sul tema dell'audit clinico-organizzativo attraverso un approccio 'orientato al servizio', volto a mettere a disposizione delle singole strutture il supporto e le competenze per sviluppare azioni di miglioramento da implementare nei singoli contesti."

"Il Pne – ha detto Domenico Mantoan – è uno strumento in continua evoluzione in cui il rigore metodologico che garantisce dati sempre più attendibili si accompagna alla flessibilità nel rispondere alle sollecitazioni derivanti dai cambiamenti in atto (Covid-19, Pnrr). Ecco perché sono ulteriormente aumentati gli indicatori a disposizione, e perché si è reso necessario scendere come livello di dettaglio dalla struttura, al reparto, fino alle équipe e al singolo professionista. La metodicità e capillarità delle analisi prodotte dal Pne, grazie anche al coinvolgimento nei gruppi di lavoro tematici di tutti i portatori di interesse, può essere la base a partire dalla quale concretizzare la sinergia tra i vari livelli di governo del sistema. Tale sinergia è necessaria per rispondere alle sfide del prossimo futuro, in primis la riprogrammazione dell'offerta sanitaria e la riorganizzazione del sistema previste nell'ambito delle azioni del Pnrr, e orientare verso il miglioramento della qualità complessiva delle cure, con il fine ultimo della tutela della salute della popolazione."

## LE PERFORMANCE

**Sotto la lente di Agenas è finita l'attività assistenziale effettuata nel 2022 in 1.382 ospedali pubblici e privati e anche quella dal 2015 al 2022.** Gli analisti hanno messo in campo per questa nuova edizione 10 indicatori in più rispetto all'anno precedente, in totale sono 195 di cui: 170 relativi all'assistenza ospedaliera (66 di esito/processo, 88 di volume e 16 di ospedalizzazione); e 25 relativi all'assistenza territoriale, valutata indirettamente in termini di ospedalizzazione evitabile (14 indicatori), esiti a lungo termine (7) e accessi impropri in pronto soccorso (4). Dei 10 nuovi indicatori in particolare 8 hanno riguardato l'ambito ospedaliero. E sono attualmente in sperimentazione 12 nuovi indicatori, di cui 4 in ambito oncologico (relativi agli interventi per tumore maligno della mammella), 4 in ambito neurologico (relativi all'ictus), 2 in ambito cardiologico e 2 in ambito digerente (relativi alla cirrosi epatica).

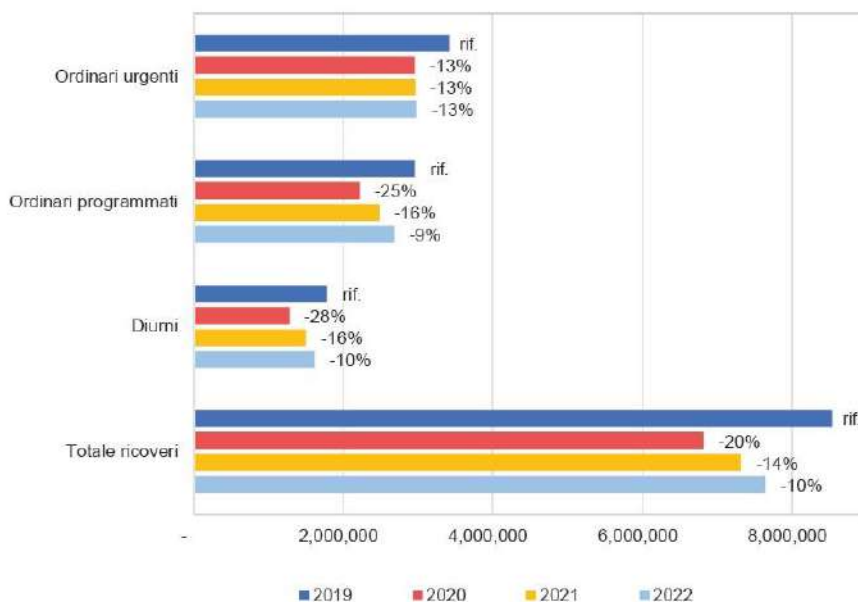
Insomma, un sistema in continua evoluzione.

E le novità dell'edizione 2023 non finiscono qui: come abbiamo visto è stato rivisitato il [treemap](#) dove sono stato introdotti indicatori sempre "chirurgici". Sono stati definiti ulteriori criteri sui volumi minimi di attività per struttura e per operatori, ed è stata inserita la nefrologia per ampliare l'ambito della medicina interna. Un restyling che ha consentito di valutare 946 strutture (erano 926 nel 2021) e lasciarne fuori 436 perchè non valutabili.

### Vediamo alcuni dei dati principali

Nel 2022 si è registrato un aumento dei ricoveri rispetto al 2021 (+328 mila) ed è proseguito il riavvicinamento ai livelli pre pandemici, sebbene persista una riduzione del 10% rispetto al 2019 (valore corrispondente a circa 890 mila ricoveri in meno). La ripresa ha riguardato specificamente i ricoveri programmati e quelli diurni. Complessivamente nel triennio 2020-2022, la riduzione dell'attività ospedaliera stimata sui volumi del 2019 è stata pari a 3 milioni e 800 mila ricoveri.

### Volumi e variazioni percentuali dei ricoveri durante il periodo pandemico rispetto ai livelli pre pandemici, per regime e tipologia di ricovero. Italia, 2019-2022



### AREA CARDIOVASCOLARE

#### Infarto miocardico acuto (Ima): crescono leggermente i ricoveri, mortalità a 30 giorni poco al di sopra dell'atteso

Si è registrato un lieve aumento dei ricoveri per Ima (circa 1.200 in più rispetto al 2021), con un riavvicinamento parziale al trend pre pandemico: la riduzione sul valore atteso rimane pari al 6,5% (circa 7.400 ricoveri in meno). Per quanto riguarda la mortalità a 30 giorni dall'ammissione in ospedale, si è registrata nel 2022 una percentuale pari a 7,7%, poco al di sopra dell'atteso (7,0%), ma in diminuzione rispetto al 2020 (8,4%).

#### Stabile la tempestività di accesso (entro 90 minuti) all'angioplastica coronarica nei pazienti con infarto (Stemi)

In merito alla tempestività di accesso all'angioplastica coronarica (Ptca) in pazienti affetti da infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST (Stemi), la proporzione effettuata entro 90' è rimasta complessivamente costante nel triennio, passando da un valore mediano del 56% nel 2020 al 57% nel 2022.

Considerando le strutture con almeno 100 ricoveri per Stemi, 65 su 152 presentano proporzioni di Ptca entro 90' superiori alla soglia del Dm70 (60%).

**Le 10 strutture che hanno proporzioni più elevate di Ptca eseguita tempestivamente sono:** “Casa di Cura Città di Lecce”, “Ospedale degli Infermi” (Ponderano-Biella), “Aou Mater Domini” (Catanzaro), “Aou Policlinico Tor Vergata” (Roma), “Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II” (Sciacca), “Ospedale Del Cuore G. Pasquinucci” (Pisa), “Presidio Ospedaliero S. Antonio Abate” (Erice), “Stabilimento di Ascoli Piceno”, “Stabilimento di Pesaro”, “Presidio Ospedaliero di Chiari” (Brescia).

**Bypass aorto-coronarico (Bac): in recupero i ricoveri, ma aumenta la frammentazione della casistica**

Relativamente al numero di ricoveri per Bac isolato (ossia non associato a interventi su valvole o endoarteriectomie), nel 2022 è proseguito il recupero del gap rispetto al trend pre pandemico, con uno scostamento stimabile intorno a -10% (pari a circa 1.350 ricoveri in meno). Relativamente alla soglia minima dei 200 interventi/anno indicata dal Dm 70/2015, si è osservata nel 2022 una diminuzione delle strutture sopra soglia (11 rispetto alle 15 del 2021), corrispondente al 24% del volume complessivo dei ricoveri (era 33% nel 2021 e 23% nel 2020). La mortalità a 30 giorni rimane comunque al di sotto della soglia del 4% indicata dal Dm70/2015.

**Le 11 strutture che hanno effettuato 200 o più interventi di BAC sono:** Policlinico Universitario “Agostino Gemelli” (Roma), Aoor “San Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona” (Salerno), Villa Maria Cecilia Hospital di Cotignola, Ospedale di Treviso, “Ospedale del Cuore G. Pasquinucci” (Pisa), Stabilimento “Umberto I - G. M. Lancisi” (Ancona), Policlinico Universitario “Campus Biomedico” (Roma), Aou Careggi (Firenze), P.O. “SS. Annunziata” (Chieti), Aou Mater Domini (Catanzaro), Ospedale Civile di Legnano (MI).

**Bypass aorto-coronarico: strutture con elevati volumi di attività (soglia DM 70/2015: 200 int/anno). Italia, 2022**

STRUTTURA	REGIONE	Pubblico/Privato	N
Policlinico Universitario A. Gemelli – Roma	Lazio	Priv	379
AO.OR. S. Giovanni di Dio e Ruggi d’Aragona – Salerno	Campania	Pub	308
Villa Maria Cecilia Hospital – Cotignola (RA)	Emilia-Romagna	Priv	280
Ospedale di Treviso	Veneto	Pub	280
Ospedale del Cuore G. Pasquinucci – Pisa	Toscana	Priv	279
Stabilimento Umberto I - G. M. Lancisi – Ancona	Marche	Pub	271
Policlinico Universitario Campus Bio Medico – Roma	Lazio	Priv	265
A.O.U. Careggi – Firenze	Toscana	Pub	244
PO Santissima Annunziata – Chieti	Abruzzo	Pub	227
A.O.U. Mater Domini – Catanzaro	Calabria	Pub	214
Ospedale Civile di Legnano (MI)	Lombardia	Pub	203

**Valvuloplastica o sostituzione di valvola: in recupero i ricoveri**

Per quanto riguarda gli interventi di valvuloplastica o sostituzione valvolare, è proseguita la ripresa già avviata nel 2021, con un progressivo riavvicinamento al trend pre pandemico (-9,3% rispetto all’atteso, corrispondente a circa 3.800 ricoveri in meno).

**Valutazione sintetica dell’area cardiovascolare: treemap**

L’area cardiovascolare è valutata complessivamente attraverso 6 indicatori: Infarto Miocardico Acuto: mortalità a 30 giorni; Stemi: proporzione di trattati con Ptca entro 90 minuti dall’accesso nella struttura di ricovero/service; Scompenso cardiaco congestizio: mortalità a 30 giorni; Bypass aorto-coronarico isolato: mortalità a 30 giorni; Valvuloplastica o sostituzione di valvole cardiache: mortalità a 30 giorni; Riparazione di aneurisma non rotto dell’aorta addominale: mortalità a 30 giorni. È applicata una soglia di volume per struttura per il bypass aorto-coronarico di almeno 360 interventi negli ultimi due anni.

**Sul totale di 562 strutture che sono valutate col treemap in quest’area, sono solo 55 le strutture con tutti e sei gli indicatori calcolabili.** Di queste, l’Aou Careggi di Firenze è l’unica struttura che raggiunge un livello di qualità molto alto; 17 strutture raggiungono un livello di qualità alto: Ospedale Mauriziano Umberto I (Torino), Humanitas Gavazzeni (Bergamo), Fondazione Poliambulanza (Brescia), Centro Cardiologico Fondazione Monzino (Milano), Irccs S. Raffaele (Milano), Ist. Clinico Humanitas (Rozzano), Ospedale di Treviso, Ospedale di Mestre, Ospedale di Vicenza, Presidio Ospedaliero Cattinara e Maggiore (Trieste), Presidio Ospedaliero SMM (Udine), Irccs Policlinico S. Orsola (Bologna), Stabilimento Umberto I - G. M. Lancisi (Ancona), Policlinico Universitario A. Gemelli (Roma), Az. Osp. Univ. Policlinico Tor Vergata (Roma), P.O. Clinicizzato SS. Annunziata (Chieti), Aoor S. Giovanni di Dio e Ruggi D’Aragona (Salerno).

**AREA MUSCOLO-SCHELETRICA**

**Frattura del collo del femore: migliora la concentrazione della casistica**



Sono 418 strutture (61%) che hanno raggiunto la soglia dei 75 interventi/annui indicata dal Dm 70, coprendo il 96% dell'attività chirurgica complessiva. Ma ben 173 strutture (25%) hanno volumi di attività particolarmente esigui (0,6% della casistica totale).

**Frattura del collo del femore: migliora la proporzione di pazienti over 65 anni operati entro le 48 ore, ma il 60% delle strutture rimangono al di sotto della soglia del Dm 70**

Il numero dei pazienti over 65 che sono entrati in camera operatoria tempestivamente è leggermente aumentata rispetto all'anno precedente: 53% rispetto al 48% nel 2021. Ma il numero di strutture con volumi di attività che non superano l'asticella indicata dal Dm 70 sono ben il 60%. Delle 356 strutture con volumi superiori a 100 ricoveri nel 2022, 121 hanno raggiunto la soglia del 60%.

**Le 10 strutture con proporzioni più elevate sono:** "Ospedale Monopoli", Presidio Ospedaliero Umberto I (Siracusa), "Presidio Ospedaliero S. Giovanni di Dio" (Agrigento), "Ospedale di San Dona' di Piave", "Ospedale Sandro Pertini" (Roma), "Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II" (Sciacca), "Policlinico Universitario Campus Bio Medico" (Roma), "Stabilimento di Jesi", "Istituto Clinico Humanitas" (Rozzano), "Casa Di Cura Latteri Valsava Srl" (Palermo).

**Interventi di protesi d'anca: completo riallineamento dei volumi al trend prepandemico.**

È proseguita la ripresa postpandemica (+mille ricoveri sull'anno precedente) fino al completo riallineamento al trend (+1,0%). Una ripresa che si registra in particolare nel settore privato che ha addirittura raggiunto livelli di attività superiori rispetto al periodo prepandemico (+13% nel 2021 e +24% nel 2022), mentre il settore pubblico ha visto ridursi il gap sul 2019, passando da -12% nel 2021 a -5,4% nel 2022.

**Interventi di protesi di ginocchio e della spalla: aumenta il peso del privato accreditato**

Nel 2022, si consolida il recupero già avviato nel 2021, che porta il settore privato a +21% e il settore pubblico a -15% rispetto al 2019. Nel complesso, la proporzione di casi trattati nel privato accreditato è passata dal 70% nel 2018 al 78% nel 2022.

Per quanto riguarda la protesi della spalla, il settore privato continua a fare la parte del leone (passando da +13% a +25% nel 2022). Il peso relativo del privato accreditato nell'ambito della chirurgia protesica della spalla è passato dal 57% nel 2018 al 74% nel 2022. Nel pubblico, a fronte del recupero ottenuto nel 2021 rispetto al 2019 (-8,4%), si osserva nel 2022 un saldo debolmente positivo (+5,3%).

**Valutazione sintetica dell'area osteomuscolare: treemap**

L'area osteomuscolare è valutata sinteticamente nel treemap attraverso 3 indicatori: frattura del collo del femore: intervento chirurgico entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero nei pazienti di età ≥65 anni; intervento di protesi di anca: riammissioni a 30 giorni; intervento di protesi di ginocchio: riammissioni a 30 giorni. È stata applicata una soglia di volume per struttura di almeno 80 interventi annui per le protesi di anca e le protesi di ginocchio, e di almeno 65 interventi annui per gli interventi per frattura del collo del femore. E chi non ha superato l'asticella, indipendentemente dall'esito, viene inserito comunque nelle strutture qualità molto bassa.

**Sono 338 strutture con tutti e tre gli indicatori del treemap valutati; tra queste, 28 raggiungono un livello di qualità molto alto:** Ospedale Maggiore Chieri, Presidio Sanitario Gradenigo (Torino), Policlinico San Marco Osio Sotto, Policlinico San Pietro (Ponte San Pietro), Ospedale di Suzzara, Osp. San Pellegrino (Castiglione delle Stiviere), Ospedale M. O. Antonio Locatelli (Piaro), Ist. Clin. Humanitas (Rozzano), Irccs Policlinico San Donato (San Donato Milanese), Ospedale Aziendale di Bressanone, Presidio Ospedaliero S. Chiara (Trento), Ospedale di Rovereto, Casa Di Cura Pederzoli (Peschiera del Garda), Ospedale di Feltre, Ospedale di Conegliano, Ospedale di Portogruaro, Ospedale di Cittadella, Ospedale Nuovo Valdarno (Montevarchi), Stabilimento di Fabriano, Ospedale CTO. A. Alesini (Roma), Casa di Cura S. Anna (Pomezia), Azienda Osp. S. Giovanni Addolorata (Roma), Policl. Univ. Campus Bio Medico (Roma), Ospedale Regionale F. Miulli (Acquaviva delle Fonti), P.O. Trigona (Noto), Ist.Ort. Villa Salus I. Galatioto Srl (Melilli), Casa di Cura Igea Snc (Partinico), Casa di Cura Noto Pasqualino Srl (Palermo).

**AREA PERINATALE**

**Numero di parti leggermente sopra l'atteso rispetto al trend**

In Italia, il numero di parti si è progressivamente ridotto nel corso del tempo (circa 68 mila parti in meno nel 2019 rispetto al 2015). Durante la pandemia, a partire dal 2021, si è registrata un'attenuazione del trend, con un incremento del 2,7% nel 2021 e del 6% nel 2022 rispetto all'atteso, pari a 32.500 ricoveri in più per parto nel biennio 2021-2022.

**Un terzo dei punti nascita sotto il limite dei 500 parti l'anno**

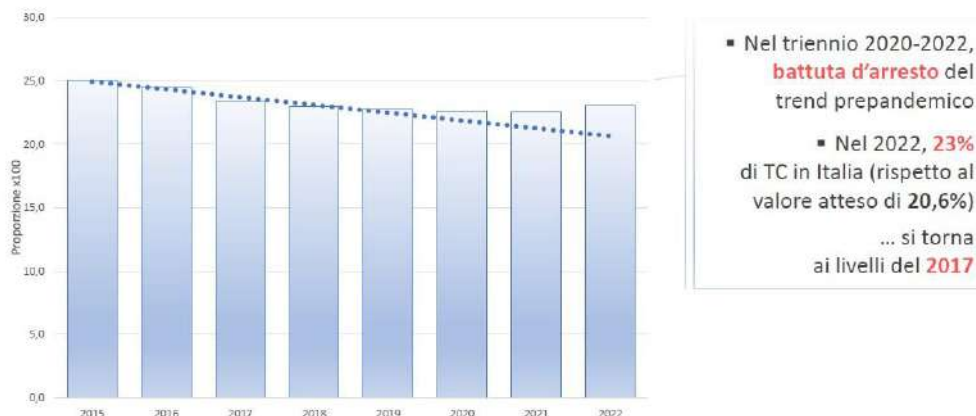
Per quanto riguarda la concentrazione dei parti, a fronte di una leggera riduzione dei punti nascita (da 442 nel 2021 a 434 nel 2022), circa un terzo di questi non ha raggiunto la soglia minima dei 500 parti/anno (per un valore corrispondente di casistica pari al 6,7%), mentre solo 140 punti nascita si sono posizionati oltre la soglia dei 1.000 parti/anno (pari al 63% del volume totale su base nazionale).

### **La percentuale dei parti con taglio cesareo (Tc) cresce ai livelli del 2017**

Si è registrata una battuta d'arresto nel trend di decrescita, con una percentuale in leggera risalita (23%), ai livelli del 2017. C'è un minore ricorso al TC nei punti nascita pubblici sopra i 1.000 parti l'anno, e una maggiore propensione alla pratica chirurgica da parte delle strutture private, anche dopo aggiustamento per gravità.

Su questo fronte persiste una marcata eterogeneità interregionale, con uno spiccato gradiente geografico: la gran parte delle regioni del Sud ha fatto registrare nel 2022 valori mediani di TC superiori al dato nazionale. Si registra anche una spiccata variabilità intraregionale, con strutture che superano il 40% in Campania, Sicilia, Lombardia, Puglia e Lazio.

### **Proporzione di parti con TC primario. Italia, 2025-2022**



### **Parti vaginali in donne con progresso Tc (Vbac): proporzione in leggera decrescita rispetto al trend**

La proporzione media di VBAC è risultata nel 2022 pari al 10%, in leggera decrescita sul 2021, e in controtendenza rispetto al trend positivo registrato negli anni precedenti. Permane, inoltre, una spiccata variabilità inter e intraregionale, con un gradiente Nord-Sud caratterizzato da valori mediani pari o superiori al 30% nelle province di Bolzano e Trento, e in Friuli Venezia Giulia, e valori al di sotto del 10% in molte regioni del Centro-Sud.

### **In diminuzione le episiotomie**

Il ricorso all'episiotomia è costantemente diminuito nel corso degli anni, passando dal 24% nel 2015 all'11% nel 2022. Persiste una marcata disomogeneità sul territorio, con valori tendenzialmente più elevati nell'Italia meridionale.

### **Valutazione sintetica dell'area gravidanza e parto: treemap**

L'area della gravidanza e parto è valutata nei treemap attraverso 3 indicatori: proporzione di parti con taglio cesareo primario; proporzione di parti vaginali in donne con progresso parto cesareo; proporzione di episiotomie nei parti vaginali. È stata applicata una soglia annua per struttura di almeno 500 parti.

**Sono 342 le strutture con tutti e tre gli indicatori del treemap valutati, di cui 50 raggiungono un livello di qualità molto alto.**

La regione che presenta la proporzione più alta di strutture con livello di qualità molto alto è l'Emilia-Romagna (11 strutture su 17, pari al 65%). In 9 regioni, nessuna struttura raggiunge un livello di qualità molto alto: Valle d'Aosta, Liguria, Lazio, Molise, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna.

## **CHIRURGIA ONCOLOGICA**

### **Tumore maligno della mammella: riallineamento degli interventi al trend pre pandemico**

Per quanto riguarda il carcinoma mammario, nel 2020 si è registrata una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, quantificabile in circa 7 mila ricoveri in meno rispetto all'atteso (-11%). Per contro, il biennio successivo si è caratterizzato per un riallineamento al trend pre pandemico (-1,2% nel 2021 e +0,1% nel 2022).

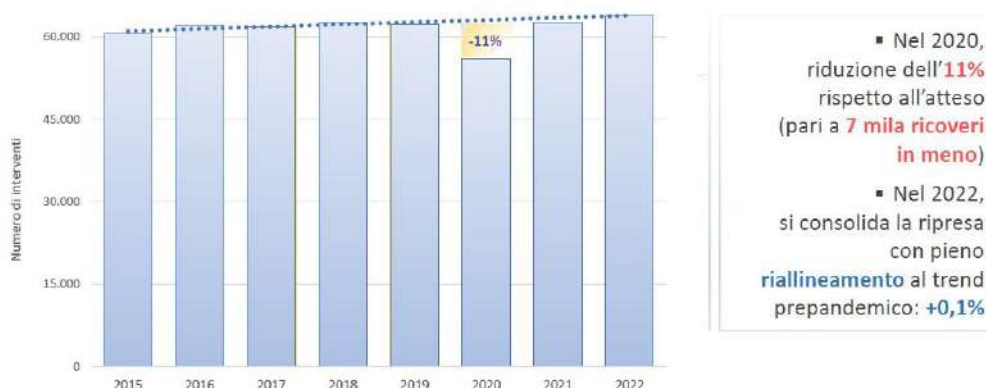
### **Il 77% degli interventi effettuati in reparti oltre la soglia del Dm 70.**

Sono 156 le unità operative con volume di attività uguale o superiore a 150 interventi/anno; il valore corrispondente di casistica è stato del 77% sul totale degli interventi effettuati a livello nazionale, in aumento rispetto al 74% del 2021 e al 67% del 2020.

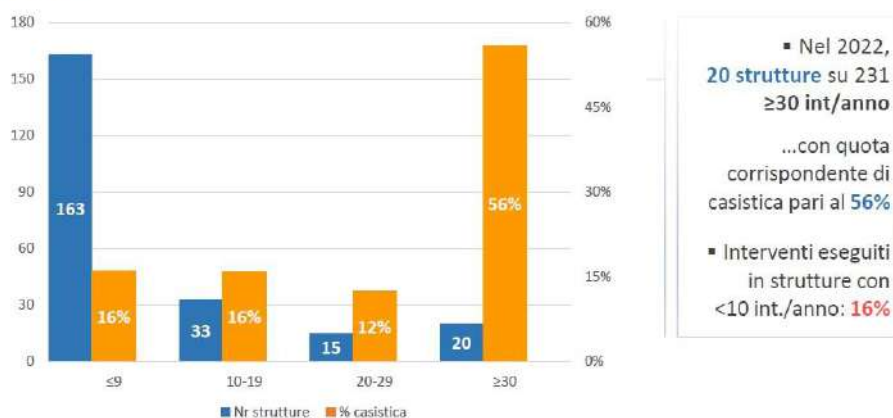
**Tumore maligno del pancreas: leggero incremento del numero di interventi, ma con elevata frammentazione della casistica**

Il tumore maligno del pancreas è l'unico tra quelli ad elevato impatto a non aver subito nel periodo della pandemia una significativa contrazione dei volumi. In fase pandemica, il numero degli interventi è rimasto pressoché invariato rispetto al trend (-0,6% nel 2020 e -2,2% nel 2021), mentre nel 2022 si è registrato un aumento rispetto al valore atteso (+2,7%). Ma a dispetto dell'elevata complessità dell'intervento, si segnala un numero non trascurabile di strutture (163, pari al 16% della casistica complessiva) al di sotto dei 10 interventi l'anno.

## Numero di interventi per TM mammario. Italia, 2015-2022



## TM pancreas: distribuzione delle strutture per volume di attività. Italia, 2022



### Valutazione sintetica area della chirurgia oncologica: treemap

Sono stati tre gli indicatori utilizzati per questa area: proporzione di nuovi interventi di resezione entro 120 giorni da un intervento chirurgico conservativo per tumore maligno della mammella; intervento chirurgico per TM polmone: mortalità a 30 giorni; intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni

È applicato un vincolo per struttura di almeno 135 interventi annui per il tumore maligno della mammella, di almeno 85 interventi per il tumore del polmone e di almeno 45 interventi per il tumore del colon.

**Sono 116 strutture con tutti e tre gli indicatori del treemap valutati. Le 4 strutture con livello di qualità molto alta sono:** Ospedale di Mestre, Aou di Padova, Stabilimento Umberto I - G. M. Lancisi (Ancona), Policlinico Universitario A. Gemelli (Roma).

**Le 28 strutture con livello di qualità alta sono:** Az. Ospedaliera S. Croce e Carle (Cuneo), Humanitas Gavazzeni (Bergamo), Ospedale di Circolo e Fondazione Macchi (Varese), Pres. Ospedaliero Spedali Civili (Brescia), Ospedale S. Gerardo (Monza), Ospedale Ca' Granda-Niguarda (Milano), Irccs S. Raffaele (Milano), Istituto Europeo di Oncologia (Milano), Ist. Clin. Humanitas (Rozzano), Casa di Cura Pederzoli (Peschiera del Garda), Ospedale di Treviso, Presidio Ospedaliero SMM (Udine), Ospedale Morgagni-Pierantoni (Forlì), Azienda Ospedaliero-Universitaria (Parma), Aou (Modena), Irccs Policlinico S. Orsola (Bologna), Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, Azienda Ospedaliera Universitaria Senese, Aou Careggi (Firenze), Ao San Camillo-Forlanini (Roma), Policlinico Umberto I (Roma), P.O. Spirito Santo (Pescara), A.O.U. Federico II di Napoli, Ospedale Lecce V. Fazzi, Istituto Tumori Giovanni Paolo II (Bari), Consorziale Policlinico Bari, Ospedali Riuniti di Foggia, Nuovo Ospedale Garibaldi – Nesima (Catania).

### **Colecistectomia laparoscopica**

Nel 2020, il numero di interventi si era drasticamente ridotto rispetto al periodo pre-pandemico (-29%), mentre nel biennio successivo si è osservato un recupero sul trend (-15% nel 2021 e -4,6% nel 2022). Aumenta la proporzione di ricoveri con degenza post-operatoria inferiore a 3 giorni: si è passati dal 73% del 2015 all'86% del 2022; si è inoltre ridotta la variabilità tra le strutture sul territorio nazionale, segno di un miglioramento diffuso dei livelli di sicurezza dell'assistenza.

Si riducono per contro i ricoveri in day surgery (inclusi quelli con un pernottamento): -42% nel 2020, rispetto al trend pre-pandemico, con un modesto recupero nel biennio successivo (-31% nel 2021 e -16% nel 2022). Tale dato suggerisce una difficoltà a riorientare la ripresa delle attività verso modalità alternative al ricovero ordinario che in epoca precedente avevano contrassegnato lo sforzo di miglioramento dell'appropriatezza organizzativa.

### **Il treemap come strumento per le attività di audit**

Nel 2022 circa un terzo delle strutture è stato valutato solo per una o due aree cliniche. Delle 331 strutture valutate per almeno 6 aree cliniche solo l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano ha una valutazione di qualità alta o molto alta per tutte le aree cliniche considerate. Tra le strutture pubbliche, quella che ha riportato una valutazione migliore è l'Azienda Ospedaliera Universitaria delle Marche, con qualità alta o molto alta in 6 aree. Nella stragrande maggioranza delle strutture ospedaliere convivono aree di qualità alta o molto alta con aree di qualità di livello basso o molto basso.

La proporzione di strutture con livello di qualità alto o molto alto per almeno il 50% dell'attività svolta è aumentata rispetto al 2021, passando dal 23% al 26% nel 2022.

Il treemap rappresenta uno strumento operativo per identificare aree critiche rispetto alle quali avviare un percorso di audit sulla qualità dei dati e sul percorso clinico organizzativo. Il numero complessivo di audit è pari a 467 distribuiti in 261 strutture, prevalentemente concentrati nelle aree cliniche "Gravidanza e Parto" (soprattutto in relazione ai parti vaginali dopo TC e alle episiotomie nei parti vaginali) e "Osteomuscolare" (relativamente alla tempestività degli interventi dopo frattura del femore nei pazienti di età  $\geq 65$  anni).

### **Disuguaglianze nell'assistenza sanitaria: svantaggio delle donne nell'accesso tempestivo alla Ptca e aumento della mortalità a 30 giorni dopo infarto rispetto agli uomini**

Con riferimento all'area cardiovascolare, si è registrata anche nel 2022 una proporzione minore di donne con Stemi che accedono tempestivamente alla Ptca (43%) rispetto agli uomini (54%). Occorre, inoltre, sottolineare come lo svantaggio determinato dall'accesso non tempestivo alla Ptca si traduca in un aumento della mortalità a 30 giorni da un episodio di IMA.

### **Frattura di femore nei pazienti di età $\geq 65$ anni: svantaggio per gli uomini nella tempestività dell'intervento**

La proporzione di interventi chirurgici per frattura di femore in pazienti di età  $\geq 65$  anni eseguiti entro 48 ore è tendenzialmente più bassa per gli uomini (46%) rispetto alle donne (51%); tale divario si ripropone in quasi tutte le regioni italiane, seppur con differenti livelli di variabilità intra-regionale.

### **Donne straniere: meno tagli cesarei ma alto rischio di riospedalizzazione**

In area perinatale, i risultati confermano un ricorso al TC primario significativamente minore per le donne immigrate rispetto alle italiane. Di contro, per le immigrate che siano state previamente sottoposte a un TC emerge un rischio di riammissione durante il puerperio (a 42 giorni dal parto) significativamente più elevato.

### **Ospedalizzazioni evitabili nella popolazione straniera: tassi superiori per infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete e ipertensione arteriosa**

Per quanto riguarda le ospedalizzazioni evitabili, emerge nel 2022 un quadro eterogeneo, con una tendenza da parte della popolazione immigrata a presentare tassi superiori a quelli della popolazione italiana in molti contesti regionali per infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete a medio e lungo termine, amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici e ipertensione arteriosa.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117826](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117826)

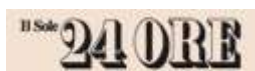
## NaDEF, allarme GIMBE: "Sanità pubblica verso il baratro"

*Le stime della NaDEF 2023 confermano che la sanità rimane la "cenerentola" dell'agenda politica per varie ragioni. Lo afferma la **Fondazione Gimbe** che ha realizzato un'analisi indipendente della NaDEF 2023 relativamente alla spesa sanitaria.*

*Innanzitutto, il rapporto spesa sanitaria/PIL del 6,7% del 2022 scende al **6,6% nel 2023 e continuerà a calare negli anni successivi, sino a raggiungere il 6,1% nel 2026, un valore inferiore a quello pre-pandemico del 2019 (6,4%)**; in secondo luogo, nel triennio 2024-2026 la NaDEF stima una crescita media annua del PIL nominale del 3,5%, a fronte dell'1,1% di quella della spesa sanitaria, ovvero un investimento che impegna meno di 1/3 della crescita attesa del PIL; infine, nonostante le dichiarazioni programmatiche sugli stanziamenti 2024-2026 da destinare al personale del SSN, la NaDEF 2023 non fa alcun cenno alla graduale abolizione del tetto di spesa per il personale sanitario, priorità assoluta per rilanciare le politiche del capitale umano. "I numeri della NaDEF 2023 – chiosa Cartabellotta – certificano che, in linea con i Governi degli ultimi 15 anni, la sanità pubblica non rappresenta affatto una priorità politica neppure per l'attuale Esecutivo".*

*"Se a parole la NaDEF 2023 afferma l'intenzione di stanziare risorse per il rilancio del personale sanitario nel prossimo triennio – conclude Cartabellotta – i numeri non lasciano intravedere affatto i fondi necessari, ma viceversa documentano segnali di **definanziamento** della sanità pubblica ancor più evidenti di quelli del DEF 2023, le cui stime previsionali sulla spesa sanitaria sono state riviste al ribasso. Oggi la grave crisi di sostenibilità del SSN non garantisce più alla popolazione equità di accesso alle prestazioni sanitarie con pesanti conseguenze sulla salute delle persone e sull'aumento della spesa privata. A fronte di questo scenario, le stime NaDEF 2023 spingono la sanità pubblica sull'orlo del baratro, confermando che il rilancio del SSN non rappresenta una priorità politica nell'allocatione delle, pur limitate, risorse. Scivolando, lentamente ma inesorabilmente, da un Servizio Sanitario Nazionale basato sulla tutela di un diritto costituzionale, a 21 sistemi sanitari regionali basati sulle regole del libero mercato. E, ignorando, rispetto ad altri paesi, che lo stato di salute e benessere della popolazione condiziona la crescita del PIL: perché chi è malato non produce, non consuma e, spesso, limita anche l'attività lavorativa dei propri familiari".*

<https://finanza.lastampa.it/News/2023/10/03/nadef-allarme-gimbe-sanita-pubblica-verso-il-baratro-/NDVfMjAyMyOxMCOwM19UTEI>



## **Ssn sotto l'attacco incrociato di inflazione, Covid e cambiamenti climatici: l'analisi di esperti della Cattolica di Roma per conto dell'European Observatory on Health Systems and Policies dell'Oms**

*Cambiamenti climatici e inflazione, ma anche il conflitto in Ucraina e ancora il Covid potrebbero mettere a dura prova il Sistema sanitario italiano, con un aumento dell'onere sanitario dovuto alle ondate di calore (nel 2022 l'Italia è maglia nera per i decessi attribuibili all'afa killer), ma anche con problemi di finanziamento legati anche all'inflazione del 12% su base annua, a fronte di un aumento di appena il 3% del fondo sanitario nel 2022.*

*Sono alcuni dei dati emersi dall'analisi condotta dall'Università Cattolica, campus di Roma che coordina la redazione del Report sul Sistema Sanitario Italiano per conto dell'European Observatory on Health Care Systems and Policies dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms).*

*Il gruppo di lavoro è stato guidato da Walter Ricciardi (Professore ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia) e da Antonio G. de Belvis (Professore associato presso la Facoltà di Economia).*

*Il Team di ricercatori, dottorandi e medici in formazione specialistica dell'UCSC di Roma che hanno contribuito alla realizzazione del Report è costituito da: dott. Andrea Adduci, prof.ssa Fidelia Cascini, dott.ssa Alisha Morsella, dott. Alessio Perilli, dott. Alessandro Solipaca.*

*Per l'Università Bocconi di Milano, hanno collaborato il prof. Giovanni Fattore e la prof.ssa Michela Meregaglia. Il Report presenta, inoltre, le prime analisi dell'impatto congiunto sul nostro sistema sanitario delle cosiddette "4 C" (Clima, Conflitto in Ucraina, Covid e Costi/inflazione) e sarà presentato ufficialmente alla Commissione Europea e alla comunità internazionale di Sanità pubblica il prossimo 11 novembre a Dublino.*



## **Clima**

Per quanto riguarda il Clima, analizzando il dato definitivo dell'estate 2022 durante la quale diverse città italiane hanno registrato temperature di 2,5 °C superiori alla media, soltanto nel mese di luglio è stato registrato un aumento di quasi il 30% della mortalità tra gli anziani. Tra i principali Paesi analizzati dall'Observatory, in termini assoluti, sempre nel 2022 il maggior numero di decessi attribuibili alle ondate di calore si è registrato proprio in Italia, con un totale di 18.010 decessi; a seguire

Spagna (11.324) e Germania (8.173). Analizzando i dati in base al tasso di mortalità relativa alle ondate di calore, il primato spetta sempre all'Italia, con 295 decessi per milione di abitanti, seguita da Grecia (280), Spagna (237) e Portogallo (211). La media europea si attesta a 114 morti per milione di abitanti.

## **Covid**

Al 31 dicembre 2022, l'Italia rappresenta il primo Paese dell'Unione Europea per numero complessivo di decessi per Sars-CoV-2 (184.918), di cui 47.516 decessi nell'anno 2022. Sempre nel 2022, i casi confermati in Italia sono stati 19.06 milioni, tra i valori più alti nell'Unione Europea, inferiore solamente a quello della Germania (30.38 milioni) e della Francia (29.43 milioni).

Durante l'anno 2022, i ricoveri per COVID-19 in Italia, sono stati oltre 2 milioni.

La pandemia ha portato a rilevanti ripercussioni anche sull'evoluzione della spesa sanitaria, a livello internazionale.

Lo scenario emergenziale, infatti, ha generato costi sia diretti che indiretti per il sistema sanitario, legati alla gestione e al trattamento dei pazienti affetti da Covid-19 e all'ampliamento delle capacità di assistenza.

Contestualmente, le misure restrittive e le limitazioni imposte all'attività economica hanno provocato un netto calo del Pil nella maggior parte dei Paesi dell'Ue. Tra il 2019 e il 2020, l'incremento medio della spesa sanitaria pro capite nei Paesi dell'Unione Europea è stato del 5,5%.

Al contrario, il Pil pro capite ha registrato un decremento medio di circa il 5% nello stesso lasso temporale.

Questo ha comportato che la spesa sanitaria, in termini di rapporto con il Pil, sia cresciuta di circa 1 punto percentuale, attestandosi al 10,9% nel 2020 a livello dell'intera Unione Europea. In Italia, la pandemia ha provocato un forte aumento della spesa sanitaria in rapporto al Pil, passata dall'8,7% nel 2019 al 9,7% nel 2020.

## **Costi e inflazione**

Infine, anche l'inflazione ("Costs"), esplosa negli ultimi anni, potrebbe rappresentare un rischio per il nostro sistema sanitario in termini di costi e finanziamento. Per il 2023, il finanziamento del Ssn previsto aumenta di 4 miliardi rispetto al 2022, raggiungendo i 128 miliardi.

Tale incremento sarebbe effettivamente del 3%, poiché l'inflazione ha raggiunto quasi il 12% su base annua.

Quindi, a causa dell'inflazione, la spesa in termini reali tornerebbe appena sotto il livello del 2019. Un aumento dei costi dovuto all'inflazione, ad altri effetti della guerra e a vincoli dovuti al Covid negli scambi commerciali con l'Asia orientale ha causato un aumento medio del 20% del budget del Pnrr rispetto a quanto originariamente previsto: questo rappresenta una grande preoccupazione per il governo italiano.

## **Conflitto in Ucraina**

Per quanto si disponga ancora di poche informazioni che permettano di stabilire l'impatto sul Ssn del Conflitto, si stima che, a giugno 2023, siano 183.685 gli ucraini giunti in Italia, di cui oltre 50.000 minori, sulle cui condizioni di salute fisica e psichica poco si sa ad oggi. È quindi difficile attualmente quantificare l'impatto sul Ssn delle cure eventualmente necessarie per queste persone.

A causa del Conflitto in Ucraina, circa 6.2 milioni di persone sono fuggite dall'Ucraina, varcando i confini nazionali. In Europa, è la Polonia ad ospitare il numero maggiore di profughi dall'Ucraina (circa il 60% di tutti i rifugiati). «Molti dei 53 sistemi sanitari della Regione Europea dell'Oms, che va dall'Atlantico al Pacifico, stanno affrontando un momento di grave difficoltà. La nostra analisi, realizzata secondo metodologie rigorose e standardizzate di comparazione, ci permette di mutuare ed adattare strategie utili anche nel nostro contesto, proprio grazie al confronto con sistemi sanitari simili al nostro», dichiarano i professori Ricciardi e de Belvis.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-10-16/ssn-sotto-attacco-incrociato-inflazione-covid-e-cambiamenti-climatici-l-analisi-esperti-cattolica-roma-conto-dell-european-observatory-on-health-systems-and-policies-dell-oms-100628.php?uuid=AFYjPPGB&cmpid=nlqf>



Documento redatto per:



**FNOMCeO**

Federazione Nazionale degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

## IL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

INDAGINE SU OPINIONE PUBBLICA E PERSONALE MEDICO

OTTOBRE 2023

N. n. prog. 173-01-2023

### 2 INTRODUZIONE

In occasione dell'evento che si svolgerà a Ottobre sul Sistema Sanitario Nazionale, la Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha espresso la necessità di effettuare una ricerca presso l'opinione pubblica e professionisti del settore (medici e odontoiatri), con particolare riferimento al SSN come fattore determinante per unire il Paese e farlo crescere.

La ricerca ha seguito un impianto metodologico di tipo quantitativo, con lo svolgimento di:



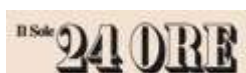
1.000 interviste CATI/CAWI a un campione della popolazione italiana dai 15 ai 75 anni



300 interviste CATI a un campione di professionisti tra medici e odontoiatri

Le interviste sono state svolte da 21 Settembre al 4 Ottobre 2023.

<https://portale.fnomceo.it/plebiscito-per-il-ssn-per-tre-italiani-su-quattro-la-sanita-deve-essere-pubblica/>



## **D'Ascenzo (Inail): nel 2022 più infortuni (+24,6%) e meno decessi (-15,2%), serve un piano efficace**

di Er.Di.

Nel 2022 sono stati denunciati all'Inail 703.432 infortuni sul lavoro, circa 139mila in più rispetto agli oltre 564mila del 2021 (+24,6%). Questo aumento è dovuto sia ai contagi professionali da Covid-19, passati dai 49mila del 2021 ai 120mila del 2022, sia agli infortuni "tradizionali". Lo ha detto il commissario straordinario dell'Inail, Fabrizio D'Ascenzo, che questa mattina ha presentato a Roma la Relazione annuale 2022 sottolineando la riduzione degli infortuni mortali pari a 1.208, in calo del 15,2% rispetto ai 1.425 del 2021.

*È necessario pianificare efficaci e mirate strategie per abbattere il numero degli infortuni e delle malattie professionali - ha detto D'Ascenzo - consolidando la sinergia tra istituzioni, parti sociali, lavoratori e imprese con l'obiettivo comune di diffondere ulteriormente la cultura della prevenzione, per la crescita sociale ed economica del Paese".*

*La contrazione dei decessi è legata interamente ai contagi da Covid-19 che hanno causato oltre 230 decessi nel 2021 e 8 nel 2022. Gli infortuni mortali accertati sul lavoro sono stati 606 (-21,7%) mentre quelli avvenuti "fuori dell'azienda" sono 365, pari a circa il 60% del totale (45 casi sono ancora in istruttoria). Gli incidenti plurimi sono stati 19 per un totale di 46 decessi, 44 dei quali stradali. "La cultura della sicurezza - ha aggiunto D'Ascenzo - è un bene che non deve essere coltivato e alimentato esclusivamente all'interno delle aziende, ma in ogni ambito della vita come ha ricordato anche il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, in occasione dell'inaugurazione del Forum della ricerca Made in Inail quando ha definito la sicurezza sul lavoro un banco di prova primario per la civiltà di un Paese".*

#### **Nei primi 8 mesi 2023 infortuni in calo del 20,9%**

*D'Ascenzo ha anticipato, inoltre, i dati dei primi 8 mesi del 2023 che registrano 383.242 denunce di infortunio, in calo del 20,9% rispetto allo stesso periodo del 2022 e dell'8,1% rispetto al 2019, anno pre-pandemia. Le denunce con esito mortale sono 657, 20 in meno rispetto al periodo gennaio-agosto 2022, e 28 in meno rispetto al 2019. Le denunce di malattia professionale sono 48.514, con un aumento del 23,2% rispetto allo stesso periodo del 2022. L'incremento è del 18,2% rispetto al 2019. I dati saranno oggetto di approfondimento e pubblicati nei prossimi giorni nella sezione Open Data dell'Istituto.*

#### **Nel 2022 oltre 7,3 milioni di prestazioni sanitarie per infortuni**

*Nel 2022, ha ricordato ancora il commissario straordinario D'Ascenzo, l'Inail ha fornito circa 7,3 milioni di prestazioni sanitarie per infortuni e malattie professionali, mentre le prestazioni per "prime cure" effettuate presso i 128 ambulatori dell'Istituto sono state più di 521mila. Il Centro Protesi, insieme alle sue filiali e ai suoi otto punti di assistenza dislocati sul territorio nazionale, ha erogato complessivamente 6.593 prestazioni di assistenza protesica a favore di 4.332 persone. A queste si aggiungono 4.079 prestazioni per la fornitura di ausili per la cura e igiene personale, l'informatica, la mobilità e la domotica, che hanno interessato 3.493 infortunati e tecnopatici.*

#### **Sono 632.892 le rendite attive nel 2022, 500 milioni per il bando ISI 2023**

*Al 31 dicembre 2022, secondo la relazione illustrata da D'Ascenzo, il portafoglio dell'Inail registra 632.892 rendite in gestione per inabilità permanente e ai superstiti, in calo del 2,9% rispetto all'anno precedente. Le rendite di nuova costituzione sono circa 16.700. Sul fronte della prevenzione, attraverso il bando ISI, a partire dal 2010 l'Istituto ha stanziato oltre tre miliardi a fondo perduto per sostenere le imprese nella realizzazione di progetti di miglioramento dei livelli di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. L'edizione 2022 ha messo a disposizione 333,4 milioni, mentre per il 2023 è previsto un investimento di ulteriori 500 milioni.*

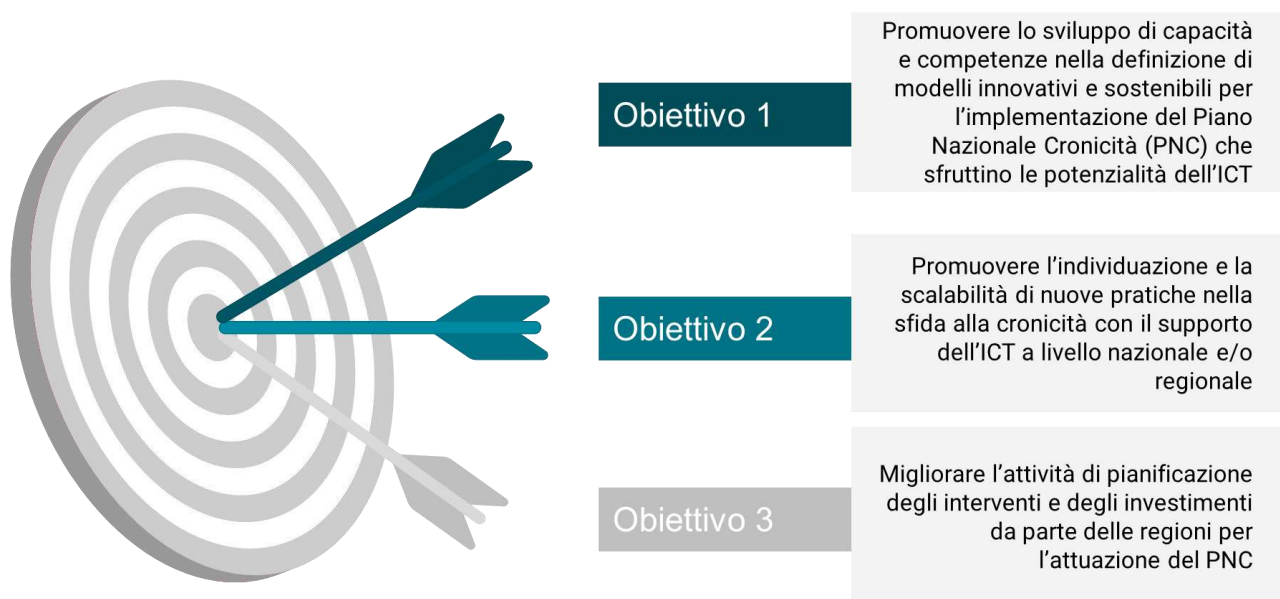
<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-04/d-ascenzo-inail-2022-piu-infortuni-246percento-e-meno-decessi-152percento-serve-piano-efficace-103827.php?uuid=AFr7cK6&cmpid=nlqf>

## Il progetto

**Il progetto PON GOV Cronicità** si inserisce nell'ambito del PON GOV Capacità Istituzionale 2014-2020 che intende contribuire efficacemente al rafforzamento della pubblica amministrazione.

Obiettivo del progetto è favorire l'adozione di modelli di gestione per la cronicità innovativi e sostenibili che mettano al centro la persona. In quest'ottica, il progetto promuove la riorganizzazione dei processi di gestione della cronicità attraverso la definizione, il trasferimento e il supporto all'adozione, in ambito regionale, di strumenti metodologici e operativi volti a supportare la definizione di modelli locali innovativi.

Integrare i modelli di cura tramite il supporto dell'ICT consente di sviluppare un lavoro in rete per migliorare l'offerta di cure, contenendo la spesa per le malattie croniche. L'innovazione risiede nella scelta di promuovere, sia a livello centrale che territoriale, un approccio multi profilo e multidisciplinare volto a sostenere il dialogo organizzativo per la costruzione di una cassetta degli attrezzi che metta le Regioni in condizioni di valutare e pianificare, con le Aziende Sanitarie e i portatori di interesse, azioni e investimenti per sostenere la sfida alla Cronicità con il supporto dell'ICT.



Beneficiario

Ministero della Salute



Risorse assegnate

€15.496.185,48



Inquadramento

- Asse: 1
- Obiettivo Specifico: 1.3
- Azione: 1.3.2



Durata

2017-2023



Destinatari

- Ministero
- Regioni
- Aziende

<https://osservatoriocronicita.it/index.php/chi-siamo/il-progetto>

## **Il lungo assedio al Ssn.**

**Nerina Dirindin, Università di Torino.**

*Da oltre un quarto di secolo il Servizio sanitario nazionale è sfiancato da una lenta opera di logoramento. I responsabili politici e tecnici della sanità pubblica hanno aderito acriticamente al pensiero neoliberista dominante che riteneva il sistema insostenibile, inefficiente, desueto e hanno preferito contare sempre più sul privato piuttosto che operare per qualificare seriamente il sistema pubblico. È ora di dire basta.*

*L'avevamo chiamato assalto (all'universalismo) – leggi [qui](#) e [qui](#) – , ma ora è chiaro che è stato un assedio; e forse adesso è un'invasione. I lettori perdoneranno il linguaggio bellico, ma rende bene l'idea.*

*Da oltre un quarto di secolo il Servizio sanitario nazionale (Ssn) è sotto attacco. Non si tratta di un'azione improvvisa, violenta e manifesta (caratteristiche proprie di un assalto), ma di una lenta opera di logoramento volta a conquistare territori ambiti, affamando la popolazione e costringendola alla resa (caratteristiche proprie di un assedio). Un'opera volta a isolare l'assediato in modo che non possa ricevere rifornimenti dall'esterno, evitando devastazioni poco cavalleresche, tenendo il rivale sotto scacco, fiaccandone lentamente la resistenza fino a spingerlo a consegnarsi per salvaguardare la propria incolumità.*

*Rileggendo questa estate la storia dell'assedio di Torino del 1706, mi sono ritrovata a pensare che l'indebolimento della sanità pubblica è frutto di un'opera messa in atto con le strategie degli assedi cosiddetti scientifici che, oltre alla tecnica della presa per fame e per sete, cercano di praticare delle breccie – attentamente studiate dagli esperti militari – per stremare l'assediato e indurlo alla resa, percepita alla fine come una liberazione dal rischio di morire.*

*L'assedio di Torino è uno dei pochi casi conclusosi con la fuga degli assediati; gli storici attribuiscono il merito alla capacità di mettere in atto una strategia difensiva altrettanto scientifica, progettando e realizzando azioni di resistenza e difesa (sistemi di fortificazione, gallerie sotterranee, un enorme pozzo di rifornimento di acqua, accumulo di munizioni, scorte di cibo grazie al coinvolgimento dei contadini dei territori limitrofi, ecc.). La città si attrezzò negli anni, consapevole di poter essere oggetto di assedi cruenti e pericolosi.*

*Anche il Ssn ha subito qualcosa di simile a un lungo assedio. E questo è avvenuto da quando anche l'Italia è stata contagiata dall'epidemia di riforme che hanno coinvolto i sistemi sanitari di mezzo mondo, in nome del neoliberismo e delle leggi del mercato (R. Klein).*

*All'inizio ci fu, nel 1992, l'assalto improvviso e spregiudicato della legge De Lorenzo che, insieme all'aziendalizzazione, introdusse – fra l'altro – le “forme di assistenza differenziate” e la “libera professione intramuraria”. Ma le forze che volevano contenere il ruolo della sanità pubblica e aprire alla privatizzazione del Ssn presero atto delle contrarietà della popolazione e del Parlamento (che approvò ben due riforme per modificare il d.lgs. 502/1992) e decisero di adottare una strategia fatta di attesa e azione: attesa del progressivo, autonomo logoramento del Ssn e azione per creare breccie e invadere il campo.*

*Purtroppo, diversamente dalla città di Torino, il Ssn non riuscì a definire una linea difensiva all'altezza della sfida: la riforma del '99 sembrava sufficiente, le breccie aperte dagli assediati apparivano temporanee, la resistenza puntò tutto sulla dedizione dei professionisti (imponendo condizioni di lavoro e remunerazioni inaccettabili in tempi normali), la popolazione imparò a tollerare accessi sempre più dilazionati e tortuosi, la programmazione sanitaria venne svuotata di ruolo e risorse, ecc).*

*Una linea difensiva che giocava al ribasso e che non poteva che comportare la perdita progressiva di alcune importanti funzioni della sanità pubblica, a partire da quella di regia pubblica nelle politiche per la salute.*

*Salvo poche voci dissonanti rimaste inascoltate, nessuno si oppose alla riduzione del Ssn all'osso: nel personale, nei posti letto ospedalieri, nei consultori, nei centri di salute mentale, nella prevenzione collettiva, nella manutenzione delle tecnologie, nelle scorte di dispositivi per le emergenze, ecc. L'idea di avere un po' di ridondanza per affrontare gli imprevisti appariva del tutto fuori luogo, antistorica e sprecona.*

*Il tutto in un contesto in cui prevaleva l'idea che ridurre il ruolo dello Stato e lasciar fare al mercato fosse la soluzione migliore, e non solo nella sanità. Le forze assediati, portatrici degli interessi privati del settore, hanno sempre guardato al Ssn come a un ostacolo allo sviluppo del mercato delle prestazioni sanitarie e del mercato delle coperture assicurative, indifferenti agli effetti in termini di equità dell'impoverimento della sanità pubblica.*

*Al contempo, i responsabili politici e tecnici della sanità pubblica hanno aderito acriticamente al pensiero neoliberista dominante che riteneva il sistema insostenibile, inefficiente, desueto e hanno preferito contare sempre più sul privato piuttosto che operare per qualificare seriamente il sistema pubblico. Un errore gravissimo.*



E così, con la complicità dei media (che denunciavano la malasana dimenticando le tante buone sanità), si diffuse un pensiero unico che univa le ambizioni del privato e il disimpegno del pubblico, e approntava le brecce per la crescita del mercato for profit (attraverso i fondi integrativi, il superticket, il mancato controllo dei tempi di attesa, ecc).

Emblematico è il tetto alla spesa per il personale dipendente del 2011, che ha costretto anche i più attenti decisori a esternalizzare i servizi o aumentare il ricorso al privato accreditato: quale imprenditore razionale, consapevole che la sua offerta dipende dal personale di cui può disporre, si autolimiterebbe nella possibilità di assumere professionisti qualificati, favorendo così la concorrenza?

Poi è arrivata la pandemia. Gli operatori del Ssn (gli assediati) si sono trovati senza scorte (di posti letto, di servizi sul territorio, di dispositivi, ...) e hanno cercato di supplire con il loro impegno. Durante la pandemia il Ssn è stato fortificato, ma con provvedimenti emergenziali e non strutturali. Oggi, la situazione è particolarmente preoccupante non solo perché troppe persone faticano ad accedere ai servizi, ma soprattutto perché stanno tornando, a uno a uno, tutti gli argomenti che credevamo fossero stati spazzati via dalla pandemia: la salute non è più una priorità. Di fronte all'inevitabile rigore che comunque sarà reintrodotta, arrestare il declino del SSN sembra quasi impossibile. E una piccola (o grande) spending review sembra già essere stata scritta.

In realtà, bisognerebbe dichiarare inaccettabili ulteriori dosi di austerità nel settore sanitario.

È pensabile proporre di battersi in Europa per escludere dal calcolo del debito per un congruo numero di anni gli investimenti necessari per ripristinare un'adeguata dotazione di personale sanitario e un'adeguata remunerazione dei professionisti della salute, nei paesi meno strutturati?

La formazione e l'inserimento nel sistema sanitario di una adeguata dotazione di capitale umano è, in un settore ad alta intensità di lavoro, altrettanto fondamentale quanto l'acquisizione di apparecchiature tecnologiche o la realizzazione di strutture sanitarie. Chi può battersi per questo?

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/il-lungo-assedio-al-ssn/>

## Sostenibilità della sanità

quotidianosanita.it

### 73ª sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms.

Hans Kluge: "Ecco i tre pilastri per una regione europea resiliente"

Molte lezioni sono state apprese in questi anni dal contrasto della pandemia Covid, come dal controllo di mpox. Sono arrivate altresì risposte tempestive alle epidemie di poliomielite grazie ai governi di Tagikistan, Israele e Ucraina, ma "non possiamo abbassare la guardia". Così il direttore dell'Ufficio europeo dell'Oms, rilanciando la necessità di ripartire perseguendo alcuni precisi obiettivi sintetizzati in tre principali pilastri: governance resiliente, sistemi sanitari resilienti e persone resilienti.

**25 OTT -**

Quella europea non è più da considerarsi come una regione resiliente ai disastri. Molte lezioni sono state imparate dalla pandemia di Covid, dal controllo di mpox, così come dalla risposta rapida alle epidemie di poliomielite grazie ai governi di Tagikistan, Israele e Ucraina, ma "non possiamo abbassare la guardia".

A fare il punto è il direttore dell'Ufficio europeo dell'Oms, **Hans Henri Kluge**, in un lungo discorso in occasione della 73ª sessione del Comitato Regionale per l'Europa dell'Oms. Per ripartire, occorre perseguire alcuni precisi obiettivi sintetizzati da Kluge in tre principali pilastri.

**Riportiamo di seguito alcuni estratti del discorso di Hans Henri Kluge.**

"Molti Stati membri ci hanno chiesto di lavorare per la resilienza come risposta alla permacrisi. Resilienza significa riprendersi più forti da una crisi, e il programma del Comitato regionale si inserisce molto bene in questa visione, basandosi sull'approccio a doppio binario che ho chiesto a Tel Aviv l'anno scorso. Sono 3 i pilastri per una regione europea resiliente dell'Oms:

- 1. Governance resiliente**
- 2. Sistemi sanitari resilienti**
- 3. Persone resilienti.**

La regione europea dell'Oms non è più la regione resiliente ai disastri che credevamo fosse. Sì, abbiamo imparato molte lezioni dalla pandemia di Covid, dal controllo riuscito dell'mpox e dal passaggio all'eliminazione, dal controllo rapido delle epidemie di poliomielite grazie all'impegno politico dei governi di Tagikistan, Israele e Ucraina, ma non possiamo abbassare la guardia.

Molti Stati membri ci hanno chiesto di lavorare per la resilienza come risposta alla permacrisi. Resilienza significa riprendersi più forti da una crisi, e il programma del Comitato regionale si inserisce molto bene in questa visione, basandosi sull'approccio a doppio binario che ho chiesto a Tel Aviv l'anno scorso. Riconosco 3 pilastri di una regione europea resiliente dell'Oms, che è il titolo del mio discorso annuale di oggi: governance resiliente, sistemi sanitari resilienti, persone resilienti. Ora vi guiderò attraverso questi 3 pilastri".

### **Il primo pilastro è la governance resiliente.**

Che cosa significa? Significa una governance partecipativa, allineata con i processi globali e che, in ultima analisi, lavora per un'Oms resiliente. Cominciamo con la governance partecipativa. Durante le riunioni degli organi direttivi dell'Oms, molti di voi Stati membri hanno espresso il desiderio di esercitare il proprio ruolo di governatore dell'Oms, per essere ancora più partecipativi.

La seconda caratteristica di una governance resiliente è l'allineamento con i processi globali. Una prima dimensione dell'allineamento, a mio avviso, è quella di lavorare all'unisono con l'agenda del Segretario generale delle Nazioni Unite. La seconda dimensione dell'allineamento è ovviamente con le politiche globali dell'OMS. Stiamo lavorando molto duramente per fornire un forte contributo paneuropeo alla 28a Conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici, che per la prima volta avrà una giornata dedicata alla salute il 3 dicembre a Dubai.

La terza dimensione dell'allineamento è quella che io chiamo collaborazione interregionale: rafforzare l'unità e la coerenza interna dell'Oms. questa dimensione interregionale rende i nostri paesi più forti in patria e più visibili all'estero, ed è un'ottima piattaforma, dopo la pandemia, per lavorare insieme verso il raggiungimento dell'equità sanitaria globale, anche per quanto riguarda il finanziamento del cambiamento climatico e il trasferimento tecnologico dei vaccini. Una cosa che ho imparato durante la pandemia di Covid è che l'umanitarismo tradizionale del Nord e del Sud del mondo non funziona più e abbiamo molto da imparare dalle regioni a basso reddito, non da ultimo per quanto riguarda l'assistenza alla comunità. La terza caratteristica di una governance resiliente siete voi, miei governatori, perché volete un'Oms resiliente, che si riprenda più forte da una crisi. Ciò significa un'Oms che sia responsabilizzata, che sia finanziata, che sia agile e focalizzata sul paese, e che sia in ultima analisi guidata dalla scienza.

### **Il secondo pilastro di una regione europea resiliente dell'Oms sono i sistemi sanitari resilienti.**

Ricordo che quando siamo stati a Tel Aviv l'anno scorso, eravamo esausti ma eravamo fiduciosi. Con la maggior parte della pandemia di Covid alle spalle, pensavamo che i nostri sistemi sanitari si sarebbero ripresi più forti dalla crisi, ma non è stato così. Allora, cosa è successo? Tre sfide.

- La prima: stiamo affrontando una tremenda crisi del personale sanitario e assistenziale. L'anno scorso l'ho definita una bomba a orologeria. Francamente, è diventato piuttosto drammatico. Ciò fa parte di un quadro più ampio associato all'invecchiamento demografico, alle crescenti esigenze e aspettative di una popolazione più malata e alla carenza di forza lavoro in tutti i settori.
- La seconda grande sfida è legata ai medicinali, sia per una carenza senza precedenti di medicinali essenziali che per l'aumento del costo dei farmaci innovativi. In realtà, questo si collega molto a una delle più grandi minacce per la salute nel mondo, che è la resistenza agli antibiotici (AMR). Sì, diversi antibiotici hanno ricevuto l'approvazione normativa, ma, amici miei, se li guardate, pochissimi hanno caratteristiche davvero innovative.
- La terza sfida è che, come mi dicono sempre più ministri, sta diventando difficile mantenere lo stesso livello di investimenti nella sanità e nei sistemi sanitari appena usciti dalla pandemia di Covid.

Che paradosso. Abbiamo appena perso 7 milioni di persone nel mondo, inutilmente. Cosa significa, concretamente? Significa che non stiamo andando bene per quanto riguarda la copertura sanitaria universale. Dal 2010 i pagamenti di tasca propria sono in aumento, con una percentuale compresa tra il 2% e il 40% di tutte le famiglie che sono spinte in povertà a causa di problemi di salute.

Siamo in ritardo su molti indicatori del sistema sanitario. Onestamente, vergognosamente e in contrasto con altre regioni dell'OMS, la nostra mortalità materna è aumentata del 17% tra il 2016 e il 2020. Se le persone non possono permettersi di pagare per andare dal medico o per le loro medicine, non è solo un problema pratico, è un problema etico, perché le persone perdono la loro fiducia nei governi e perdono la loro fiducia in noi, le autorità sanitarie.

Il modo per rafforzare i nostri sistemi sanitari e renderli resilienti può essere espresso in 2 parole: fiducia e trasformazione. Questo sarà il principio centrale della riunione ad alto livello che si terrà il 12 e 13 dicembre a Tallinn, in Estonia, dove tutti noi attendiamo che lei vada avanti con sistemi sanitari resilienti.

La domanda è: come? Ci sono tre chiavi:

- Il primo è trasformare e creare fiducia. Le persone devono essere gli agenti della trasformazione.
- Il secondo è quello di digitalizzare. Le soluzioni digitali devono essere il modulatore della trasformazione.
- Il terzo, come discusso a livello globale ieri, è quello di rendere l'assistenza sanitaria di base l'ancora di sistemi sanitari resilienti collegati con ospedali adatti allo scopo e con la leadership.

La terza chiave per sistemi sanitari resilienti è l'assistenza sanitaria di base. Come abbiamo sentito ieri da 70 paesi, dobbiamo soddisfare sempre più le esigenze mentali, fisiche e sociali attraverso équipe multidisciplinari. Quindi, ciò che ci aspettiamo da un'assistenza sanitaria di base resiliente è che si rivolga alla prevenzione.

**Il terzo, e forse il più importante, pilastro di una regione europea resiliente dell'Oms sono le persone resilienti.**

Di cosa abbiamo bisogno? Innanzitutto, la pace. In secondo luogo, l'equità. In terzo luogo, la partecipazione sociale. Innanzitutto, la pace. La pace, amici miei, è un prerequisito assoluto per la resilienza sia mentale che fisica. Il Fondo delle Nazioni Unite per l'infanzia stima che ci siano circa 1,5 milioni di bambini in Ucraina ad alto rischio di depressione, ansia, disturbo da stress post-traumatico e altri eventi di salute mentale con potenziali implicazioni per tutta la vita.

Non c'è salute senza pace. Non c'è pace senza salute. La medicina più importante di cui abbiamo bisogno oggi è la pace. In secondo luogo, l'equità. Che cos'è tutto questo, questa permacrisi? Amici miei, ciò che significa è che tutte queste crisi in realtà sanguinano l'una nell'altra. Interconnettono, offuscano le divisioni artificiali che tendiamo a fare tra malattie non trasmissibili, malattie trasmissibili, ambiente e salute, e la crisi sanitaria di un paese contro la crisi di altri paesi. L'esperienza degli ultimi 4 anni rende tragicamente semplice prevedere chi morirà per primo quando la prossima crisi sarà dietro l'angolo:

- Le persone con meno potere e risorse nella società;
- Le persone con le riserve sanitarie più basse
- I più giovani, i più anziani e, in alcune società, le donne; e le persone con condizioni croniche preesistenti.

In Italia, tra i pazienti Covid deceduti in ospedale, due terzi avevano ipertensione, un terzo aveva il diabete di tipo 2. In Spagna, tra i pazienti Covid con le manifestazioni cliniche più gravi, oltre il 40% aveva malattie cardiovascolari.

Solo quando tutti nella nostra bella Regione, in ogni angolo, avranno un accesso equo allo stesso livello di conoscenza e risorse, saremo in grado di creare una società resiliente, riprendendoci più forti da una crisi.

Quindi, il nostro obiettivo dovrebbe essere quello di lavorare con tutti gli altri settori per garantire che ogni singolo cittadino o migrante, indipendentemente dallo status socioeconomico, indipendente dall'orientamento sessuale, indipendente dall'etnia, abbia lo stesso accesso a un alloggio sicuro, cibo nutriente, istruzione, assistenza sanitaria a prezzi accessibili e una rete di sicurezza sociale, in particolare durante le emergenze. È qui che la partecipazione sociale va di pari passo con l'economia del benessere.

Non c'è salute senza pace. Non c'è pace senza salute. La medicina più importante di cui abbiamo bisogno oggi è la pace. In secondo luogo, l'equità. Che cos'è tutto questo, questa permacrisi? Amici miei, ciò che significa è che tutte queste crisi in realtà sanguinano l'una nell'altra. Interconnettono, offuscano le divisioni artificiali che tendiamo a fare tra malattie non trasmissibili, malattie trasmissibili, ambiente e salute, e la crisi sanitaria di un paese contro la crisi di altri paesi. L'esperienza degli ultimi 4 anni rende tragicamente semplice prevedere chi morirà per primo quando la prossima crisi sarà dietro l'angolo:

- Le persone con meno potere e risorse nella società;
- Le persone con le riserve sanitarie più basse
- I più giovani, i più anziani e, in alcune società, le donne; e le persone con condizioni croniche preesistenti.

In Italia, tra i pazienti Covid deceduti in ospedale, due terzi avevano ipertensione, un terzo aveva il diabete di tipo 2. In Spagna, tra i pazienti Covid con le manifestazioni cliniche più gravi, oltre il 40% aveva malattie cardiovascolari.

Solo quando tutti nella nostra bella Regione, in ogni angolo, avranno un accesso equo allo stesso livello di conoscenza e risorse, saremo in grado di creare una società resiliente, riprendendoci più forti da una crisi.

Quindi, il nostro obiettivo dovrebbe essere quello di lavorare con tutti gli altri settori per garantire che ogni singolo cittadino o migrante, indipendentemente dallo status socioeconomico, indipendente dall'orientamento sessuale, indipendente dall'etnia, abbia lo stesso accesso a un alloggio sicuro, cibo nutriente, istruzione, assistenza sanitaria a prezzi accessibili e una rete di sicurezza sociale, in particolare durante le emergenze. È qui che la partecipazione sociale va di pari passo con l'economia del benessere".

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=117789](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=117789)

## Verso la manovra. Ecco perché ad oggi non è corretto parlare di “tagli” alla sanità

Giovanni Rodriguez

*A seguito della presentazione della NadeF si è acceso un dibattito su presunti "tagli" alla spesa sanitaria per 2 miliardi. Tecnicamente nella NadeF ci si limita a riportare una proiezione tendenziale a legislazione vigente. Non parliamo quindi di una programmazione della spesa sanitaria che verrà rivista - con tutta probabilità a rialzo - nella prossima manovra. E parlare di impatto della spesa sul Pil ha poco senso. Con ogni probabilità ci saranno incrementi non sufficienti per rilanciare il Ssn, ma nessun "taglio" sulla sanità*

**05 OTT -**

*In questi giorni si è acceso un ampio dibattito sui presunti tagli alla sanità effettuati dal governo Meloni. Tutto nasce dalla nota di aggiornamento al documento di economia e finanza, dove la spesa sanitaria passa dai 134,7 miliardi nel 2023 a 132,9 miliardi nel 2024, con un passaggio della spesa sanitaria dal 6,6 al 6,2% in rapporto al Pil.*

**È sufficiente questo dato per parlare di “tagli” alla sanità? La risposta è no.**

*Tecnicamente nella NadeF ci si limita a riportare una proiezione tendenziale a legislazione vigente. Non parliamo quindi di una programmazione della spesa sanitaria che verrà rivista - con tutta probabilità a rialzo alla luce delle recenti dichiarazioni di esponenti di spicco del governo - nella prossima legge di Bilancio. Sempre nella nota di aggiornamento è stata infatti ricavata una di circa 14 miliardi di spazio fiscale da destinare in manovra al raggiungimento di diversi obiettivi. Tra questi ci sarà anche l'incremento della spesa sanitaria.*

**Arriveranno i 4 miliardi chiesti dal ministro della Salute Orazio Schillaci?**

*Quasi certamente no. Con ogni probabilità, oltre ai 2 miliardi di aumento del fondo sanitario già previsti dalla precedente legge di Bilancio, si riuscirà a destinare al settore circa altri 1,5-2 miliardi aggiuntivi nella prossima manovra. Saranno sufficienti? No, e di certo non si tratta di una cifra tale da riuscire a far riallineare la spesa sanitaria italiana con la [media dei Paesi Ocse](#). Allo stesso modo, però, è tecnicamente scorretto parlare di un "taglio" alla sanità.*

**Ancora meno sensato è parlare di spesa sanitaria soffermandosi unicamente sul suo impatto sul Pil.**

*Del resto immaginare di agganciare ad una soglia rigida di Pil la qualità e l'accesso alle cure sanitarie è un non senso, in quanto una percentuale di incidenza sul Pil può essere solo un parametro di confronto tra Paesi con economie e sistemi sanitari paragonabili. Per cogliere effettivamente il 'peso' dell'intervento pubblico nella tutela della salute, resta valido unicamente un confronto tra le quote di finanziamento a parità di potere d'acquisto. Queste sì, effettivamente, vedono l'Italia in una posizione molto arretrata rispetto a Paesi come Francia e Germania.*

*Il Pil, infatti, non è un'entità statica. Esso può crescere e scendere e questo ha ovvie ricadute sui pesi percentuali delle sue diverse componenti. Se il Pil cresce e la spesa sanitaria poniamo, resti al 6,6%, avremo in realtà più risorse di prima a parità di incidenza di Pil, come, al contrario, se il Pil scendesse e la quota di spesa sanitaria restasse sempre al 6,6%, in realtà avremo meno risorse di prima. Quando si parla di una spesa sanitaria sul Pil che negli anni della pandemia aveva superato la soglia del 7%, andrebbe al contempo spiegato come questo effetto sia dovuto in parte sicuramente al forte incremento della spesa dettato dall'emergenza, ma dall'altro anche - se non soprattutto - dal crollo del Pil causato proprio dal forte impatto che ebbero sull'economia i lockdown e le restrizioni.*

*Dunque, per mantenere il dibattito pubblico sui binari della serietà sarebbe più corretto dire che con ogni probabilità in manovra ci saranno incrementi non sufficienti per far fronte alla grave crisi che da tempo affligge il Servizio sanitario nazionale, ma che al contempo non ci saranno “tagli” alla spesa sanitaria.*

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117237](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117237)

## **La carenza di personale riguarda tutta l'Europa: all'appello mancano 1,6 mln di operatori. Dagli stipendi al miglioramento delle condizioni di lavoro. Ecco cosa fare per invertire la rotta**

**Franco Pesaresi, Asiquas, Direttore ASP Ambito 9 Jesi**

*L'attuale crisi del personale sanitario e assistenziale in Europa richiede politiche per rafforzare i sistemi sanitari nazionali rendendoli più resilienti alle crisi future e attrezzandoli per affrontare efficacemente le esigenze attuali e future della popolazione. Finanziare la forza lavoro esistente è uno dei migliori investimenti che si possano fare.*

### **10 OTT -**

*Il personale sanitario, in Europa, sta vivendo un momento paradossale. Negli ultimi dieci anni, il numero di operatori sanitari e sociosanitari che lavorano in Europa è aumentato. Il continente europeo è quello con la più alta densità di operatori sanitari fra tutti i continenti del mondo (37 medici e 80 infermieri per 10.000 abitanti nel 2020) e nessun paese europeo è definito dall'OMS (che ha un elenco su questo) come avente una carenza critica di operatori sanitari. Soprattutto i paesi dell'Europa occidentale hanno più operatori sanitari che mai. Negli ultimi dieci anni si è registrato un incremento della disponibilità dei medici del 13,5% e degli infermieri dell'8,2%.*

*In Italia, il personale in servizio nel Servizio sanitario nazionale, dopo una diminuzione registrata dal 2012 al 2017 ha ripreso a crescere costantemente dal 2018, anche se di poco in alcune annualità (Agenas, 2023).*

*Nonostante una disponibilità storicamente elevata di medici e infermieri e il loro aumento, in Europa rimane un grave deficit di operatori sanitari. Nel 2013, l'OMS ha stimato che la carenza complessiva di operatori sanitari era di 1,6 milioni in Europa, cifra che, secondo le stime dello studio, richiederebbe una crescita esponenziale media annua del 2% per compensare la tendenza. Dato che questo tasso di crescita non è stato ancora raggiunto nei 27 Stati membri dell'Unione Europea (UE), entro il 2030 mancheranno 4,1 milioni di professionisti (0,6 milioni di medici, 2,3 milioni di infermieri e 1,3 milioni di altri operatori sanitari) (Who, 2022a).*

*Questo deficit di operatori sanitari, presente in molti paesi europei, è il risultato della pandemia di COVID-19, delle discrepanze tra domanda e offerta di personale e della mancanza di pianificazione e previsione.*

### **LE CAUSE DELLA CARENZA DI PERSONALE SANITARIO**

#### **Le conseguenze del Covid 19**

*La pandemia di COVID-19 ha imposto un prezzo elevato agli operatori sanitari in termini di mortalità e stress fisico e mentale. Gli operatori sanitari in tutta Europa si sentono sottovalutati, oberati di lavoro, stanchi e la loro disaffezione e mancanza di fiducia nei sistemi in cui lavorano sta progressivamente aumentando. Si sono verificati numerosi scioperi in tutti i paesi europei, dove gli operatori sanitari hanno chiesto migliori condizioni di lavoro, maggiore rispetto, apprezzamento e protezione.*

#### **Discrepanze tra domanda e offerta**

*Anche prima della pandemia di COVID-19, i paesi europei soffrivano di carenza di personale sanitario e sociosanitario perché la domanda di servizi sta aumentando molto più rapidamente della disponibilità di operatori sanitari. Questo aumento della domanda è dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione, all'aumento delle malattie croniche e della multimorbilità e alle crescenti aspettative della popolazione nei confronti dei servizi sanitari.*

#### **Mancanza di pianificazione e previsione**

*Essere in grado di specificare di cosa hanno bisogno i sistemi sanitari in termini di personale sanitario e assistenziale è fondamentale e richiede:*

- *raccolta, analisi e valutazione dei dati relativi al personale;*
- *miglioramento delle previsioni degli scenari futuri per la sanità e l'assistenza;*
- *saper collegare i dati ai modelli di assistenza e agli obiettivi di riforma;*
- *saper scomporre i bisogni in termini di competenze, attività pratiche, distribuzione del personale e obiettivi.*

*L'Europa ha vissuto, nell'ultimo decennio, una crisi senza precedenti del personale sanitario e assistenziale culminata nella pandemia di COVID-19. Per questo motivo, l'Europa ha visto aumentare il tasso di abbandono tra gli operatori sanitari nello stesso momento in cui è aumentata la domanda di servizi sanitari. Purtroppo, c'è motivo di credere che questi i tassi di abbandono aumenteranno se non verranno affrontate le sfide che portano all'abbandono (Zapata et al., 2023).*



## PERCHE' E'AUMENTATO IL TASSO DI ABBANDONO DEGLI OPERATORI SANITARI ED ASSISTENZIALI?

Sono quattro le possibili ragioni di abbandono tra gli operatori sanitari e assistenziali:

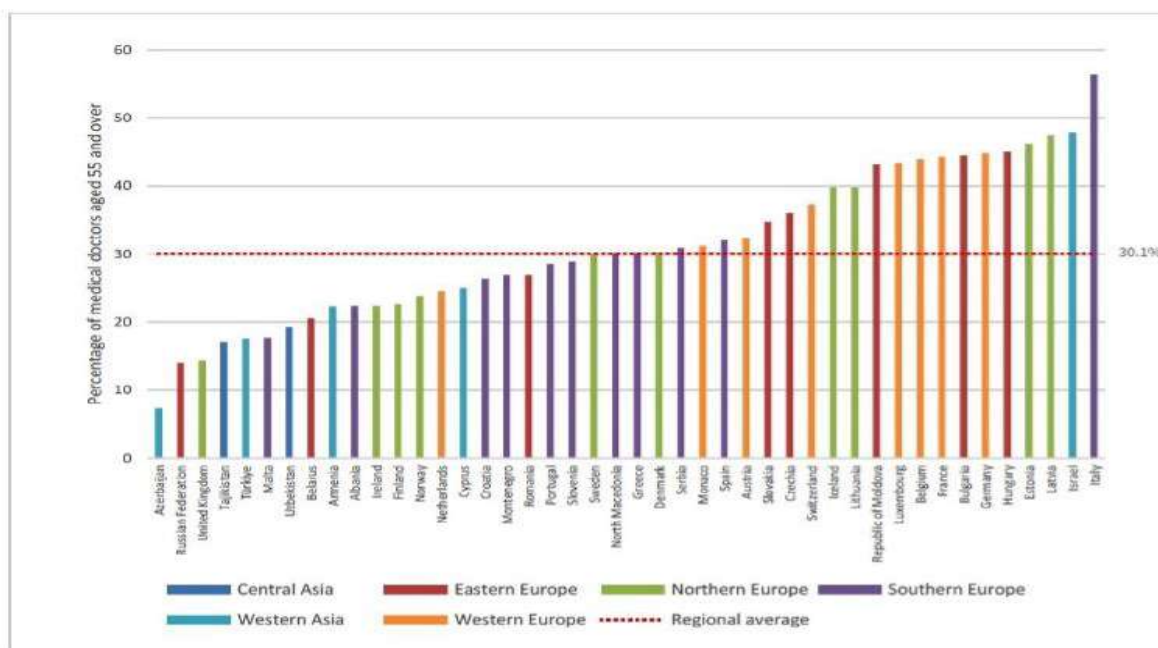
- Il pensionamento;
- La morte;
- L'emigrazione in altro paese;
- Le dimissioni.

### Il pensionamento

Il primo motivo per cui il tasso di abbandono tra gli operatori sanitari è così elevato può essere attribuito al pensionamento. Il numero crescente di operatori sanitari in pensione, in particolare medici, costituisce un motivo di notevole preoccupazione. In Europa, il 30,1% dei medici ha più di 55 anni. Il Paese che in tutto il mondo ha il maggior numero di medici con più di 55 anni è l'Italia con quasi il 60% dei medici di età superiore ai 55 anni, seguita a ruota da Israele, Lettonia ed Estonia. In 13 dei 44 paesi europei che forniscono dati, almeno il 40% dei medici ha più di 55 anni e andrà in pensione entro i prossimi dieci anni (Cfr. Graf. 1). L'invecchiamento dei medici in servizio cresce costantemente; nel 2010 la media europea era del 26%; in dieci anni è cresciuto di 4 punti percentuali.

Se questa tendenza continuerà senza il necessario ricambio, nei prossimi dieci anni si verificherà una drastica riduzione di medici causata esclusivamente dal pensionamento.

### Percentuale di medici con più di 55 anni (2020 o ultimo anno disponibile)



Fonte: Who (2022b).

### La morte per COVID

La seconda ragione riguarda il bilancio delle vittime tra gli operatori sanitari durante la pandemia di COVID-19. Gli operatori sanitari presentavano un rischio più elevato dei ricoveri correlati al COVID-19 rispetto ai non operatori sanitari. Si stima che siano morti a causa del COVID-19 circa 49.374 operatori sanitari nella sola Europa, mentre solo nelle Americhe si registra una stima più elevata basata sulla popolazione, pari a 60.380. Ogni singola risorsa umana deceduta rappresenta una perdita inestimabile non solo a livello personale ma anche per il sistema sanitario e assistenziale. Inoltre, le assenze e i decessi durante la pandemia hanno creato lacune nelle rotazioni e nei turni, che a loro volta hanno creato ulteriore stress agli operatori sanitari ancora nel sistema, contribuendo così ad un circolo vizioso di stress, burnout, rassegnazione e potenzialmente anche malattia.

In Italia si sono registrati 379 medici e 90 infermieri morti per Covid-19.

### L'emigrazione del personale sanitario

Una terza ragione di abbandono può essere attribuita all'emigrazione del personale sanitario. A causa dei punti precedenti, che hanno portato alla scarsità di operatori sanitari in alcuni paesi europei, sono seguite strategie di reclutamento molto aggressive da paesi europei ed extra-europei. Ad esempio, in Svizzera il personale medico formatosi

all'estero è passato dal 25% a quasi il 40% fra il 2010 e il 2021. Allo stesso modo, nel Regno Unito, la percentuale di personale infermieristico straniero è aumentata da poco più del 10% a quasi il 20%.

Alcuni paesi hanno strategie di reclutamento attive per assumere professionisti dell'assistenza a lungo termine dall'Europa orientale e dai paesi candidati all'UE. Pertanto, i paesi della regione europea come Romania, Bulgaria e Polonia si trovano ad affrontare tassi di abbandono elevati a causa di questo tipo di migrazione in uscita.

Anche l'Italia soffre di questo problema non essendo attrattiva di personale proveniente da altri paesi e perdendo allo stesso tempo una quota significativa di proprio personale sanitario. Negli ultimi 20 anni tra medici e infermieri sono 'fuggiti' all'estero quasi in 180.000. I numeri, contenuti nel Database Ocse, non segnalano quanti poi siano tornati o quanti invece sono andati in pensione ma evidenziano in ogni caso come il fenomeno, soprattutto a partire dal 2009 con l'inizio del blocco del turnover e dei contratti, sia molto rilevante e abbia impattato sulla carenza di personale che oggi vive il Ssn. Negli ultimi tre anni disponibili – 2019, 2020 e 2021 - sono all'estero 15.109 infermieri (ma manca il dato della Germania dove, secondo altre stime, sono al lavoro circa 2.700 infermieri italiani) e 21.397 medici (Nisi, 2023).

### **Le dimissioni del personale sanitario**

Il quarto motivo che contribuisce all'aumento del logoramento della situazione sono le dimissioni dovute alle cattive condizioni di lavoro e allo scarso equilibrio tra lavoro e vita privata. Le assenze del personale sanitario durante la pandemia sono salite alle stelle del 62% e la regione europea dell'OMS ha ricevuto segnalazioni secondo cui 9 infermieri su 10 hanno pensato di lasciare il lavoro. Le ragioni per abbandonare o per pensare di abbandonare la professione includono il disagio psicologico e i problemi di stress che determinano l'aumento dei tassi di burnout tra gli operatori sanitari. Lo stress psicologico, l'affaticamento, l'ansia e la depressione dovuti all'aumento del carico di lavoro, ai lunghi orari di lavoro, alla violenza sul posto di lavoro e alle inadeguate risorse lavorative sono correlati statisticamente ad una maggiore propensione al burnout e all'intenzione di abbandonare il lavoro (Zapata et al., 2023).

### **CHE COSA FARE PER IL PERSONALE SANITARIO?**

La crisi del personale sanitario in Europa è causata principalmente da un crescente divario tra la disponibilità di operatori sanitari e l'aumento della domanda di servizi sanitari.

Parte di questo divario è dovuto al logoramento del personale dovuto agli alti tassi di burnout, e all'aumento dei tassi di intenzione di lasciare il lavoro che ha portato e potrebbe portare a una ulteriore significativa ondata di dimissioni tra gli operatori sanitari nei prossimi anni.

Se non vengono adottate misure immediate per mantenere il personale sanitario, il problema del logoramento potrebbe aggravarsi, minando il funzionamento dei sistemi sanitari. Allora, cosa si può fare? Stabilizzare e invertire il tasso di abbandono degli operatori sanitari attraverso strategie di fidelizzazione deve avere la massima priorità per i paesi europei. Questo è quanto suggerisce il rapporto dell'OMS del 2022 "Health and Care Workforce in Europe: Time to Act" che evidenzia dieci azioni concrete per rafforzare il personale sanitario in Europa.

Le principali di queste azioni che mirano a ridurre il logoramento e la stanchezza del personale sanitario, sono sintetizzate di seguito:

#### **Migliorare le condizioni di lavoro.**

Ciò include

- la riduzione del carico di lavoro eccessivo a cui sono esposti molti operatori sanitari, soprattutto dopo la pandemia di COVID-19;
- offrire modalità di lavoro più flessibili che portino a un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata (questo è un fattore essenziale per aumentare l'attrattiva della professione);
- fornire attrezzature adeguate, infrastrutture e l'introduzione delle tecnologie sanitarie digitali per l'erogazione di servizi sanitari di qualità;
- offrire sviluppo professionale continuo e opportunità di tutoraggio.

#### **Offrire una giusta remunerazione.**

L'adeguatezza degli stipendi è una precondizione per migliorare i tassi di permanenza e rendere la professione più attraente per i nuovi arrivati.

#### **Proteggere dalla violenza.**

La violenza contro gli operatori sanitari è aumentata durante la pandemia di COVID-19 e spesso provoca stress, problemi psichici e danni fisici, consolidando le intenzioni di andarsene. Dovrebbero essere attuate politiche e approvate leggi per proteggere gli operatori sanitari, e dovrebbero essere sviluppate strategie di comunicazione e campagne mediatiche per migliorare la consapevolezza pubblica e l'attenzione verso le professioni sanitarie. Inoltre, è necessario integrare la prevenzione della violenza nell'istruzione e nella formazione, così come il miglioramento dei sistemi di monitoraggio e segnalazione.

### **Prendersi cura degli operatori sanitari.**

Sono necessarie politiche e interventi per fornire assistenza individuale e per proteggere la salute mentale e il benessere psico-fisico degli operatori sanitari (per combattere soprattutto lo stress, la depressione e il burnout).

### **Aumentare l'attenzione sulle aree interne, remote e scarsamente servite.**

Trattenere gli operatori sanitari nelle aree interne e montane è incredibilmente impegnativo. Secondo le ultime linee guida dell'OMS sullo sviluppo del personale sanitario, l'attrazione, il reclutamento e il mantenimento dei lavoratori nelle aree interne richiedono un insieme di interventi coordinati su istruzione, regolamentazione, incentivi finanziari e interventi di sostegno.

### **Migliorare la disponibilità di dati sul personale sanitario.**

I dati sull'abbandono degli operatori sanitari sono scarsi. Occorre rafforzare i sistemi informativi sanitari che includono meccanismi per registrare il logoramento del personale sanitario attraverso dati di tipo quantitativo e qualitativo altrimenti non è possibile capire perché se ne vanno e predisporre poi i provvedimenti conseguenti per contrastare l'abbandono.

### **Cambiare le strategie di occupazione e reclutamento.**

Sono necessarie una migliore pianificazione e previsione del personale sanitario per affrontare l'ondata di pensionamento degli operatori sanitari in Europa e pianificare un aumento delle assunzioni. Le soluzioni a breve termine potrebbero includere l'introduzione di politiche adeguatamente incentivate per indurre gli operatori sanitari a prolungare volontariamente il lavoro oltre l'età pensionabile (Who, 2022a).

## **INVESTIRE SUL LAVORO SANITARIO È LA PRIORITÀ**

L'attuale crisi del personale sanitario e assistenziale in Europa richiede politiche per rafforzare i sistemi sanitari nazionali rendendoli più resilienti alle crisi future e attrezzandoli per affrontare efficacemente le esigenze attuali e future della popolazione.

Finanziare la forza lavoro esistente è uno dei migliori investimenti che si possano fare. Se gli operatori sanitari non ricevono supporto, sono stanchi e stressati, oberati di lavoro, si sentono sottovalutati, non saranno in grado di operare in modo ottimale e potrebbero abbandonare completamente il lavoro. Questo sarebbe un grande fallimento.

Sono necessarie azioni politiche immediate e prioritarie per migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari al fine di fermare il logoramento e l'intenzione di abbandonare il lavoro insieme a politiche di sviluppo quantitativo del personale sanitario.

Tutto quanto affermato vale ancor di più per l'Italia che in assoluto rischia più di tutti gli altri paesi dato che ha il personale medico più anziano del mondo e stenta a reperire già da qualche anno il personale infermieristico necessario.

### **Bibliografia**

Agenas, Il personale del Servizio sanitario nazionale, marzo 2023: <https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2235-il-personale-del-servizio-sanitario-nazionale-approfondimento-marzo-2023>

Nisi G., La "grande fuga" di medici e infermieri dall'Italia. Tra il 2000 e il 2022 hanno scelto di lavorare all'estero quasi 180mila professionisti, *Quotidiano Sanità*, 7/3/2023: [https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=111740](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=111740)

WHO. Health and Care Workforce in Europe: Time to Act. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe, 2022a: <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289058339>

WHO. National Health Workforce Accounts data portal [online database]. Geneva: World Health Organization, 2022b : <https://apps.who.int/nhwportal/>

Zapata T., Azzopardi Muscat N., Falkenbach M., Wismar M., From great attrition to great attraction: countering the great resignation of health and care workers, *Eurohealth* — Vol.29 | No.1 | 2023.

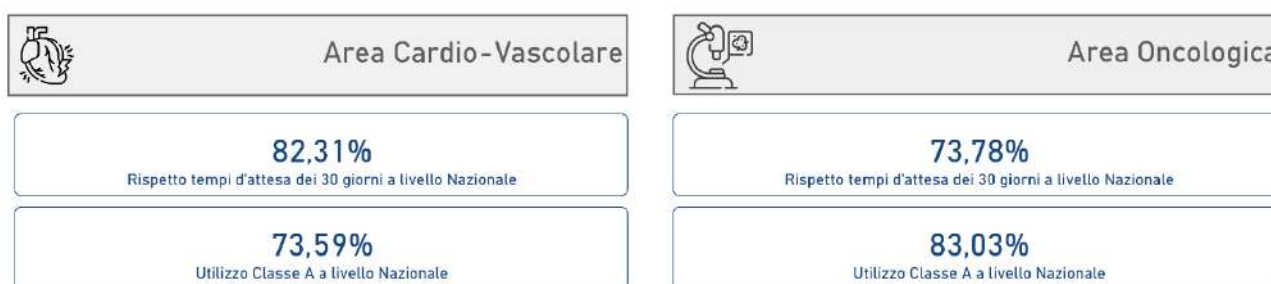
[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117369](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117369)

## Il rispetto dei tempi di attesa è sempre più una chimera in quasi tutte le regioni. Un intervento su 4 per tumore in ritardo. E i dati peggiorano

È quanto emerge dai nuovi dati Agenas relativi al 2022 dove si evidenzia come per un'operazione di tumore su 4 (26%) il tempo di attesa è superiore ai 30 giorni previsti mentre per un intervento di area cardiovascolare nel 18% dei casi (quasi uno su 5) avviene in ritardo rispetto a quanto normato dalla legge. E rispetto al 2021 due terzi delle Regioni peggiorano le performance.

### 11 OTT -

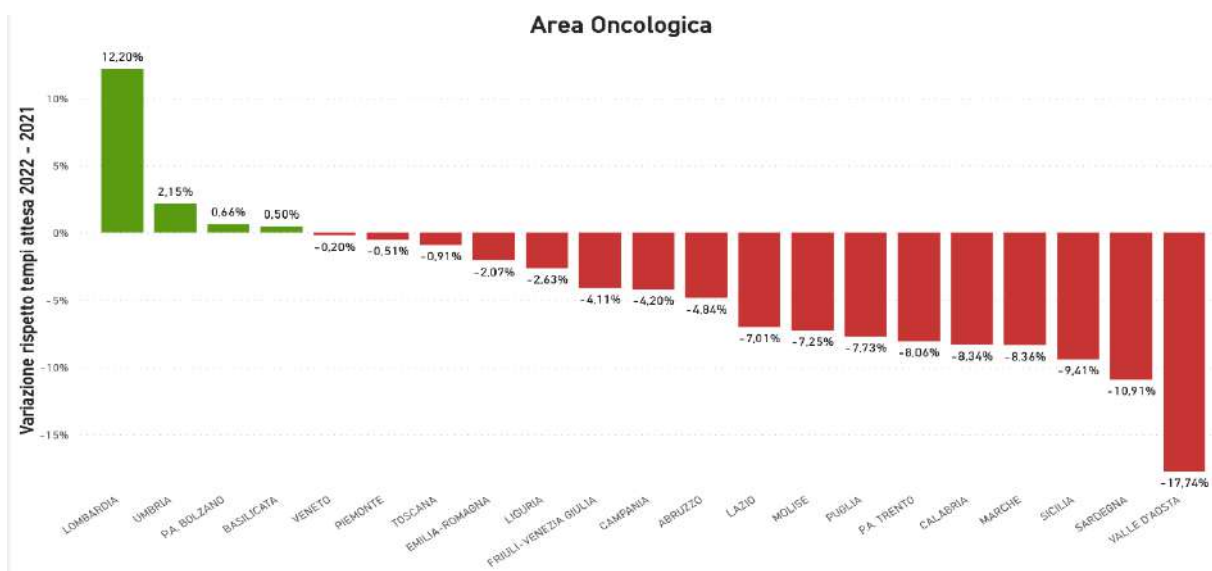
Peggiorano nel 2022 i dati sul rispetto dei tempi di attesa per interventi chirurgici sia in Area oncologica che nell'Area Cardio Vascolare. Per un'operazione di tumore su 4 (26%) il tempo di attesa è superiore ai 30 giorni previsti mentre per un intervento di area cardiovascolare in quasi il 18% dei casi (quasi uno su 5) avviene in ritardo rispetto a quanto previsto dalla legge. Tutti dati in peggioramento rispetto al 2021. A fornire i numeri è Agenas che ha fatto un quadro anche a livello regionale dove segnala un allungamento dei tempi di attesa in quasi tutte le Regioni.



I dati presenti nel portale statistico rappresentano un'analisi sia a livello Nazionale che Regionale degli interventi chirurgici erogati da strutture Pubbliche e Private accreditate. Gli interventi chirurgici sono stati suddivisi in due aree: Area Oncologica di cui fanno parte gli interventi chirurgici per Tumore maligno alla Mammella, tumore maligno alla Prostata, tumore maligno al Colon, tumore maligno al Retto, tumore maligno all'Utero, tumore maligno alla Tiroide, Melanoma, tumore maligno al Polmone;

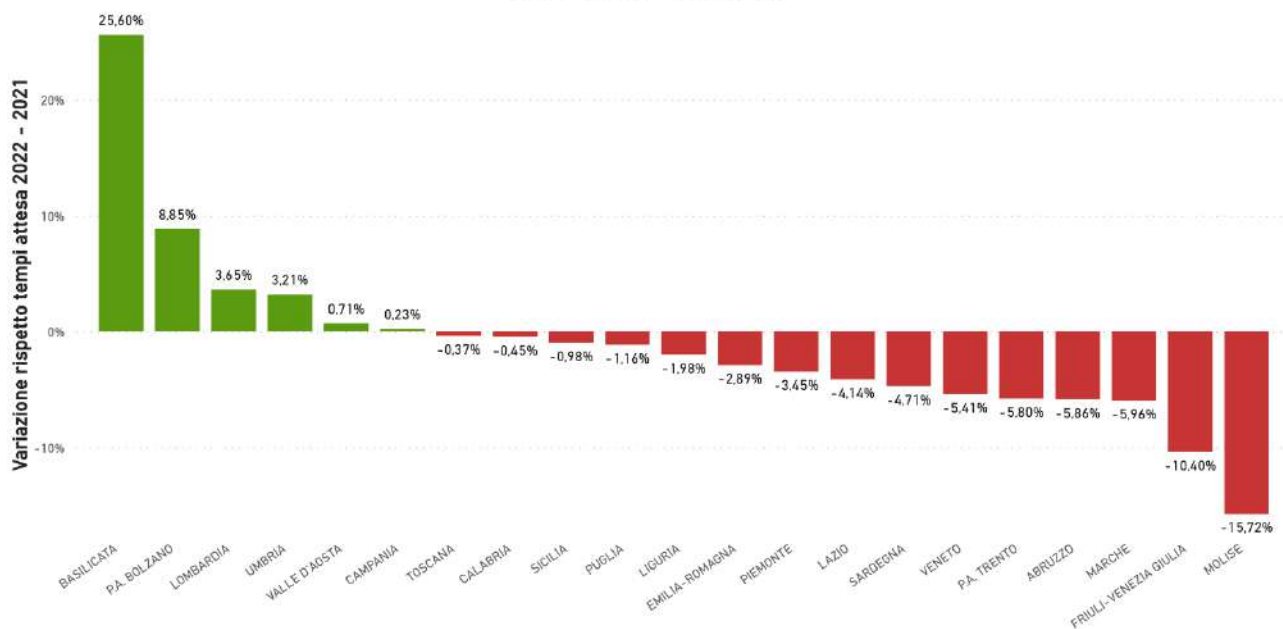
Area Cardio-Vascolare di cui fanno parte gli interventi chirurgici per Angioplastica Coronarica (PTCA), By Pass Aortocoronarico, Endoarteriectomia Carotidea, Coronarografia.

Partiamo dagli interventi per tumore. Tra il 2021 e il 2022 hanno migliorato il rispetto dei tempi solo Lombardia, Umbria, Pa Bolzano e Basilicata. In tutte le altre regioni sono peggiorati con i tempi che si sono allungati maggiormente in Valle d'Aosta, Sardegna, Sicilia, Marche e Calabria.



Per quanto riguarda l'Area Cardio-Vascolare sono appena sei regioni ad aver migliorato i tempi di attesa: Basilicata, Pa Bolzano, Lombardia, Umbria, Valle d'Aosta e Campania. Tutte le altre sono sempre più in affanno con i dati peggioramento in Molise, Friuli Venezia Giulia, Marche, Abruzzo, Pa Trento e Veneto.

## Area Cardio-Vascolare



[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117407](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117407)



### **Ddl Bilancio: 3 mld al Fondo sanitario, sale la tariffa oraria dei medici, rivisti i tetti della spesa farmaceutica**

**di Red.San.**

Il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 3 miliardi per il 2024, di 4 miliardi per il 2025 e di 4,200 miliardi a decorrere dal 2026. Lo prevede la bozza della legge di Bilancio nel primo dei dieci articoli dedicati alla sanità.

Le risorse andranno a finanziare anche il rinnovo dei Contratti per medici specialisti e della medicina generale, per aumentare la tariffa oraria medici, a rideterminare i tetti della spesa farmaceutica e a modificare le modalità di distribuzione dei medicinali, all'abbattimento delle liste d'attesa, all'aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati, al finanziamento per aggiornamento dei Lea e a "ulteriori misure in materia di potenziamento del servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale".

Rifinanziata anche l'organizzazione e funzionamento dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà.

#### **Per contrasto liste attesa 280 milioni a medici e operatori Ssn**

Per far fronte alla carenza di personale sanitario nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario nazionale (Ssn) e ridurre così le liste d'attesa la manovra autorizza gli incrementi delle tariffe orarie delle prestazioni aggiuntive previste dal contratto dei medici fino al 31 dicembre 2026, estendendo la norma, dal 2024 al 2026, a tutte le prestazioni aggiuntive. Nel complesso per ciascuno degli anni 2024, 2025 e 2026, è autorizzata la spesa di 200 milioni di euro per il personale medico e di 80 milioni di euro per il personale sanitario del comparto.

#### **Rideterminati i tetti di spesa tra ospedale e territorio**

Il tetto della spesa farmaceutica per acquisti diretti (ospedaliera) è rideterminato all'8,6% (dall'attuale 7,65% del fabbisogno sanitario nazionale) a decorrere dal 2024 e di conseguenza il tetto della spesa farmaceutica convenzionata (territoriale) scende al valore del 6,7 per cento (dal 7% attuale) a decorrere dallo stesso anno. Resta fermo allo 0,20% il valore percentuale del tetto per acquisti diretti di gas medicinali.



### **Farmacisti in campo per dispensare medicinali Ssn**

Entro il 30 marzo 2024 e poi con cadenza annuale, prevede ancora la manovra, l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) è chiamata ad aggiornare il prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio, individuando l'elenco vincolante dei medicinali che possono essere assegnati alla distribuzione in regime convenzionale attraverso le farmacie aperte al pubblico.

L'obiettivo della misura è "favorire gli assistiti nell'accesso al farmaco in termini di prossimità". In campo le farmacie sul territorio, che di conseguenza sempre "a decorrere dal 1° marzo 2024" saranno destinatarie di un nuovo sistema di remunerazione per il rimborso dei farmaci erogati in regime di Servizio sanitario nazionale, costituito da una quota variabile e da quote fisse.

Allo scopo di operare periodicamente la verifica di sostenibilità economica di queste novità, un decreto del ministero della Salute istituirà senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica un tavolo tecnico che dal 1 marzo 2024 e con cadenza annuale, monitorerà l'andamento della spesa connessa all'espletamento del servizio di dispensazione dei farmaci Ssn da parte delle farmacie. Al "tavolo" partecipano ministero della Salute, Mef, Aifa, Conferenza Stato-Regioni, associazioni di categoria delle farmacie.

### **Sale il tetto di spesa per acquistare prestazioni da privati**

Per garantire la completa attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024.

Ma la bozza del Ddl Bilancio sottolinea anche che Regioni e Province autonome potranno avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, dell'incremento della tariffa oraria dei medici nonché coinvolgere le strutture private accreditate per le quali è previsto l'aumento dell'1% per il 2024, del 3% per il 2025 e del 4% a decorrere dal 2026 del tetto di spesa per l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli essenziali di assistenza.

Prorogato anche il finanziamento delle quote premiali fissante per il 2024 allo 0,50%.

### **Finanziato l'aggiornamento dei Lea**

Per consentire l'aggiornamento dei LEA la manovra vincola una quota pari a 50 milioni di euro per l'anno 2024 e una quota pari a 200 milioni di euro a decorrere dall'anno 2025, a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato.

### **Iscrizione di 2mila euro al Ssn per gli extracomunitari**

Per gli extracomunitari regolarmente soggiornanti è fissato un contributo di 2mila euro per l'iscrizione al Ssn dal 1° gennaio 2024. Per i titolari di permesso di studio il contributo minimo è fissato a 700 euro che sale a 1.200 per gli stranieri collocati alla pari.

La bozza del Ddl Bilancio introduce anche una quota di compartecipazione al Ssn per i residenti che lavorano e soggiornano in Svizzera che utilizzano il Servizio sanitario nazionale, i frontalieri di cui all'articolo 9, comma 1, dell'Accordo tra la Repubblica italiana e la Confederazione Svizzera, nonché i loro familiari. Sarà la Regione di residenza a definire la quota di compartecipazione familiare "compresa fra un valore minimo del 3% e un valore massimo del 6%, da applicare al salario netto percepito in Svizzera". Il ricavato è destinato "al sostegno del servizio sanitario delle aree di confine in particolare a beneficio del personale medico e infermieristico sotto forma di premio di frontiera".

### **Fondo Unico per l'inclusione delle persone con disabilità**

Al fine di assicurare un'efficiente programmazione delle politiche per l'inclusione, l'accessibilità e il sostegno a favore delle persone con disabilità, a decorrere dal 1° gennaio 2024 è istituito nello stato di previsione del ministero dell'Economia e delle finanze, per il successivo trasferimento al bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità con una dotazione di euro 581.807.485 per ciascuno degli anni 2024 e 2025, euro 666.807.485 per l'anno 2026 ed euro 616.807.485 annui a decorrere dal 2027.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-24/ddl-bilancio-3-ml-d-fondo-sanitario-sale-tariffa-oraria-medici-rivisti-tetti-spesa-farmaceutica-125829.php?uuid=AF98dxMB&cmpid=nlqf>

# PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Edizione  
2023



*Ministero della Salute*



[https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas\\_pne\\_report.pdf](https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report.pdf)



## PRESENTAZIONE EDIZIONE 2023 PROGRAMMA NAZIONALE ESITI

Roma, 26 ottobre 2023

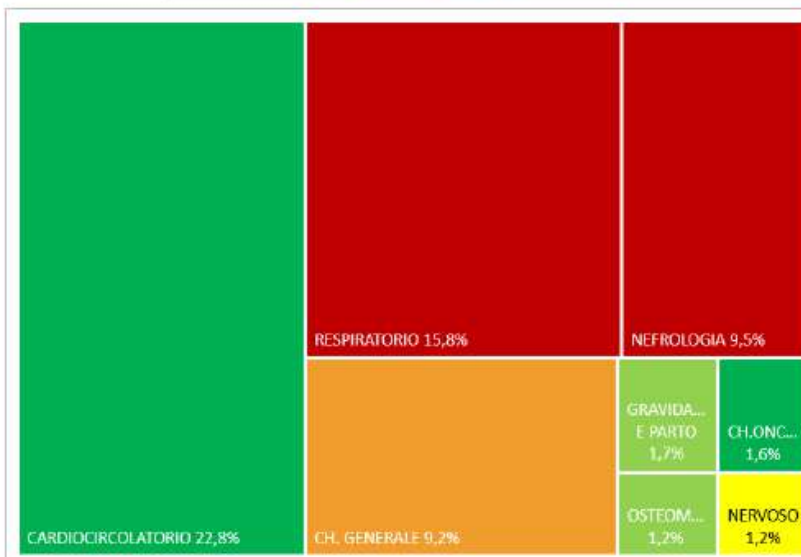
### La valutazione sintetica delle strutture ospedaliere

Marina Davoli

Responsabile Tecnico PNE



### TREEMAP PNE EDIZIONE 2023



#### 20 indicatori per 8 aree cliniche

A ciascuna area clinica è stato attribuito un peso sulla base dei volumi di attività della struttura ospedaliera in esame.

Nel 2022 valuta il 66% delle strutture rispetto al 60% nel 2021 ed è relativo a circa il 90% dei ricoveri nelle aree cliniche considerate.



<https://www.agenas.gov.it/?view=article&id=942:treemap-nuovo-strumento-valutazione-sintetica-strutture-ospedaliere&catid=116>

THE LANCET  
Public Health

### **Mortalità globale, regionale e nazionale dovuta ad avvelenamento involontario da monossido di carbonio, 2000-2021: risultati del Global Burden of Disease Study 2021** Collaboratori GBD 2021 sull'avvelenamento da monossido di carbonio <sup>†</sup>

**Publicato: 06 ottobre 2023**

**DOI: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(23\)00185](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(23)00185)**

#### **Riepilogo**

##### **Sfondo**

L'avvelenamento involontario da monossido di carbonio è una causa di morte ampiamente prevenibile che ha ricevuto un'attenzione insufficiente. L'obiettivo era quello di condurre un'analisi globale completa dei modelli demografici, temporali e geografici dell'avvelenamento fatale e involontario da monossido di carbonio dal 2000 al 2021.

##### **Metodi**

Nell'ambito dell'ultimo Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study (GBD), la mortalità per avvelenamento involontario da monossido di carbonio è stata quantificata utilizzando la strategia di modellazione dell'insieme della causa della morte GBD. I dati di registrazione anagrafica e le covariate con un collegamento epidemiologico all'avvelenamento involontario da monossido di carbonio hanno informato le stime dei conteggi dei decessi e dei tassi di mortalità per tutte le località, i sessi, le età e gli anni inclusi nel GBD.

Gli anni di vita persi (YLL) sono stati stimati moltiplicando i decessi per l'aspettativa di vita standard rimanente all'età della morte. Sono state stimate le frazioni attribuibili alla popolazione (PAF) per i decessi involontari per avvelenamento da monossido di carbonio dovuti a infortuni sul lavoro e consumo elevato di alcol.

##### **Risultati**

Nel 2021, il tasso di mortalità globale dovuto ad avvelenamento involontario da monossido di carbonio è stato di 0,366 per 100 000 (intervallo di incertezza al 95% 0,276–0,415), con 28 900 morti (21 700–32 800) e 1,18 milioni di morti YLL (0,886–1,35) per tutte le età.

Quasi il 70% dei decessi si è verificato tra i maschi (20.100 [15.800–24.000]) e la fascia di età compresa tra 50 e 54 anni ha registrato il maggior numero di decessi (2.210 [1.660–2.590]). Il tasso di mortalità più elevato si riscontrava tra i soggetti di età pari o superiore a 85 anni, con 1,96 decessi (1,38–2,32) ogni 100.000 abitanti. L'Europa orientale presentava il più alto tasso di mortalità standardizzato per età con 2,12 decessi (1,98–2,32), 2,30 ogni 100.000 abitanti. A livello globale, si è verificata una diminuzione del 53,5% (46,2–63,7) del tasso di mortalità standardizzato per età dal 2000 al 2021, sebbene questo calo non sia stato uniforme tra le regioni.

I PAF complessivi per gli infortuni sul lavoro e il consumo elevato di alcol erano del 13,6% (11,9–16,0) e del 3,5% (1,4–6,2),

##### **Interpretazione**

Dal 2000, i miglioramenti nei tassi di mortalità per avvelenamento involontario da monossido di carbonio non sono stati costanti nelle varie regioni e nel tempo. Dato che l'avvelenamento involontario da monossido di carbonio è quasi del tutto prevenibile, si dovrebbero dare priorità agli interventi a livello politico che riducono il rischio di eventi di avvelenamento da monossido di carbonio, come quelli che aumentano l'accesso a dispositivi di riscaldamento e cottura migliorati, riducono le emissioni di monossido di carbonio dai generatori e impongono l'uso di allarmi di monossido di carbonio.

##### **Finanziamento**

Fondazione Bill e Melinda Gates.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(23\)00185-8/fulltext?dqcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(23)00185-8/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



## **Il ruolo dei centri medici accademici nel promuovere l'equità sanitaria globale nel sud-est asiatico**

**Kaisin Yee e Hiang Khoon Tan**

**Publicato: 02 ottobre 2023**

**DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100933>**

*Il Sud-Est asiatico ospita 690 milioni di persone in 11 nazioni con storie condivise e interdipendenze socioeconomiche. I paesi della regione si trovano ad affrontare sfide sanitarie comuni e sono altamente sensibili ai cambiamenti climatici. Sebbene lo stato sanitario del Sud-Est asiatico sia migliorato, le disuguaglianze sanitarie persistono. Nel 2021, l'aspettativa di vita variava dai 66 anni del Myanmar ai 79 anni della Thailandia; la mortalità materna stimata in Indonesia era di 178 per 100.000 nati vivi, mentre a Singapore era di 7.*

*Queste forti disuguaglianze sottolineano la necessità di una maggiore collaborazione regionale.*

*I centri medici accademici (AMC) nel sud-est asiatico, come l'Università di Scienze della Salute della Cambogia, l'Università Mahidol della Thailandia, l'Università delle Filippine Manila e il SingHealth Duke-NUS di Singapore, hanno un potenziale significativo nel promuovere l'equità sanitaria regionale.*

*Attualmente, il numero di AMC nella regione è limitato, a causa degli investimenti storici nella formazione medica, delle priorità di sviluppo e dei diversi tassi di crescita infrastrutturale.*

*Tuttavia, spinti dall'allineamento delle politiche con gli obiettivi di copertura sanitaria universale del 2030 e dagli investimenti nella sanità e nella ricerca che accompagnano la crescita economica prevista, prevediamo un'accelerazione nella maturazione della medicina accademica e l'emergere di più AMC nella regione.*

### **Le AMC sono posizionate per guidare la politica sanitaria globale, la ricerca e l'implementazione**

*Gli AMC fungono da canali per la conoscenza traslazionale, collegando la politica sanitaria globale e il know-how con l'implementazione locale. Attraverso piattaforme come l'Osservatorio sui sistemi e sulle politiche sanitarie dell'OMS per l'Asia del Pacifico, gli AMC possono informare la definizione dell'agenda e il processo decisionale in modi che siano significativi per le esigenze regionali. Sono anche ben posizionati per aumentare la capacità del sistema sanitario attorno a piattaforme di ricerca collaborativa, come l'Asia Pathogen Genomics Initiative, estendere le partnership per sviluppare capacità essenziali per la traduzione della ricerca nella cura dei pazienti.*

*Con quasi il doppio della popolazione degli Stati Uniti in metà del territorio e tempi di volo di 3 ore tra le principali città, il Sud-Est asiatico è pronto per una collaborazione efficiente.*

*Storicamente, le istituzioni del Nord del mondo hanno condotto partenariati sanitari. Tuttavia, la conoscenza locale degli AMC regionali e la vicinanza alle aree di intervento garantiscono collaborazioni più durature e culturalmente sensibili. Si possono sperimentare nuovi modelli di partenariato Sud-Sud per promuovere lo sviluppo sanitario nel Sud-Est asiatico. All'interno di questo contesto condiviso, lo sviluppo economico varia ampiamente tra i paesi, con conseguente diversità dei sistemi sanitari. È possibile trarre spunti dall'evoluzione dei sistemi sanitari consolidati per orientare lo sviluppo di infrastrutture emergenti in altri paesi. Le AMC possono offrire una preziosa assistenza tecnica per sostenere questi sforzi di riforma.*

*La salute rimane una priorità fondamentale per la filantropia privata.*

*Piattaforme come l'Asia Community Foundation e la Philanthropy Asia Alliance sono emerse per semplificare le donazioni transfrontaliere. Poiché i filantropi cercano sempre più programmi robusti, gli AMC con capacità amministrativa consolidata sono posizionati per fungere da centri di coordinamento per le iniziative regionali. Il loro coinvolgimento può anche rafforzare le capacità dei centri più piccoli nella ricerca, nella raccolta dati e nella misurazione dell'impatto*

### **Il coinvolgimento della salute globale offre opportunità per lo sviluppo strategico delle AMC**

*Mentre la missione principale degli AMC è incentrata sul soddisfare i bisogni sanitari delle proprie comunità, il coinvolgimento sanitario globale presenta opportunità strategiche per accrescere le loro capacità, impatto e influenza. Gli AMC possono andare oltre il focus convenzionale della medicina accademica verso iniziative di equità sanitaria globale che enfatizzano la collaborazione intersettoriale, estendendo l'assistenza oltre le mura ospedaliere e l'impegno civico. Questi elementi sono cruciali nei programmi di salute pubblica e della popolazione, migliorando le capacità degli AMC in questi settori.*

*La collaborazione tra diversi sistemi sanitari offre alle AMC l'opportunità di sviluppare una profonda comprensione delle diverse strutture dei sistemi per accelerare l'innovazione nella progettazione e nella tecnologia dei sistemi*



sanitari. Inoltre, i programmi sanitari globali aprono le AMC a diverse vie di finanziamento, sostenendo iniziative in linea con gli obiettivi regionali di equità sanitaria.

La pandemia di COVID-19 e il dibattito sul cambiamento climatico hanno accresciuto la consapevolezza dell'equità sanitaria tra la nuova generazione di studenti e tirocinanti in medicina.

I programmi sanitari globali rafforzano lo scopo sociale e l'impatto degli AMC, rendendoli più attraenti per gli studenti di medicina e i residenti.

Di conseguenza, tali AMC sono pronti ad attrarre un gruppo più ampio e diversificato di studenti, ricercatori e docenti.

### È tempo di leadership regionale per l'equità sanitaria globale

Raggiungere l'equità sanitaria globale attraverso la collaborazione regionale, sebbene promettente, presenta le sue sfide intrinseche. Le differenze regionali, le dinamiche politiche locali, i vincoli di finanziamento e la carenza di operatori sanitari rappresentano formidabili barriere al progresso. Gli AMC devono anche integrare rispettosamente le intuizioni locali e indigene in collaborazione con le comunità.

Riconoscere questi ostacoli è fondamentale per ideare programmi efficaci e pratici.

È urgentemente necessaria una maggiore leadership da parte degli AMC della regione per affrontare le sfide sanitarie critiche del Sud-est asiatico. Questi sforzi possono essere amplificati con i partner globali e filantropici che allineano i loro investimenti e supporto. Insieme, possiamo costruire sistemi sanitari più resilienti, inclusivi e rispondenti alle esigenze specifiche del Sud-Est asiatico.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00251-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00251-1/fulltext)



## Il clima influenza la diffusione delle malattie trasmesse dalle zanzare

Il clima ha un impatto importante sull'incidenza delle malattie trasmesse dalle zanzare. Quello locale influisce su scala annuale, quello globale invece ogni 2-4 anni. A scoprirlo è uno studio guidato da Bernard Cazelles dell'Institut de Biologie de l'Ecole Normale Supérieure della Sorbonne. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Science Advances*

**di Valentina Arcovio**

Il **clima** ha un impatto importante sull'incidenza delle **malattie trasmesse dalle zanzare**. Quello locale influisce su scala annuale, quello globale invece ogni 2-4 anni. A scoprirlo è uno studio guidato da **Bernard Cazelles** dell'Institut de Biologie de l'Ecole Normale Supérieure della Sorbonne. I risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Science Advances*. I ricercatori hanno analizzato una lunga serie di dati relativi alla **malaria** e alla febbre dengue provenienti da diversi Paesi su varie scale temporali, da anni a decenni. Per gli esperti questi risultati potrebbero contribuire a migliorare i **sistemi di allerta** precoce per le epidemie.

### Le variabili del clima svolgono un ruolo chiave sul rischio epidemie

Le malattie trasmesse dalle zanzare continuano a minacciare la **salute pubblica** in tutto il mondo, soprattutto nelle regioni tropicali e subtropicali. Le epidemie di malaria, **virus Zika**, dengue e febbre del Nilo occidentale sono influenzate da una serie di fattori, tra cui l'**evoluzione dei patogeni** e le condizioni socioeconomiche. Ma anche le **variabili climatiche**, come l'umidità locale e l'andamento delle precipitazioni, svolgono un ruolo importante. Alcuni focolai sono stati associati anche a El Niño-Southern Oscillation, un indice di **variabilità climatica globale**.

### Lo studio copre un arco temporale di 30 anni

Tuttavia, pochi studi sono stati in grado di distinguere i **fattori climatici** locali da quelli globali che determinano le epidemie. Per colmare questa lacuna, i ricercatori hanno analizzato le variabili climatiche locali e globali che si ritiene influenzino l'incidenza delle **malattie trasmesse dalle zanzare** nei paesi dell'Asia meridionale/sudorientale, dell'America centrale/sudorientale e dell'Africa subsahariana. Utilizzando **osservazioni climatiche** allineate con 197 serie temporali di incidenza di malaria e febbre dengue, che coprono un arco temporale di circa tre decenni, i ricercatori

hanno individuato le **scale temporali** in cui queste malattie presentano forti associazioni con i fattori climatici locali, ad esempio, temperatura, precipitazioni e umidità, e globali come El Niño-Southern Oscillation.

### **Il clima influisce su scale temporali diverse**

I risultati suggeriscono che le **condizioni climatiche** locali hanno generalmente influenzato la variazione dell'incidenza delle malattie su scale temporali annuali, mentre le condizioni climatiche globali hanno influenzato la loro incidenza su scale temporali da 2 a 4 anni. Secondo i ricercatori, il lavoro supporta la crescente evidenza che i **fattori climatici** possono influenzare l'emergere di malattie trasmesse dalle zanzare. Ma si spingono oltre dimostrando «che questi effetti dipendono in modo consistente dalla scala temporale». Una migliore comprensione di queste dinamiche potrebbe facilitare l'adozione di **misure preventive** più tempestive.

[https://www.sanitainformazione.it/ambiente/il-clima-influenza-la-diffusione-delle-malattie-trasmesse-dalle-zanzare-attendere/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=nl03102023&utm\\_content=sif](https://www.sanitainformazione.it/ambiente/il-clima-influenza-la-diffusione-delle-malattie-trasmesse-dalle-zanzare-attendere/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl03102023&utm_content=sif)



**IL FORUMDD HA ORGANIZZATO UNA "MISSIONE ITALIANA" CON IL PROFESSOR CHARLES SABEL, COAUTORE DEL LIBRO "FIXING THE CLIMATE" CHE PROPONE UNA RICETTA PER UNA TRANSIZIONE GIUSTA**  
*Charles Sabel è professore presso la Columbia University e autore, insieme a David Victor, professore alla School of Global Policy and Strategy at UC San Diego, di un libro che propone un metodo innovativo per rendere la transizione energetica ed ecologica non solo auspicabile ma conveniente, attraverso processi concreti di collaborazione fra imprese, fra stato, imprese e cittadini e fra Stati. Come utilizzare in Europa e in Italia questo metodo?*

*Di fronte alla drammatica urgenza di **intervenire per ridurre le cause e mitigare gli effetti della crisi climatica ed energetica globale** e al necessario cambio di rotta nella direzione di una **maggior giustizia sociale e ambientale**, la sensazione che ha chi come noi è molto preoccupato per la situazione è che stati, governi, e tutti e tutte noi **non stiamo facendo abbastanza**. Al contrario, in Europa e nel nostro paese sembrano ritrovare slancio, non appena l'Europa fissa obiettivi di transizione sfidanti e coerenti con la gravità della situazione, tesi negazioniste del cambiamento climatico. E, cosa ancora più dannosa, scientemente viene contrapposta la necessità di mettere in atto una transizione ecologica con gli interessi materiali delle persone più povere e vulnerabili.*

*Se gli avversari sono forti e appaiono in gran forma, noi dobbiamo **trovare soluzioni e lavorare per una "alleanza dell'innovazione" che coinvolga impresa, lavoro, stato e società nella direzione di un nuovo sviluppo che invece tarda a nascere.***

*Ma se fossimo in ritardo perché non abbiamo capito come fare?*

***Il libro "Fixing the Climate", scritto da Charles Sabel**, Professore di diritto e scienze sociali alla Columbia Law School, e da David Victor, professore alla School of Global Policy and Strategy at UC San Diego, **riorienta radicalmente il nostro pensiero** su come affrontare la crisi climatica e **offre un'ipotesi di lavoro molto concreta**,*

pur nell'incertezza delle soluzioni possibili: **affiancare all'accordo di Parigi**, da intendere come la cornice di legittimazione della cooperazione fra Stati e di ogni sanzione e penalty default in tema di clima, un meccanismo che Sabel e Victor propongono di rafforzare, **dispositivi e processi concreti di collaborazione fra imprese, fra stato, imprese e cittadini e fra Stati**. Due gli obiettivi dell'alleanza: facilitare e rendere conveniente ricercare e investire in nuove tecnologie di frontiera e rendere costoso non farlo; promuovere l'adattamento di tali nuove tecnologie a ogni specifico contesto, con un forte accompagnamento e supporto delle imprese in campo e il confronto con la cittadinanza e con il lavoro.

E' quella che gli autori chiamano **governance sperimentista**, che sfugge alla dicotomia oziosa fra centralizzazione e decentramento delle politiche pubbliche, ed è il metodo che pervade le proposte del ForumDD, perché presuppone la fissazione di sanzioni credibili per chi sta fermo ma anche un continuo apprendimento e adeguamento del processo.

Poiché tra le ambizioni del Forum Disuguaglianze e Diversità c'è il contribuire a far circolare le idee e diffondere conoscenza nel paese, soprattutto tra gli attori che hanno il potere decisionale di "far accadere le cose", abbiamo organizzato una **missione in Italia di Charles Sabel che incontrerà imprenditori, attivisti, organizzazioni di cittadinanza attiva e del lavoro, e rappresentanti politici** per un confronto sul metodo proposto nel suo libro.

Al termine di un fitto calendario di appuntamenti Sabel, che [terrà una lezione sul libro e sul metodo che propone il 26 ottobre presso l'Aula 3 del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Roma Tre](#), verrà **intervistato insieme a Rossella Muroli da Fabrizio Barca sul numero dell'Espresso** che sarà in edicola il 3 novembre. Quanto ha trovato pronto il nostro paese alla svolta necessaria? Come adattare il suo metodo alle specificità dell'Italia?

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcgzGwHLnQJBGsXxQCQbNmWgXVvCpk>



## **Crisi Climatica: l'appello del Papa alle persone di buona volontà**

Laudate Deum", il grido del Papa per una risposta alla crisi climatica.

Pubblicata l'esortazione apostolica di Francesco che specifica e completa l'enciclica del 2015.

- **Non reagiamo abbastanza, siamo vicini al punto di rottura.**
- **Critiche ai negazionisti: indubitabile l'origine umana del riscaldamento globale.**
- **L'impegno per la cura della casa comune.**

«"Lodate Dio" è il nome di questa lettera. Perché un essere umano che pretende di sostituirsi a Dio diventa il peggior pericolo per sé stesso». Con queste parole si conclude la nuova esortazione apostolica di Papa Francesco, pubblicata il 4 ottobre, festa del Santo di Assisi. **Un testo in continuità con la più ampia enciclica Laudato si' del 2015.** In 6 capitoli e 73 paragrafi il Successore di Pietro intende specificare e completare quanto già affermato nel precedente testo sull'ecologia integrale, e al tempo stesso lanciare **un allarme e una chiamata alla corresponsabilità di fronte all'emergenza del cambiamento climatico, prima che sia troppo tardi.**

L'esortazione guarda in particolare alla COP28 che si terrà a Dubai tra fine novembre e inizi di dicembre. Il Pontefice scrive: «Con il passare del tempo, mi rendo conto che non reagiamo abbastanza, poiché il mondo che ci accoglie si sta sgretolando e forse si sta avvicinando a un punto di rottura» e «non c'è dubbio che l'impatto del cambiamento climatico danneggerà sempre più la vita di molte persone e famiglie». È una «delle principali sfide che la società e la comunità globale devono affrontare» e **«gli effetti del cambiamento climatico sono subiti dalle persone più vulnerabili, sia in patria che nel mondo».**

### ***I segni del cambio climatico sempre più evidenti***

Il primo capitolo è dedicato alla crisi climatica globale. «**Per quanto si cerchi di negarli, nasconderli, dissimularli o relativizzarli, i segni del cambiamento climatico sono lì, sempre più evidenti**» spiega il Papa. Che osserva come «negli ultimi anni abbiamo assistito a fenomeni estremi, frequenti periodi di caldo anomalo, siccità e altri lamenti della terra», una «malattia silenziosa che colpisce tutti noi». Inoltre Francesco afferma: «**è verificabile che alcuni cambiamenti climatici indotti dall'uomo aumentano significativamente la probabilità di eventi estremi più frequenti e più intensi**». Il Pontefice, dopo aver ricordato che se si superano i 2 gradi di aumento della temperatura «le calotte glaciali della Groenlandia e di gran parte dell'Antartide si scioglieranno completamente, con conseguenze enormi e molto gravi per tutti», a proposito di chi minimizza il cambiamento climatico, risponde: «quello a cui stiamo assistendo ora è un'insolita accelerazione del riscaldamento, con una velocità tale che basta una sola generazione – non secoli o millenni – per accorgersene». «**Probabilmente tra pochi anni molte popolazioni dovranno spostare le loro case a causa di questi eventi**». Anche i freddi estremi sono «espressioni alternative della stessa causa».

### ***La colpa non è dei poveri***

«Nel tentativo di semplificare la realtà – scrive Francesco – non mancano coloro che incolpano i poveri di avere troppi figli e cercano di risolvere il problema mutilando le donne dei Paesi meno sviluppati. Come al solito, sembrerebbe che la colpa sia dei poveri. Ma **la realtà è che una bassa percentuale più ricca della popolazione mondiale inquina di più rispetto al 50% di quella più povera e che le emissioni pro capite dei Paesi più ricchi sono di molto superiori a quelle dei più poveri**. Come dimenticare che l'Africa, che ospita più della metà delle persone più povere del mondo, è responsabile solo di una minima parte delle emissioni storiche?».

Il Papa mette a tema anche la posizione di chi dice che gli sforzi per mitigare il cambiamento climatico riducendo l'uso di combustibili fossili «porteranno a una riduzione dei posti di lavoro». Ciò che sta accadendo, in realtà «è che **milioni di persone perdono il lavoro a causa delle varie conseguenze del cambiamento climatico**: l'innalzamento del livello del mare, la siccità e molti altri fenomeni che colpiscono il pianeta hanno lasciato parecchia gente alla deriva». Mentre «**la transizione verso forme di energia rinnovabile, ben gestita**» è in grado «**di generare innumerevoli posti di lavoro in diversi settori**. Per questo è necessario che i politici e gli imprenditori se ne occupino subito».

### ***Indubitabile origine umana***

«**L'origine umana – “antropica” – del cambiamento climatico non può più essere messa in dubbio**» afferma Francesco. «La concentrazione dei gas serra nell'atmosfera... è rimasta stabile fino al XIX secolo... Negli ultimi cinquant'anni l'aumento ha subito una forte accelerazione». Allo stesso tempo la temperatura «è aumentata a una velocità inedita, senza precedenti negli ultimi duemila anni. In questo periodo la tendenza è stata di un riscaldamento di 0,15 gradi centigradi per decennio, il doppio rispetto agli ultimi 150 anni... A questo ritmo, solo tra dieci anni raggiungeremo il limite massimo globale auspicabile di 1,5 gradi centigradi». Con conseguente acidificazione dei mari e scioglimento dei ghiacci.

La coincidenza fra questi eventi e la crescita di emissioni di gas serra «non può essere nascosta. La stragrande maggioranza degli studiosi del clima sostiene questa correlazione e solo una minima percentuale di essi tenta di negare tale evidenza». Purtroppo, osserva amaramente il Pontefice, «**la crisi climatica non è propriamente una questione che interessi alle grandi potenze economiche, che si preoccupano di ottenere il massimo profitto al minor costo e nel minor tempo possibili**».

### ***Siamo appena in tempo per evitare danni più drammatici***

«Sono costretto – continua Francesco – a fare queste precisazioni, che possono sembrare ovvie, a causa di certe opinioni sprezzanti e irragionevoli che trovo anche all'interno della Chiesa cattolica. Ma **non possiamo più dubitare che la ragione dell'insolita velocità di così pericolosi cambiamenti sia un fatto innegabile: gli enormi sviluppi connessi allo sfrenato intervento umano sulla natura**». Purtroppo alcune manifestazioni di questa crisi climatica sono già irreversibili per almeno centinaia di anni, mentre «lo scioglimento dei poli non può essere invertito per centinaia o migliaia di anni». **Siamo dunque appena in tempo per evitare danni ancora più drammatici**.

Il Papa scrive che «alcune diagnosi apocalittiche sembrano spesso irragionevoli o non sufficientemente fondate», ma «non possiamo dire con certezza» ciò che accadrà. È quindi «urgente una visione più ampia... **Non ci viene chiesto nulla di più che una certa responsabilità per l'eredità che lasceremo dietro di noi dopo il nostro passaggio in questo mondo**». Ricordando l'esperienza della pandemia di Covid-19 Francesco ripete «**Tutto è collegato e nessuno si salva da solo**».

### ***Il paradigma tecnocratico: l'idea di un essere umano senza limiti***

Nel secondo capitolo Francesco parla del paradigma tecnocratico che «consiste nel pensare come se la realtà, il bene e la verità sbocciassero spontaneamente dal potere stesso della tecnologia e dell'economia» e «si nutre mostruosamente di sé stesso» basandosi sull'idea di un essere umano senza limiti. **«Mai l'umanità ha avuto tanto potere su sé stessa e niente garantisce che lo utilizzerà bene, soprattutto se si considera il modo in cui se ne sta servendo... È terribilmente rischioso che esso risieda in una piccola parte dell'umanità».**

Purtroppo, **come insegna anche la bomba atomica, «l'immensa crescita tecnologica non è stata accompagnata da uno sviluppo dell'essere umano per quanto riguarda la responsabilità, i valori e la coscienza».** Il Papa ribadisce che «il mondo che ci circonda non è un oggetto di sfruttamento, di uso sfrenato, di ambizione illimitata». Ricorda pure che noi siamo inclusi nella natura, e «ciò esclude l'idea che l'essere umano sia un estraneo, un fattore esterno capace solo di danneggiare l'ambiente. Dev'essere considerato come parte della natura»; «i gruppi umani hanno spesso "creato" l'ambiente».

### ***Decadenza etica del potere: marketing e falsa informazione***

Abbiamo compiuto «progressi tecnologici impressionanti e sorprendenti, e non ci rendiamo conto che allo stesso tempo siamo diventati altamente pericolosi, capaci di mettere a repentaglio la vita di molti esseri e la nostra stessa sopravvivenza». **«La decadenza etica del potere reale è mascherata dal marketing e dalla falsa informazione, meccanismi utili nelle mani di chi ha maggiori risorse per influenzare l'opinione pubblica attraverso di essi».** Grazie a questi meccanismi si convincono gli abitanti delle zone dove si vogliono realizzare progetti inquinanti illudendoli che si potranno generare delle opportunità economiche e occupazionali ma «non viene detto loro chiaramente che in seguito a tale progetto» resterà «una terra devastata» e condizioni di vita molto più sfavorevoli.

**«La logica del massimo profitto al minimo costo, mascherata da razionalità, progresso e promesse illusorie, rende impossibile qualsiasi sincera preoccupazione per la casa comune e qualsiasi attenzione per la promozione degli scartati della società... Estasiati davanti alle promesse di tanti falsi profeti, i poveri stessi a volte cadono nell'inganno di un mondo che non viene costruito per loro».** Esiste «un dominio di coloro che sono nati con migliori condizioni di sviluppo». Francesco li invita a chiedersi, «di fronte ai figli che pagheranno per i danni delle loro azioni», quale sia il senso della loro vita.

### ***Politica internazionale debole***

Nel capitolo successivo dell'esortazione il Papa affronta il tema della debolezza della politica internazionale, insistendo sulla **necessità di favorire «gli accordi multilaterali tra gli Stati».** Spiega che «quando si parla della possibilità di qualche forma di autorità mondiale regolata dal diritto, non necessariamente si deve pensare a un'autorità personale» ma di «organizzazioni mondiali più efficaci, dotate di autorità per assicurare il bene comune mondiale, lo sradicamento della fame e della miseria e la difesa certa dei diritti umani fondamentali». Che «devono essere dotate di una reale autorità per "assicurare" la realizzazione di alcuni obiettivi irrinunciabili».

Francesco deplora che **«le crisi globali vengano sprecate quando sarebbero l'occasione per apportare cambiamenti salutari. È quello che è successo nella crisi finanziaria del 2007-2008 e che si è ripetuto nella crisi del Covid-19»**, che hanno portato «maggiore individualismo, minore integrazione, maggiore libertà per i veri potenti, che trovano sempre il modo di uscire indenni». «Più che salvare il vecchio multilateralismo, sembra che oggi la sfida sia quella di riconfigurarne e ricrearlo alla luce della nuova situazione globale» riconoscendo che tante aggregazioni e organizzazioni della società civile aiutano a compensare le debolezze della Comunità internazionale. Il Papa cita il processo di Ottawa sulle mine antiuomo che mostra come la società civile crea dinamiche efficienti che l'ONU non raggiunge.

### ***Inutili le istituzioni che preservano i più forti***

Quello proposto da Francesco è **«un multilateralismo "dal basso" e non semplicemente deciso dalle élite del potere...** È auspicabile che ciò accada per quanto riguarda la crisi climatica. Perciò ribadisco che se i cittadini non controllano il potere politico – nazionale, regionale e municipale – neppure è possibile un contrasto dei danni ambientali». Dopo aver riaffermato il primato della persona umana e sulla difesa della sua dignità al di là di ogni circostanza, Francesco spiega che «non si tratta di sostituire la politica, perché... le potenze emergenti stanno diventando sempre più rilevanti». «Proprio il fatto che le risposte ai problemi possano venire da qualsiasi Paese, per quanto piccolo, conduce a riconoscere il multilateralismo come una strada inevitabile».

**È necessario dunque un «quadro diverso per una cooperazione efficace. Non basta pensare agli equilibri di potere, ma anche alla necessità di rispondere alle nuove sfide e di reagire con meccanismi globali».** Servono «regole universali ed efficienti». «Tutto ciò presuppone che si attui una nuova procedura per il processo decisionale»; servono «spazi di conversazione, consultazione, arbitrato, risoluzione dei conflitti, supervisione e, in sintesi, una sorta di maggiore "democratizzazione" nella sfera globale, per esprimere e includere le diverse situazioni. Non sarà più utile sostenere istituzioni che preservino i diritti dei più forti senza occuparsi dei diritti di tutti».



## **Le conferenze sul clima**

Nel capitolo seguente Francesco descrive le diverse conferenze sul clima tenutesi fino ad oggi. Ricorda quella di Parigi, il cui accordo è entrato in vigore nel novembre 2016, ma «pur essendo vincolante, non tutti i requisiti sono obblighi in senso stretto e alcuni di essi lasciano spazio a un'ampia discrezionalità», non sono previste sanzioni vere e proprie per gli obblighi non rispettati e mancano strumenti efficaci per garantirne l'osservanza. E «si sta ancora lavorando per stabilire procedure concrete di monitoraggio e fornire criteri generali per confrontare gli obiettivi dei diversi Paesi». Il Papa accenna alla delusione per la COP di Madrid e ricorda che quella di Glasgow ha rilanciato gli obiettivi di Parigi, con molte «esortazioni», ma **«le proposte volte a garantire una transizione rapida ed efficace verso forme di energia alternativa e meno inquinante non sono riuscite a fare progressi»**.

La COP27 in Egitto del 2022 «è stata un ulteriore esempio della difficoltà dei negoziati» e anche se ha prodotto «almeno un progresso nel consolidamento del sistema di finanziamento per le “perdite e i danni” nei Paesi più colpiti dai disastri climatici» anche su questo molti punti sono rimasti “imprecisi”. **I negoziati internazionali «non possono avanzare in maniera significativa a causa delle posizioni dei Paesi che privilegiano i propri interessi nazionali rispetto al bene comune globale.** Quanti subiranno le conseguenze che noi tentiamo di dissimulare, ricorderanno questa mancanza di coscienza e di responsabilità».

## **Cosa ci si aspetta dalla COP di Dubai?**

Guardando alla COP28 Francesco scrive che «dire che non bisogna aspettarsi nulla sarebbe autolesionistico, perché significherebbe esporre tutta l'umanità, specialmente i più poveri, ai peggiori impatti del cambiamento climatico». **«Non possiamo rinunciare a sognare che la COP28 porti a una decisa accelerazione della transizione energetica, con impegni efficaci che possano essere monitorati in modo permanente. Questa Conferenza può essere un punto di svolta»**. Il Papa osserva che **«la necessaria transizione verso energie pulite... abbandonando i combustibili fossili, non sta procedendo abbastanza velocemente.** Di conseguenza, ciò che si sta facendo rischia di essere interpretato solo come un gioco per distrarre». Non si può cercare soltanto un rimedio tecnico ai problemi, «corriamo il rischio di rimanere bloccati nella logica di rattoppare... mentre sotto sotto va avanti un processo di deterioramento che continuiamo ad alimentare».

## **Basta ridicolizzare la questione ambientale**

Francesco chiede di porre fine «all'irresponsabile presa in giro che presenta la questione come solo ambientale, “verde”, romantica, spesso ridicolizzata per interessi economici. Ammettiamo finalmente che si tratta di un problema umano e sociale in senso ampio e a vari livelli. Per questo si richiede un coinvolgimento di tutti». **A proposito delle proteste dei gruppi radicalizzati, il Papa afferma che «essi occupano un vuoto della società nel suo complesso, che dovrebbe esercitare una sana pressione, perché spetta a ogni famiglia pensare che è in gioco il futuro dei propri figli»**.

Il Pontefice auspica che dalla COP28 emergano «forme vincolanti di transizione energetica» che siano efficienti, «vincolanti e facilmente monitorabili». «Speriamo che quanti interverranno siano strateghi capaci di pensare al bene comune e al futuro dei loro figli, piuttosto che agli interessi di circostanza di qualche Paese o azienda. Possano così mostrare la nobiltà della politica e non la sua vergogna... **Ai potenti oso ripetere questa domanda: “Perché si vuole mantenere oggi un potere che sarà ricordato per la sua incapacità di intervenire quando era urgente e necessario farlo?”**».

## **Un impegno che scaturisce dalla fede cristiana**

Infine il Papa ricorda che le motivazioni di questo impegno scaturiscono dalla fede cristiana, incoraggiando «i fratelli e le sorelle di altre religioni a fare lo stesso». «La visione giudaico-cristiana del mondo sostiene il valore peculiare e centrale dell'essere umano in mezzo al meraviglioso concerto di tutti gli esseri». «Noi tutti esseri dell'universo siamo uniti da legami invisibili e formiamo una sorta di famiglia universale, una comunione sublime che ci spinge ad un rispetto sacro, amorevole e umile». «Questo non è un prodotto della nostra volontà, ha un'altra origine che si trova alla radice del nostro essere, perché Dio ci ha unito tanto strettamente al mondo che ci circonda». Ciò che conta, scrive Francesco, è ricordare che **«non ci sono cambiamenti duraturi senza cambiamenti culturali, senza una maturazione del modo di vivere e delle convinzioni sociali, e non ci sono cambiamenti culturali senza cambiamenti nelle persone»**.

«Gli sforzi delle famiglie per inquinare meno, ridurre gli sprechi, consumare in modo oculato, stanno creando una nuova cultura. Il semplice fatto di cambiare le abitudini personali, familiari e comunitarie» contribuisce «a realizzare grandi processi di trasformazione che operano dal profondo della società». Il Pontefice conclude la sua esortazione ricordando che «le emissioni pro capite negli Stati Uniti sono circa il doppio di quelle di un abitante della Cina e circa sette volte maggiori rispetto alla media dei Paesi più poveri». E afferma che **«un cambiamento diffuso dello stile di vita irresponsabile legato al modello occidentale avrebbe un impatto significativo a lungo termine. Così, con le indispensabili decisioni politiche, saremmo sulla strada della cura reciproca»**.



## “Laudate Deum”, il grido del Papa per una risposta alla crisi climatica

Pubblicata l'esortazione apostolica di Francesco che specifica e completa l'enciclica del 2015: non reagiamo abbastanza, siamo vicini al punto di rottura. Critiche ai negazionisti: indubitabile l'origine umana del riscaldamento globale. L'impegno per la cura della casa comune scaturisce dalla fede cristiana

[“Laudate Deum”, il grido del Papa per una risposta alla crisi climatica - Vatican News](#)



### ***Ripensare il modo in cui parliamo del cambiamento climatico***

I cittadini si stanno arrendendo al cambiamento climatico? Parliamo del c.d. “affaticamento da apocalisse”, ovvero “la stanchezza di dover fare infinite scelte morali quando non sembrano fare la differenza”.

[Ener2Crowd.com](https://ener2crowd.com), la piattaforma ed app numero uno per gli investimenti green, si fa portavoce in Italia dell'ampio studio condotto dal [Global Web Index](https://globalwebindex.com)

- *Dal 2020, il numero di consumatori che affermano che aiutare l'ambiente è importante è diminuito in quasi tutti i mercati.*
- *In Paesi come il Canada, il Portogallo e la Francia, l'intenzione all'acquisto di beni internazionali è più alta rispetto al 2019.*
- *La preoccupazione degli americani per l'impatto ambientale dei viaggi è diminuita dell'11%.*
- *Dal secondo trimestre del 2020, c'è stato un calo del 10% dei consumatori che citano un interesse per gli avvenimenti internazionali.*
- *Meno di 1/3 degli intervistati occidentali è convinto che si stiano compiendo progressi in materia di cambiamenti climatici.*
- *Oltre la metà degli americani si dice preoccupata per il “greenwashing” nelle pubblicità*

**“Pagheresti di più per un prodotto ecofriendly?” “Sapere che un prodotto è ecosostenibile orienta la tua scelta di acquisto online?”**

Sono queste alcune delle domande che [uno studio condotto dal Global Web Index](#) (GWI) ha posto a un campione di 65.522 internauti di età compresa tra i 16 ed i 64 anni, residenti in Europa e Nord America. Comparando le risposte rilevate nei quattro trimestri del 2020 con quelle del primo trimestre 2023 in quest’ultima rilevazione emerge un crollo di fiducia, correlabile all’**Apocalypse Fatigue** (Affaticamento da apocalisse). Ovvero “quella sensazione di **disagio** per via dello **scoraggiamento** che tutti – ambientalisti compresi – proviamo di fronte alle **notizie sul cambiamento climatico** rese pubbliche dagli esperti attraverso i media”.

Lo spiega **Giorgio Mottironi**, CSO e co-fondatore della società benefit **Ener2Crowd**. **“Ci affatichiamo a sentir parlare dei drammi ambientali che noi ed i nostri figli vivremo e rispetto ai quali ci sembra di non aver alcuna valida soluzione”**.

### **Dati allarmanti**

In concreto, secondo lo studio [Global Web Index](#), oggi **solo il 14% dei cittadini europei e nordamericani si lascia orientare dall’ecosostenibilità dei prodotti nella scelta di acquisto online** con un crollo del 23% rispetto al 2020. **Appena il 29% è interessato ai fattori ambientali** (il 17% in meno rispetto al 2020). E **il 43% preferisce i marchi ecosostenibili** (-11% rispetto al 2020), mentre **per il 44% è importante aiutare l’ambiente** (-10% rispetto al 2020). A dichiarare di **“riciclare sempre”** è **il 45%** (-9% rispetto al 2020). Ed il 50% è disposto a pagare di più per un prodotto ecosostenibile (anche in questo caso il 9% in meno rispetto al 2020).

### **I danni del “green premium”**

**“Ecco così emergere i danni del green premium, i ‘difetti’ di credibilità della comunità scientifica e gli effetti della crisi (inflazione e debito) sulla possibilità di raggiungere gli obiettivi al 2030”**. Commenta il CSO di Ener2Crowd.com.

**“Parlare scientificamente di cambiamento climatico porta con sé sempre due gravi controindicazioni. La saturazione di brutte notizie e la distanza dell’orizzonte temporale, perché il climate change non ‘fa male’ ora, ma ‘farà malissimo’ tra pochi anni, tanto male che nessuno ci vuole pensare”**.

Aggiunge **Niccolò Sovico**, CEO e co-fondatore di Ener2Crowd.com.

### **Proiettarsi nel futuro per intervenire da subito**

Tra meno di 50 anni un terzo della popolazione si troverà a vivere in zone così calde da essere inabitabili. Ma in fondo oggi accade la stessa cosa con le immagini sensazionalistiche stampate sui pacchetti di sigarette. Difficilmente qualcuno smette di fumare per via di quelle fotografie raccapriccianti.

Eppure guardare in faccia il proprio sé del futuro accorcia la strada che il cervello deve compiere per immaginare problemi all’apparenza distanti ed insormontabili. **“Insomma, proiettarsi nel futuro ci aiuterebbe a percepire il problema come reale ed ‘umano’ e ci farebbe capire che l’intervento è urgente e necessario”**. Concludono gli specialisti di Ener2Crowd.com.

### **Le soluzioni di Ener2Crowd**

Per superare le contraddizioni l’unica strada è quella di far capire a tutti che si tratta di un’opportunità e che in quanto tale è possibile, attraverso **soluzioni che producano valore quotidiano e tangibile per le persone**, anche in ottica trasformativa.

Ed è questo il principio su cui si basa la volontà di **Ener2Crowd** di **creare il più grande movimento finanziario di matrice sociale a favore della transizione energetica**: dare alle persone la possibilità di investire nel proprio stesso futuro, con lo scopo di migliorarlo, guadagnando da tale scelta.

**“È un’opportunità di redistribuzione della ricchezza che si contrappone alla possibilità che la transizione si trasformi una nuova forma di ‘neocolonialismo green’ i cui benefici rimangano nelle mani delle sole grandi potenze finanziarie, mentre tutti noi veniamo distratti da altri problemi o subiamo la pressione dello scetticismo”**. Avverte Giorgio Mottironi.

Tale opportunità – sulla piattaforma Ener2Crowd.com – è già stata **scelta da oltre 10 mila persone in Italia**. Con oltre **5 mila conti digitali attivi** che hanno contribuito a finanziare oltre 20 milioni d’euro di progetti sostenibili.

## La più grande comunità di investitori etici

“La nostra è la più grande comunità di investitori etici. Punta a divenire la più importante in Europa grazie all’apertura del mercato unico degli investimenti digitali riservati al crowd (crowdinvesting)”. Dice con orgoglio Niccolò Sovico.

Mentre una tonnellata di CO2 immessa in atmosfera costa a tutti quanti noi circa 100 euro, non immetterla ha un valore di circa 150 euro per chi sceglie di sostenere tale cambiamento. E, poi ancora, **bilanciare la propria personale impronta di carbonio**, fino ad una condizione “net-zero”, **può rendere ogni anno almeno 650 euro**.

“Per l’economia italiana si tratterebbe di passare da una situazione di 18,4 miliardi di euro di costi annui, a 26,7 miliardi di euro di rendimenti annui, derivanti dai 421 miliardi di euro di investimenti necessari al raggiungimento degli obiettivi 2030”. Concludono gli esperti di Ener2Crowd.com.



### GREENVESTING FORUM 2023

DOVE FINANZA, PIANETA  
E PERSONE SI INCONTRANO

27 OTTOBRE | 15:30  
LE VILLAGE | MILANO

Vieni a scoprire le potenzialità dell’investire sostenibile e raccontare le tue aspettative o esperienze alla seconda edizione del GreenVesting Forum, l’evento fisico di Ener2Crowd, la piattaforma o app n°1 in Italia per gli investimenti sostenibili.

\*Questo evento è ad impatto zero.



Fonte articolo: [“Affaticamento da apocalisse”, crolla l’interesse per l’ambiente – Donna Moderna](#) – foto di copertina: [Jackson Ryan/CNET](#) – [leggi anche Crowdinvesting per comunità energetiche e startup core-green](#)

[Ripensare il modo in cui parliamo del cambiamento climatico \(ecquologia.com\)](#)



## Le acque reflue sono una «spia» sulla nostra salute. Studio italiano le promuove per prevedere nuove epidemie

Nelle acque reflue possono celarsi informazioni preziosissime sulla nostra salute attuale e futura. Sono infatti molteplici gli studi che si avvalgono dell’analisi delle acque di scarico per scovare tracce di virus e batteri potenzialmente pericolosi, ma anche per il rilevamento di droghe e farmaci utili a fare luce su tendenze «nascoste»

**Valentina Arcovio**

Nelle **acque reflue** possono celarsi informazioni preziosissime sulla nostra salute attuale e futura. Sono infatti molteplici gli studi che si avvalgono dell’analisi delle acque di scarico per scovare **tracce di virus e**

**batteri** potenzialmente pericolosi, ma anche per il rilevamento di droghe e farmaci utili a fare luce su tendenze «nascoste».

A confermare il **valore epidemiologico** dell'analisi delle acque reflue è una ricerca condotta dall'**Università degli Studi di Milano**, in collaborazione con il laboratorio di Indicatori Epidemiologici Ambientali dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS e con Regione Lombardia.

I risultati, pubblicati sulla rivista [\*Science of the Total Environment\*](#), hanno dimostrato che l'**analisi delle acque reflue** è uno strumento in grado di captare in anticipo la diffusione nella popolazione degli **enterovirus**.

#### **I picchi epidemici rilevati nelle acque reflue anticipano di 2 mesi i casi clinici**

Nello studio effettuato sono stati raccolti campioni di **acque reflue** tra marzo 2020 e dicembre 2022 misurando la **concentrazione degli enterovirus**: i risultati delle analisi sono stati confrontati con i dati di rilevazione degli enterovirus nell'area metropolitana milanese, dimostrando picchi della **carica virale** subito dopo la rimozione delle restrizioni imposte dalla **pandemia di SARS-CoV-2**. Inoltre, si è rilevato come questi picchi epidemici anticipassero di circa 2 mesi l'aumento di casi clinici nella stessa popolazione in studio.

La ricerca ha evidenziato gli effetti delle **misure di contenimento** adottate per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2 anche sulla circolazione degli enterovirus, fornendo nuove evidenze sulle **caratteristiche epidemiologiche** di questi virus.

#### **Uno strumento importante per la sorveglianza delle future epidemie**

Infatti, come nel **caso di SARS-CoV-2**, le persone infette da enterovirus possono espellere grandi quantità di virus con le feci, anche in completa **assenza di sintomi**.

«La messa in campo di questo nuovo **approccio di sorveglianza** degli enterovirus permette di ricavare dati epidemiologici fondamentali in assenza di **sistemi di sorveglianza clinica**, confermando che l'epidemiologia delle acque reflue sarà uno strumento potente per la sorveglianza di future epidemie», conclude Laura Pellegrinelli, ricercatrice del dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute dell'Università Statale di Milano, autrice dello studio.

[https://www.sanitainformazione.it/salute/le-acque-reflue-sono-una-spia-sulla-nostra-salute-studio-italiano-le-promuove-per-prevedere-nuove-epidemie-attendere/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=nl20102023&utm\\_content=sif](https://www.sanitainformazione.it/salute/le-acque-reflue-sono-una-spia-sulla-nostra-salute-studio-italiano-le-promuove-per-prevedere-nuove-epidemie-attendere/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl20102023&utm_content=sif)





### **Il Ssn «conviene» alla salute ma anche all'azienda Italia. Il rapporto Censis-Fnomceo per i 45 anni dalla legge 833**

*Puntare sul Servizio sanitario nazionale conviene. E non solo nel senso che fa bene alla salute delle persone: è un investimento redditizio per l'azienda Italia. Ogni euro di risorse pubbliche investito in sanità ne genera, infatti, quasi due di produzione in valore. Non solo: se l'investimento pro-capite di risorse fosse pari a quello della Germania, si creerebbero 2 milioni e mezzo di nuovi posti di lavoro, e non limitatamente al settore. A dimostrarlo, il Rapporto Fnomceo-Censis "Il valore economico e sociale del Servizio sanitario nazionale – Una Piattaforma fondamentale per il Paese", che ha studiato gli impatti economici e occupazionali diretti, indiretti e indotti della spesa sanitaria pubblica. Il Rapporto è stato presentato a Roma da Francesco Maietta, responsabile area Consumer, mercati privati e istituzioni del Censis nell'ambito del convegno "Valore salute: Ssn, volano di progresso del paese", voluto dalla Fnomceo per celebrare "i 45 anni del Servizio sanitario nazionale, un'eccellenza italiana". A introdurre la presentazione, il Presidente del Censis, Giuseppe De Rita.*

*«Quando investite sulla spesa sanitaria pubblica, date una spinta all'intera economia del Paese. Questo è il messaggio che emerge dal nostro lavoro: la visione è quella di un Ssn come potente motore per l'economia», ha spiegato Maietta. Che il Ssn sia davvero un'eccellenza lo dimostrano i dati: l'Italia è uno dei paesi più longevi al mondo e, anche, quello con una più alta aspettativa di vita senza disabilità. Infatti, l'Italia si colloca al terzo posto della graduatoria Ue per speranza di vita con 82,7 anni dopo Spagna (83,3) e Svezia (83,1); ed è al terzo posto della graduatoria della speranza di vita in buona salute dove registra un valore dell'indicatore pari a 68,1, inferiore solo a quello di Malta (68,7) e Svezia (68,4). «È evidente che la qualità del Servizio sanitario – spiega il presidente Fnomceo Filippo Anelli - nel lungo periodo, non è estranea al fatto che l'Italia sia un caso di studio per allungamento della speranza di vita e per diffusione della longevità attiva, vale a dire per la diffusione di positive esperienze esistenziali individuali di terza e quarta età, fatte di buona salute e coinvolgimento sociale». Ma il Servizio sanitario nazionale è molto più che un erogatore di servizi e prestazioni sanitarie, comunque indispensabili al benessere e alla qualità della vita degli italiani. «È un attore primario – aggiunge Anelli - dello sviluppo italiano: le risorse pubbliche destinate alla sanità vanno considerate come investimento e non come spesa, proprio perché hanno un impatto altamente positivo sul piano economico, occupazionale, della innovazione e ricerca e sulla coesione sociale. Il Rapporto del Censis – conclude - disegna un affresco originale del Servizio sanitario come pilastro dello sviluppo dell'economia e della società italiana, poiché è un ambito in cui le risorse pubbliche operano come investimenti ad alto impatto su economia, occupazione, ricerca e coesione sociale. Pertanto, la spesa sanitaria pubblica emerge senza ambiguità come investimento sociale sia sulla salute degli italiani che sull'insieme dell'infrastruttura socioeconomica del nostro paese. A questo stadio, è vitale dare corso a quella sorta di promessa maturata nei periodi peggiori dell'emergenza secondo la quale la sanità sarebbe diventata una priorità dell'agenda del paese con finalmente la piena disponibilità delle risorse di cui necessita. Oggi questa è la sfida decisiva, anche perché più risorse pubbliche al Servizio sanitario significa più risorse per il sistema economico e sociale italiano ampiamente inteso».*

#### **Il modello e i risultati.**

*La quantificazione dell'impatto della spesa sanitaria pubblica sul valore della produzione è stata effettuata ricorrendo a un modello di valutazione fondato sull'analisi dell'interdipendenze settoriali, le tavole input-output di Leontief, determinando il valore economico creato per ciascun euro di spesa pubblica investito nel Servizio sanitario.*

#### **Ssn volano per economia: ogni euro investito ne produce quasi due**

*L'impatto economico e fiscale: valore creato e settori coinvolti*

*Il Servizio Sanitario nazionale è un boost per l'economia. Partendo da un valore della spesa sanitaria pubblica pari a 131,3 miliardi di euro (dato dalla spesa sanitaria pubblica del 2022, 131,1 miliardi di euro - pari al 6,7% del Pil –più una quota aggiuntiva che include la ricerca e sviluppo) il valore della produzione interna diretta, indiretta e dell'indotto ad essa ascrivibile è stimata pari a 242 miliardi di euro. Il moltiplicatore della transizione dalla spesa al valore della produzione è pari a 1,84: per ogni euro di spesa sanitaria pubblica investito nel Servizio sanitario viene generato un valore della produzione non distante dal doppio.*

*«La domanda di beni e servizi attivata dalla spesa sanitaria pubblica – spiega il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - si irradia nel resto dell'economia, ampliando il valore della produzione delle imprese, con benefici significativi sull'occupazione, sul valore aggiunto e sul Pil nazionale».*

Il valore aggiunto complessivo creato è pari a 127 miliardi: il 7,3% del valore aggiunto totale e il 6,5% del Pil. I settori che direttamente e indirettamente beneficiano della spinta della spesa sanitaria pubblica sono le attività dei servizi sanitari, per un valore della produzione pari a 126 miliardi di euro con quasi 1,3 milioni di occupati, il settore dell'assistenza sociale con 8,6 miliardi di valore di produzione e un'occupazione di 180 mila persone, il commercio al dettaglio e all'ingrosso, con quasi 9 miliardi di valore di produzione e oltre 95 mila occupati. E poi settori professionali e di servizi qualificati di tipo amministrativo, legale, contabile, di consulenza gestionale con un valore della produzione di oltre 3 miliardi di euro per oltre 30 mila addetti, e quello relativo a servizi di vigilanza e di facility management con 3 miliardi di euro di valore della produzione e quasi 43 mila occupati.

La generatività della spesa sanitaria pubblica si completa considerando che il totale delle imposte dirette e indirette e dei contributi sociali ascrivibili al circuito attivato dalla spesa sanitaria pubblica citata è pari ad oltre 50 miliardi di euro. Si tratta di oltre 28 miliardi di imposte dirette e indirette e quasi 22 miliardi di contributi sociali relativi ai lavoratori dipendenti coinvolti.

### **La spinta alla buona occupazione: sino a 2,5 milioni di posti di lavoro in più, investendo come in Germania**

Da 1,5 milioni a, addirittura, 2,5 milioni di occupati in più, nei settori più strettamente legati alla sanità sino a quelli che invece beneficerebbero degli effetti indiretti e anche indotti. Ecco i benefici occupazionali stimati, ma molto realistici, che sarebbero associati ad un investimento pubblico più alto nella sanità italiana.

Gli occupati interni diretti, indiretti e indotti afferenti al meccanismo cumulativo innescato dalla spesa sanitaria pubblica sono stimati complessivamente in 2,2 milioni di persone, pari all'8,7% degli occupati totali.

La creazione di occupazione, quindi, va ben oltre il Servizio sanitario, che comunque è uno dei più importanti datori del lavoro del paese con 670 mila addetti a cui aggiungere oltre 57 mila medici di medicina generale, titolari di guardie mediche e pediatri di libera scelta.

Incrementare la spesa sanitaria pubblica vuol dire espandere l'occupazione: infatti, se la spesa sanitaria pubblica pro capite italiana, pari a 2.226 euro, salisse al valore di quella francese di 3.739 euro (spesa complessiva pari al 10,1% del Pil francese), a parità di potere d'acquisto, la spesa pubblica sanitaria totale italiana crescerebbe di 89 miliardi di euro diventando pari al 10,9% del Pil italiano, con un incremento del totale occupati diretti, indiretti e indotti di 1,5 milioni di unità, per un totale di 3,8 milioni.

Nell'ipotesi di un adeguamento della spesa sanitaria pubblica pro capite italiana al valore di quella tedesca, che è pari a 4.702 euro a parità di potere d'acquisto (il totale incide sul Pil tedesco per il 10,9%), la spesa sanitaria pubblica totale del nostro paese sarebbe superiore di 146 miliardi e pari al 13,3% del Pil, mentre il totale degli occupati diretti, indiretti e indotti sarebbe di 4,7 milioni, cioè 2,5 milioni di occupati in più.

«Quello all'interno del Servizio sanitario nazionale – commenta il 'Presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – è, per sua natura, un lavoro di qualità, motivante, potenzialmente pregno di senso in una fase storica segnata invece da una visibile crisi della cultura e dell'identità legata al lavoro. Per questo è importante investire sui professionisti, per rendere attrattivo il Servizio sanitario nazionale. C'è poi quella parte di occupazione – conclude - che viene stimolata tramite un meccanismo per cui la spesa sanitaria pubblica genera una domanda che consente a imprese di settori via via più distanti di espandere la produzione e, in parallelo, l'occupazione».

### **Potenziare la ricerca per fare di più e meglio . Ma anche con le nuove tecnologie il medico resti centrale**

Lo stanziamento di spesa pubblica per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana è in Italia pari a circa il 12,7% del totale della spesa pubblica stanziata per ricerca e sviluppo: tale dato colloca il nostro paese al quinto posto della graduatoria dell'Unione Europea per valore pro capite a parità di prezzi d'acquisto. In totale, lo stanziamento di spesa pubblica italiana per ricerca e sviluppo per protezione e promozione della salute umana è pari a 1,6 miliardi di euro.

Il Servizio sanitario nazionale è il primo committente delle attività di ricerca in sanità.

Lo stanziamento attuale è il portato di un decennio di evoluzione della spesa che ha registrato nel periodo 2012-2019 una crescita del 5,2% e nel 2019-2022 un rialzo del 49%. L'esito per l'intero periodo 2012-2022 è un incremento di oltre il 56%.

Buoni gli indicatori di performance: l'Italia si colloca al secondo posto della graduatoria europea e al sesto di quella mondiale per numero di pubblicazioni relative all'area tematica della medicina nelle riviste scientifiche.

«Potenziare la capacità di finanziare direttamente progetti di ricerca – commenta il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – e quella di utilizzare i ritrovati ampliherebbe lo spettro di opportunità per l'intero ecosistema, con un boost certo sugli esiti».

La social acceptance del valore per la sanità della ricerca e delle innovazioni tecnologiche, incluse quelle digitali fondate sul massiccio utilizzo di dati personali, non è tuttavia priva di taluni timori.

Infatti, al di là delle pulsioni irrazionali e antiscientifiche, è comunque presente nell'opinione pubblica la preoccupazione che si impongano relazioni impersonali, con relativa perdita di riferimenti umani e caldi nei processi di cura. In realtà, emerge l'opposizione di principio degli italiani a un'idea di sanità che, alla fin fine, vorrebbe marginalizzare o addirittura escludere il medico dai processi decisionali sulla cura e la tutela della salute.

*Nella cultura sociale collettiva degli italiani prevale la convinzione che al centro dei processi di cura, responsabile delle decisioni essenziali è e deve restare il medico. Non c'è tecnologia o algoritmo che possa sostituire, ad oggi, la figura e la relazionalità con il medico.*

*«Ogni processo di innovazione, ogni ritrovato terapeutico – aggiunge ancora Anelli - deve entrare nella sanità in conformità all'esercizio del ruolo di riferimento decisionale del medico. La fiducia sociale ampia di cui beneficiano i medici, quindi, è il viatico per rendere socialmente accettabili su larga scala nuove terapie e innovazioni tecnologiche». Il Servizio sanitario nazionale: elemento di coesione sociale con benefici distribuiti in modo diffuso nel paese Malgrado le tante disparità territoriali da sempre sottolineate, la spesa sanitaria pubblica pro-capite è superiore a 2.000 euro in tutte le regioni.*

*Oltre 1,3 miliardi le prestazioni di prevenzione e cura erogate in un anno, 29 mila le strutture pubbliche e private accreditate, per un totale di 236 mila posti letto. Sono numeri che raccontano di un'attività diffusa che materializza la sensazione sociale che, in caso di bisogno sanitario, esiste una tutela accessibile e di qualità a cui si ha diritto.*

*Inoltre, una figura presidio chiave che beneficia di alta fiducia e buona social reputation come il medico di medicina generale, nonostante le attuali problematiche di shortage, conta ancora 40 mila professionisti diffusi nei territori, con una media di 1.300 adulti residenti per medico di medicina generale. Il campo di oscillazione regionale per Medico di medicina generale varia tra 1.514 adulti in Lombardia e 1.063 adulti in Umbria.*

*«La spesa sanitaria pubblica – commenta Filippo Anelli - è un investimento economico i cui effetti si dispiegano su tutti i territori del nostro paese, e pertanto le sue risorse possono essere considerate ad alto impatto economico e occupazionale, con in più il pregio di distribuire i benefici in modo diffuso nei territori. Il valore sociale del Servizio sanitario – aggiunge - richiama ulteriori contributi rilevanti, come quello alla coesione sociale sui territori. Ciò avviene certamente tramite l'erogazione di servizi sanitari che sono fondamentali per il benessere delle persone e la qualità della vita in ambito locale, ma anche perché è una piattaforma decisiva per l'occupazione locale, di cui rappresenta una componente significativa, che ovviamente è opportuno e utile espandere. Il Servizio sanitario infine – conclude - contribuisce a tenere insieme la società anche perché esercita una funzione di assicurazione delle persone di ogni ceto sociale, facendole sentire con le spalle coperte in caso di insorgenza di patologie».*

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-10-24/il-ssn-conviene-salute-ma-anche-azienda-italia-rapporto-censis-fnomceo-i-45-anni-legge-833-103327.php?uuid=AFJilsMB&cmpid=nlqf>

**quotidianosanita.it**

**Privato accreditato. Performance di eccellenza nel 27% delle strutture, ma il 32% eroga cure di bassa qualità. L'Analisi Agenas-Aiop**

*Valutata la qualità dell'assistenza ospedaliera pubblica e privata articolata a livello di sette aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, sistema respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare. La concentrazione delle strutture - soprattutto di quelle di diritto privato - verso i livelli di qualità estremi, sottolineano gli esperti, deve tener conto della natura monospécialistica o del basso numero di aree cliniche valutabili.*

**09 OTT -**

*Monospécialistiche o con un basso numero di aree specialistiche e appartenenti al privato accreditato del Ssn. È questo l'identikit nelle strutture sanitarie alla quale affidarsi certi di ricevere performance di alto livello in alcune aree specifiche (cardiocircolatorio, nervoso e respiratorio). In Italia, il 27% delle strutture di diritto privato (80 su 297) hanno standard elevati; sono invece 45 su 511 (pari al 9%) le strutture di diritto pubblico con tutte le aree cliniche validate di qualità alta o molto alta.*

*Ma se il privato conquista il podio in alcune aree specifiche, di contro le strutture di qualità bassa o molto bassa sono proprio quelle private: il 32% delle strutture di diritto privato (75 su 297) contro il 19% delle strutture di diritto pubblico (54 su 511).*

*Questo il quadro tratteggiato dal Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani elaborato a quattro mani da Agenas e Aiop, sulla base dei risultati del Programma Nazionale Esiti (Pne). Il documento, spiega una nota, propone "una valutazione comparativa delle strutture ospedaliere - di diritto pubblico e di diritto privato del Ssn - elaborata in funzione del rispettivo livello di aderenza agli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera. Il risultato è una fotografia della qualità offerta dal nostro Ssn, che consente il confronto sulla base della natura giuridica*

delle strutture - secondo la metodologia Treemap del Pne - e la valutazione della eterogeneità interna sia a ciascun comparto sia tra aree geografiche”.

## Strutture con tutte le aree cliniche valutate di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per natura giuridica

	Totale strutture valutate	Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa	
PUBBLICO	511	45	9%	54	19%
PRIVATO	297	80	27%	75	32%
PRIVATO PURO	17	1	6%	15	88%

“Anche grazie alla realizzazione del Rapporto presentato – ha dichiarato il Presidente di Agenas **Enrico Coscioni** – prosegue il lavoro di collaborazione tecnico-operativa dell’Agenzia nei confronti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, nonché delle loro aziende sanitarie, in ambito organizzativo, gestionale oltre che in tema di efficacia degli interventi sanitari. Avere strutture - siano esse di diritto pubblico o privato - in grado di garantire una sempre più efficace presa in carico dei pazienti è l’obiettivo che Agenas persegue sin dalla sua istituzione. Dunque, ben venga l’individuazione di buone pratiche da diffondere in modo uniforme per tutto il territorio nazionale”.

“Il Rapporto, frutto dell’Accordo di collaborazione stipulato tra Agenas e Aiop ha voluto mettere in evidenza sia l’apporto che la componente pubblica e quella privata hanno fornito al corretto funzionamento del Ssn, sia la risposta rispetto all’emergenza pandemica. Ciò è stato possibile rielaborando i dati dell’edizione 2022 del Programma Nazionale Esiti per verificare, a un livello di dettaglio maggiore, la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate” ha affermato il Direttore Generale Agenas **Domenico Mantoan**, ricordando che il privato accreditato, a differenza di altri comparti del Ssn, è l’unico sottoposto a dei tetti rigidi, congelati al 2011, con la conseguenza di generare una “schizofrenia” di sistema.

Per la Presidente Nazionale Aiop **Barbara Cittadini** “Il Pne ha, sempre, avuto la finalità positiva di volere restituire una fotografia attraverso la quale identificare tutti gli spazi di miglioramento percorribili per realizzare una sanità di prossimità, efficace ed appropriata. Con questo lavoro, nato dalla virtuosa sinergia tra Agenas e Aiop, partiamo proprio dall’analisi degli esiti in funzione della natura giuridica delle strutture per superare l’ideologica dialettica che contrappone “il pubblico al privato”. È prioritario riflettere sull’estrema variabilità della qualità all’interno delle due componenti, in ogni Regione e tra Regioni, facendo emergere quelle contraddizioni che devono essere migliorate in un percorso di efficientamento complessivo che tuteli i valori di universalità, solidarietà ed equità ai quali si ispira il nostro Ssn”.

**Le 7 aree valutate.** È stata valutata la qualità dell’assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, sistema respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

La concentrazione delle strutture - soprattutto di quelle di diritto privato - verso i livelli di qualità estremi, sottolineano gli esperti, deve tener conto della natura monospecialistica o del basso numero di aree cliniche valutabili: la maggior parte delle strutture (l’87% tra le pubbliche e il 92% tra le private) di quelle di qualità alta/molto alta e, rispettivamente, l’87% e il 97% tra quelle con un livello di qualità inferiore all’atteso sono, infatti, a indirizzo specifico o con sole due aree valutabili.

Se si considerano, infatti, le strutture con almeno tre aree valutate, la quasi totalità delle strutture valutate non è caratterizzata da un livello di qualità omogeneamente critico o omogeneamente positivo (ovvero tutte le aree di qualità bassa/molto bassa o, viceversa, tutte le aree di qualità alta/molto alta); piuttosto, l’aderenza a standard evidence-based riguarda una specifica e determinata area clinica o, più precisamente, un determinato percorso clinico organizzativo del paziente affetto da una specifica patologia.

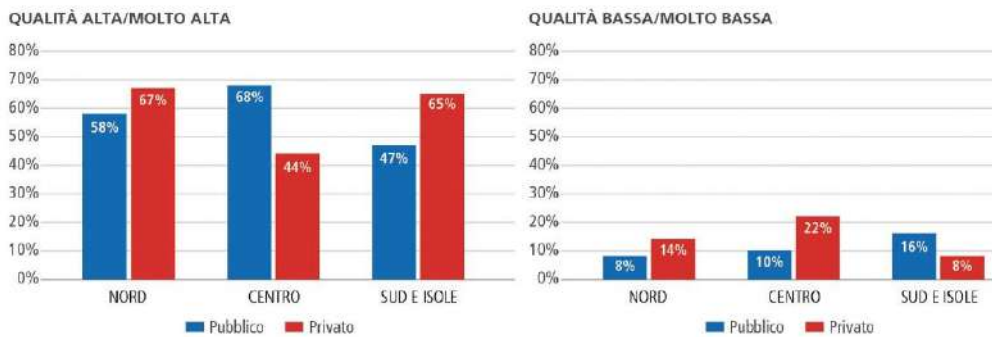


## Strutture con tutte le aree cliniche di qualità alta/molto alta e bassa/molto bassa, per numero di aree valutate e natura giuridica

N. aree valutate	Totale strutture valutate	PUBBLICO				PRIVATO				
		Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa		Struttura con tutte aree di qualità alta/molto alta		Struttura con tutte aree di qualità bassa/molto bassa		
		N.	%	N.	%	N.	%	N.	%	
1	77	34	44	32	42	129	54	42	61	47
2	55	5	9	15	27	79	20	25	12	15
3	55	1	2	4	7	34	3	9	1	3
4	42	1	2	0	0	17	1	6	1	6
5	76	1	1	2	3	17	1	6	0	0
6	80	3	4	1	1	8	1	13	0	0
7	126	0	0	0	0	13	0	0	0	0

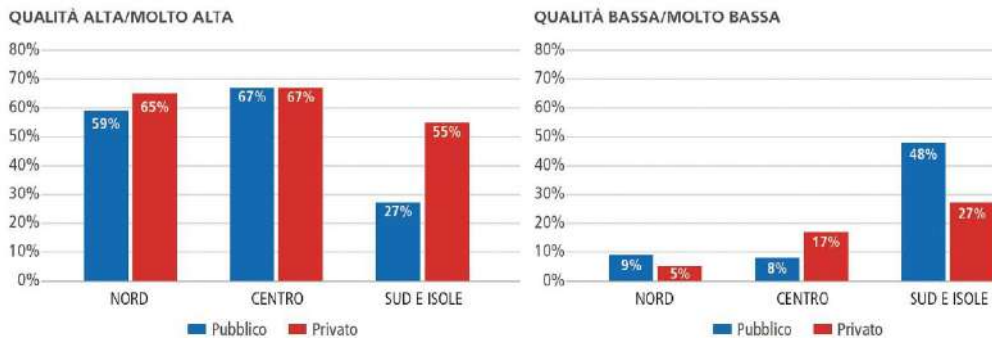
*Nell'area del sistema cardiocircolatorio, si rileva un'elevata concentrazione su livelli alti/molto alti di aderenza agli standard: mentre nel Nord e, ancora di più, nel Sud e Isole la proporzione di strutture di diritto privato over-standard è superiore rispetto a quella delle strutture di diritto pubblico, nel Centro la situazione è ribaltata. Al Centro, le strutture di qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra le strutture accreditate che tra quelle di diritto pubblico.*

### Area sistema cardiocircolatorio: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



*Nell'area sistema nervoso, la divaricazione tra le due componenti è sostanziale soprattutto al Sud e Isole: qui le strutture che riportano livelli di qualità alta/molto alta sono proporzionalmente di più tra le accreditate, mentre quelle che riportano una qualità substandard sono proporzionalmente di più tra quelle di diritto pubblico. Nel Centro, in linea con quanto emerso per l'area cardiocircolatoria - le strutture di qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra le strutture accreditate che tra quelle di diritto pubblico.*

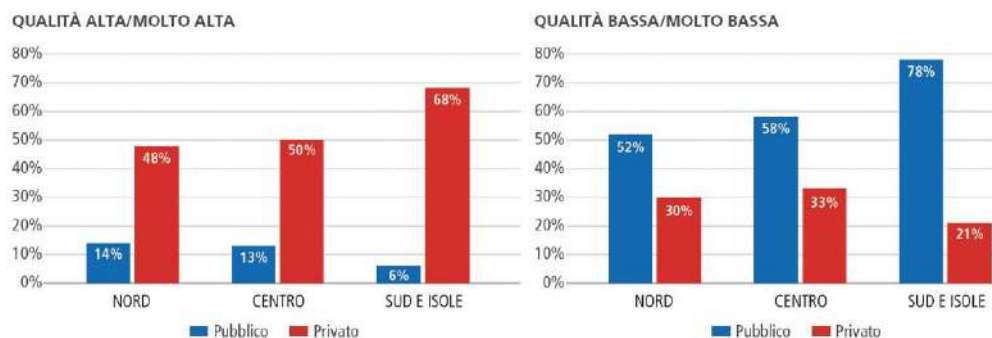
### Area sistema nervoso: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



*Nell'area sistema respiratorio, per quanto riguarda il confronto pubblico-privato, la percentuale di strutture che raggiunge standard di qualità alta/molto alta è significativamente maggiore tra quelle accreditate. Anche rispetto all'aderenza sub-standard, le strutture di diritto privato e di diritto pubblico si comportano in maniera differente.*

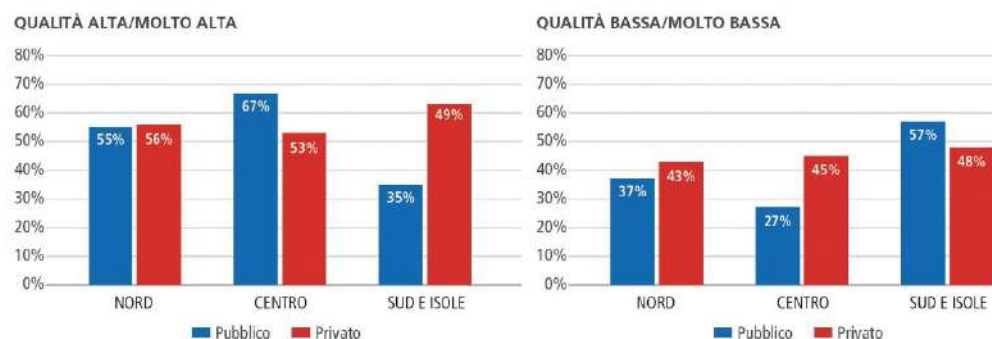


### Area sistema respiratorio: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



**Nell'area della chirurgia generale** Rispetto alle strutture con livelli alti/molto alti di conformità agli standard, se al Nord non ci sono sostanziali differenze tra le due componenti, nel Centro e nel Sud, pubblico e privato accreditato si comportano diversamente. Al Centro infatti le strutture di diritto pubblico con qualità alta/molto alta sono il 67%, contro il 53% tra quelle di diritto privato, mentre al Sud e Isole le rispettive proporzioni sono di 35% e 49%. Specularmente, le strutture sub-standard sono proporzionalmente di più al Centro tra quelle di diritto privato e al sud tra quelle di diritto pubblico.

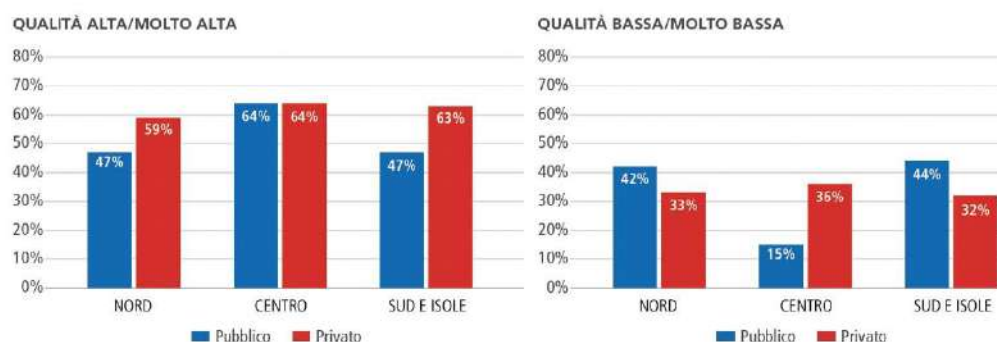
### Area della chirurgia generale: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



**Nell'area della chirurgia oncologica**, è il Nord ad avere risultati simili al Sud, con le strutture di diritto privato che, nel confronto con quelle di diritto pubblico, sono proporzionalmente di più tra quelle di qualità alta/molto alta e di meno tra quelle di qualità bassa/molto bassa.

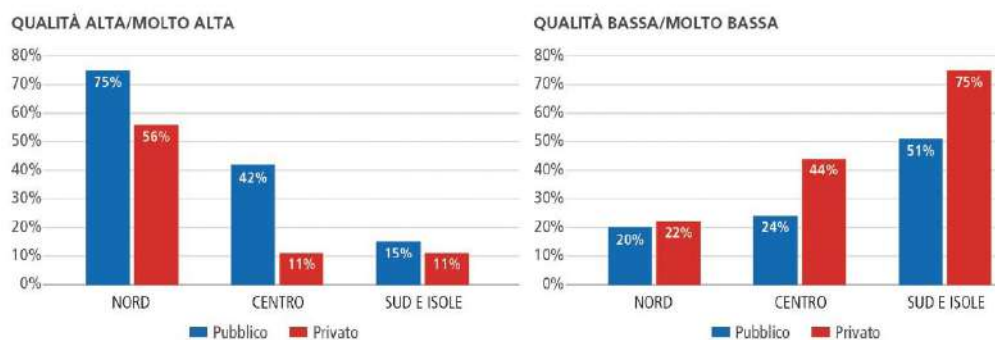
Al Centro, se le strutture sovra-standard hanno la stessa percentuale tra le pubbliche e le accreditate, le strutture con qualità bassa/molto bassa sono proporzionalmente di più tra quelle di diritto privato.

### Area della chirurgia oncologica: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



**Nell'area gravidanza e parto** emerge una importante divaricazione tra le due componenti: al Nord il 56% delle strutture di diritto privato registra livelli di qualità alta/molto alta contro il 15% del Sud, mentre le strutture accreditate di qualità bassa/molto bassa sono il 22% al nord e il 75% nel sud e isole.

## Area gravidanza e parto: strutture con livello di qualità alto/molto alto e basso/molto basso, per natura giuridica e area geografica



**Nell'area osteomuscolare**, le differenze tra le due componenti sono soprattutto al Centro e al Sud, dove, rispettivamente il 37% e il 52% delle strutture pubbliche riportano livelli di qualità bassa/molto bassa.

### Analisi per indicatore

Entrando nello specifico, grazie agli indicatori PnE utilizzati, emerge che gli out-comes (indicatori di esito) delle strutture di diritto privato con un livello di qualità alto sono proporzionalmente di più di quelle di diritto pubblico; per quanto si parla di volumi di attività la componente accreditata soffre maggiormente della pubblica di numerosità sub-standard.

Ad esempio:

- Per l'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo infarto del miocardio non esistono sostanziali differenze tra pubblico e privato nella proporzione di strutture di qualità alta/molto alta
- Una delle differenze più importanti tra pubblico e privato si ha per l'indicatore di mortalità a 30 giorni dal ricovero per scompenso cardiaco congestizio, rispetto al quale le strutture che riportano risultati di qualità alta o molto alta sono, rispettivamente, il 32% e il 47%
- Le strutture che effettuano tempestivamente almeno il 60% delle PTCA (Angioplastica Coronarica Percutanea Transluminale) rappresentano il 39% delle strutture di diritto pubblico e il 52% di quelle di diritto privato
- Se rispetto alle riammissioni a 30 giorni dopo ricovero per embolia polmonare, le proporzioni di strutture di diritto privato e di diritto pubblico con valori in linea con lo standard sono sostanzialmente equivalenti, considerando l'indicatore di mortalità, le strutture accreditate con esiti compatibili con il riferimento sono il 70%, di contro al 58% di quelle di diritto pubblico
- Il 62% delle strutture di diritto pubblico e il 39% delle strutture accreditate effettua un numero di ricoveri di infarto del miocardio compatibile con lo standard
- Solo il 25% delle strutture pubbliche e il 15% delle strutture di diritto privato effettua un numero di ricoveri per bypass aorto-coronarico in linea con il riferimento
- La proporzione di strutture di diritto privato con valori di mortalità a 30 giorni da un ricovero per ictus ischemico superiori allo standard di riferimento è del 71% contro al 51% circa di quelle di diritto pubblico
- L'81% delle strutture pubbliche e il 92% delle strutture private presentano una proporzione superiore alla soglia minima prevista dal DM 70 per quel che attiene all'indicatore colecistectomie laparoscopiche con degenza inferiore a 3 giorni
- La proporzione di interventi di resezioni entro 120 giorni da un intervento conservativo per TM della mammella valuta la necessità di re-intervenire chirurgicamente dopo una prima procedura conservativa. Le strutture che riportano una proporzione di nuovi interventi in linea con l'atteso sono sostanzialmente equivalenti tra le due componenti
- Per quanto riguarda gli indicatori che misurano la mortalità a 30 giorni dopo un intervento di chirurgia oncologica, per il tumore maligno del polmone sono le strutture di diritto pubblico che in percentuale mostrano una performance migliore; diversamente, per il tumore maligno dello stomaco, del colon, del fegato e del pancreas le strutture private di qualità alta /molto alta risultano in proporzione significativamente di più di quelle pubbliche
- Rispetto ai volumi di interventi chirurgici per tumore maligno della mammella – per cui la percentuale di strutture pubbliche sovra-soglia è maggiore di quella delle strutture private (50% vs 38%) – il fenomeno di frammentazione della casistica è tanto più degno di nota se si considera che si tratta di un indicatore al quale a lungo sono stati dati spazio ed enfasi a livello scientifico e normativo
- Ancora più ridotta la concentrazione degli interventi chirurgici per TM del pancreas e per TM del fegato: rispettivamente, solo il 6% e l'11% delle strutture pubbliche e il 14% e il 13% delle private riportano volumi in linea con la soglia minima

- Riguardo i punti nascita con meno di 1000 parti/anno se le maternità con percentuali di tagli cesarei primari minori o uguali al 15% sono molto poche tra le strutture pubbliche (14%), tra le strutture private solo il 4% rispetta lo standard
- Nelle strutture con almeno mille parti/anno - che dovrebbero assistere una casistica verosimilmente più complessa - la soglia massima del 25% è rispettata dal 82% delle strutture di diritto pubblico, ma solo dal 31% di quelle di diritto privato
- Il DM 70 fissa al 60% la percentuale minima di fratture del collo femore da operare entro 48 ore dall'accesso nella struttura di ricovero: il 29% delle strutture pubbliche e il 43% di quelle di diritto privato rispetta lo standard quantitativo
- Mentre per le riammissioni a 30 giorni dopo intervento sull'anca sono le strutture accreditate a riportare proporzionalmente esiti migliori (64% vs 45%), per gli indicatori di revisione a due anni dopo protesi di anca e ginocchio (51% vs 62% e 51% vs 57%) e di riammissione dopo artroprotesi del ginocchio (45% vs 59%) sono le strutture pubbliche ad avere una maggiore aderenza allo standard di qualità.
- Nell'indicatore di mortalità a 30 giorni dopo ricovero per insufficienza renale cronica, le strutture che riportano esiti di qualità alta sono il 20% tra quelle di diritto pubblico e il 51% tra quelle di diritto privato.

**E ancora, titolo esemplificativo il rapporto riporta a livello regionale i risultati dell'area cardiocircolatoria e dell'area della chirurgia oncologica**

Rispetto all'area del sistema cardiocircolatorio:

- in Lombardia, il 45% delle strutture di diritto pubblico e il 74% di quelle di diritto privato presentano un alto/molto alto livello di conformità agli standard, mentre, rispettivamente, l'8% e il 12% hanno livelli di qualità inferiori all'atteso
- nel Lazio, 19 strutture pubbliche (61% del comparto) e 12 di diritto privato (41% delle accreditate) presentano una qualità alta/molto alta, mentre, rispettivamente, il 10% e il 24% hanno livelli sub-standard
- in Sicilia la proporzione di strutture di qualità bassa/molto bassa è analoga tra pubblico e privato accreditato, mentre sono, rispettivamente, il 39% e il 69% quelle che presentano un livello di conformità alto o molto alto rispetto allo standard

**Rispetto all'area della chirurgia oncologica**

- in Lombardia, il 38% delle strutture di diritto pubblico e il 64% di quelle di diritto privato presentano un alto/molto alto livello di conformità agli standard, mentre, rispettivamente, il 56% e il 24% hanno livelli di qualità inferiori all'atteso
- nel Lazio, 9 strutture pubbliche (47% del comparto) e 9 di diritto privato (64% delle accreditate) presentano una qualità alta/molto alta, mentre, rispettivamente, il 21% e 36% hanno livelli sub-standard
- in Sicilia la proporzione di strutture di qualità bassa/molto bassa è il 53% delle pubbliche e l'11% delle accreditate, mentre sono, rispettivamente, il 42% e il 78% quelle che presentano un livello di conformità alto o molto alto rispetto allo standard

“Anche grazie alla realizzazione del Rapporto presentato – ha dichiarato il Presidente di Agenas **Enrico Coscioni** – prosegue il lavoro di collaborazione tecnico-operativa dell'Agenas nei confronti delle Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, nonché delle loro aziende sanitarie, in ambito organizzativo, gestionale oltre che in tema di efficacia degli interventi sanitari. Avere strutture - siano esse di diritto pubblico o privato - in grado di garantire una sempre più efficace presa in carico dei pazienti è l'obiettivo che Agenas persegue sin dalla sua istituzione. Dunque, ben venga l'individuazione di buone pratiche da diffondere in modo uniforme per tutto il territorio nazionale”.

“Il Rapporto, frutto dell'Accordo di collaborazione stipulato tra Agenas e Aiop – ha affermato il Direttore Generale Agenas **Domenico Mantoan** - ha voluto mettere in evidenza sia l'apporto che la componente pubblica e quella privata hanno fornito al corretto funzionamento del SSN, sia la risposta rispetto all'emergenza pandemica. Ciò è stato possibile rielaborando i dati dell'edizione 2022 del Programma Nazionale Esiti (PNE) per verificare, a un livello di dettaglio maggiore, la qualità delle prestazioni erogate dalle strutture pubbliche e da quelle private accreditate. Ricordo che Agenas si configura come organo tecnico-scientifico del SSN e anche grazie al ruolo acquisito da oltre un anno di Agenas nazionale per la sanità digitale ha sempre più tra i suoi obiettivi quello di assicurare il potenziamento dei servizi e dei processi in sanità mediante l'analisi approfondita dei dati. Va considerato, comunque, che il privato accreditato, a differenza di altri comparti del SSN, è l'unico sottoposto a dei tetti rigidi, congelati al 2011, con la conseguenza di generare una “schizofrenia” di sistema”.

Per la Presidente Nazionale Aiop **Barbara Cittadini** “Il PNE ha, sempre, avuto la finalità positiva di volere restituire una fotografia attraverso la quale identificare tutti gli spazi di miglioramento percorribili per realizzare una sanità di prossimità, efficace ed appropriata. Con questo lavoro, nato dalla virtuosa sinergia tra Agenas e Aiop, partiamo proprio dall'analisi degli esiti in funzione della natura giuridica delle strutture per superare l'ideologica dialettica che contrappone “il pubblico al privato”. È prioritario riflettere sull'estrema variabilità della qualità all'interno delle due

componenti, in ogni Regione e tra Regioni, facendo emergere quelle contraddizioni che devono essere migliorate in un percorso di efficientamento complessivo che tuteli i valori di universalità, solidarietà ed equità ai quali si ispira il nostro Servizio Sanitario Nazionale. La riforma del sistema, già in atto – ha commentato Cittadini – non deve tradire la preziosa ed originaria natura del PNE, utilizzandone la valenza tecnico-scientifica a servizio di un meccanismo di razionalizzazione acritica delle sole strutture di diritto privato del SSN. Se la concorrenza non si sostituirà alla programmazione, se la selezione non si sostituirà al miglioramento, vorrà dire che saremo stati in grado di costruire un sistema solido, che non lasci intere aree geografiche sguarnite di presidi di ricovero e cura, finalmente in grado di tutelare il diritto alla salute sancito dalla Costituzione” ha concluso.

Secondo **Giovanni Baglio**, Direttore UOC Ricerca, PNE, Rapporti Internazionali di Agenas, “per una effettiva tutela della salute del cittadino la prospettiva deve essere quella della corresponsabilità e complementarietà, non della concorrenza fra pubblico e privato. Il PNE rappresenta un osservatorio permanente sull’efficacia, l’appropriatezza, la sicurezza e l’equità di accesso alle cure garantite dal SSN nell’ambito dei LEA ed è uno strumento di supporto al miglioramento continuo”.

**Alice Basiglioni**, Responsabile area epidemiologia valutativa, Ufficio Studi di Aiop, ha rilevato che: “Il Rapporto analizza la qualità dei due comparti pubblico-privato del SSN al fine di superare la dialettica fra le due componenti e focalizzare l’attenzione sull’eterogeneità di prestazioni anche all’interno delle due componenti; si tratta di riportare al centro l’equità di accesso. Non ci sono strutture di alta qualità e bassa qualità – prosegue Basiglioni – ma specifiche aree cliniche e specifiche prestazioni che all’interno di una stessa struttura riportano, alcune, livelli di qualità in linea con gli standard di efficacia e sicurezza e altre che sono lontane da questi standard. In linea generale possiamo valutare come le strutture di diritto privato riportano performance migliori in termini di esiti rispetto a quelle di diritto pubblico, ma soffrono per quanto riguarda i volumi di attività, soprattutto per l’impossibilità di esprimere interamente la propria potenzialità di produzione a causa dei tetti imposti”.

Per **Angela Adduce**, Ispettore Generale Capo per la Spesa Sociale Ragioneria Generale dello Stato, Ministero dell’Economia e delle Finanze: “Il tetto fissato dalla Spending review costituisce una delle norme che governano la spesa e come ogni tetto deve essere periodicamente mantenuto. Più volte la Ragioneria di Stato ne ha proposto la revisione, ma la decisione e l’opportunità che ne deriva è una scelta politica che deve essere presa in maniera coerente nell’ambito degli equilibri di finanza pubblica. È vero che non è ancora stato previsto un nuovo Tariffario ospedaliero, ma con quello specialistico-ambulatoriale che entrerà in vigore da gennaio 2024 si può già lavorare per provare a rivedere il valore del tetto. Intanto, il Governo ha consentito che tutte le prestazioni per il recupero delle liste d’attesa andassero in deroga al tetto di spesa per evitare di creare conseguenze drammatiche sul piano della tutela della salute”.

**Guido Bertolaso**, Assessore al Welfare della Regione Lombardia, ha osservato: “Oggi una delle questioni fondamentali nel nostro Paese riguarda le risorse umane. È fondamentale incentivare la permanenza in Italia del nostro personale sanitario – che non necessariamente lascia il pubblico per il privato – per frenare l’emorragia di capitale umano verso l’estero. I privati possono contribuire notevolmente alla tutela del diritto alla salute. In tal senso, è necessario rivedere il limite dei tetti di spesa a livello nazionale per permettere alle Regioni di favorire l’intervento dei privati per quanto riguarda tutte le attività diagnostiche e terapeutiche, a prescindere dalla loro remunerazione”.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117171](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117171)



## Sintesi stampa

Il Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali italiani è elaborato a quattro mani da Agenas e Aiop, sulla base dei risultati del Programma Nazionale Esiti (PNE).

Il documento propone una valutazione comparativa delle strutture ospedaliere – di diritto pubblico e di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale - elaborata in funzione del rispettivo livello di aderenza agli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera.

Il risultato è una fotografia della qualità offerta dal nostro Servizio Sanitario Nazionale, che consente il **confronto sulla base della natura giuridica delle strutture** e la valutazione della **eterogeneità** interna sia a ciascun comparto sia tra aree geografiche.

### Alcuni risultati

#### Analisi nazionale per area clinica

Nell'analisi nazionale si propone una comparazione tra strutture ospedaliere in funzione della natura giuridica delle stesse, secondo la metodologia Treemap del PNE, nella quale viene proposta una valutazione della qualità dell'assistenza ospedaliera articolata a livello di sette aree cliniche: sistema cardiocircolatorio, sistema nervoso, sistema respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, gravidanza e parto e osteomuscolare.

*Il Rapporto sulla Qualità degli Outcome clinici negli Ospedali Italiani, elaborato da Agenas e da Aiop, è il documento che propone una valutazione comparativa delle strutture ospedaliere, elaborata sulla base del rispettivo livello di aderenza agli standard quantitativi e qualitativi disponibili.*

*L'impostazione di fondo è il confronto tra le strutture di diritto pubblico e le strutture di diritto privato del Servizio Sanitario Nazionale rispetto a una selezione di indicatori core del Programma Nazionale Esiti (PNE) di Agenas. Il risultato è una fotografia della qualità offerta dal nostro Servizio Sanitario Nazionale, che consente il confronto sulla base della natura giuridica delle strutture e la valutazione della eterogeneità interna a ciascun comparto, sia a livello nazionale sia a livello interregionale e intra-regionale.*

<https://www.aiop.it/Pubblicazioni/ArtMID/835/ArticleID/118422/PNE2021>



## Ssn. Inflazione, Covid e cambiamenti climatici potrebbero metterlo in ginocchio

Anche il conflitto in Ucraina gioca un ruolo, ma è difficile attualmente quantificare l'impatto sul Ssn delle cure eventualmente necessarie per le persone arrivate nel nostro Paese. È quanto emerge dall'analisi di esperti dell'Università Cattolica, campus di Roma per conto dell'European Observatory on Health Systems and Policies dell'Oms

**16 OTT -**

Cambiamenti climatici e inflazione, ma anche il conflitto in Ucraina e ancora il Covid potrebbero mettere a dura prova il Sistema sanitario italiano, con un aumento dell'onere sanitario dovuto alle ondate di calore (nel 2022 l'Italia è maglia nera per i decessi attribuibili all'afa killer), ma anche con problemi di finanziamento legati anche all'inflazione del 12% su base annua, a fronte di un aumento di appena il 3% del fondo sanitario nel 2022.

Sono alcuni dei dati emersi dall'analisi condotta dall'Università Cattolica, campus di Roma che coordina la redazione del [Report sul Sistema Sanitario Italiano](#) per conto dell'European Observatory on Health Care Systems and Policies dell'Oms. Il gruppo di lavoro è stato guidato dal prof. **Walter Ricciardi** (Professore Ordinario presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia) e dal prof. **Antonio G. de Belvis** (Professore Associato presso la Facoltà di Economia). Il Team di ricercatori, dottorandi e medici in formazione specialistica dell'Ucsc di Roma che hanno contribuito alla realizzazione del Report è costituito da: dott. Andrea Adduci, prof.ssa Fidelia Cascini, dott.ssa Alisha Morsella, dott. Alessio Perilli, dott. Alessandro Solipaca. Per l'Università Bocconi di Milano, hanno collaborato il prof. Giovanni Fattore e la prof.ssa Michela Meregaglia.

Il Report presenta, inoltre, le prime analisi dell'impatto congiunto sul nostro sistema sanitario delle cosiddette "4 C" (Clima, Conflitto in Ucraina, COVID e Costi/inflazione) e sarà presentato ufficialmente alla Commissione Europea e alla comunità internazionale di Sanità Pubblica il prossimo 11 novembre a Dublino.

"Molti dei 53 sistemi sanitari della Regione Europea dell'Oms, che va dall'Atlantico al Pacifico, stanno affrontando un momento di grave difficoltà. La nostra analisi, realizzata secondo metodologie rigorose e standardizzate di comparazione, ci permette di mutuare ed adattare strategie utili anche nel nostro contesto, proprio grazie al confronto con sistemi sanitari simili al nostro", dichiarano i professori Ricciardi e de Belvis.

### Vediamo i dati emersi.

**Clima** Per quanto riguarda il Clima, analizzando il dato definitivo dell'estate 2022 durante la quale diverse città italiane hanno registrato temperature di 2,5 °C superiori alla media, soltanto nel mese di luglio è stato registrato un aumento di quasi il 30% della mortalità tra gli anziani. Tra i principali Paesi analizzati dall'Observatory, In termini assoluti, sempre nel 2022 il maggior numero di decessi attribuibili alle ondate di calore si è registrato proprio in Italia, con un totale di 18.010 decessi; a seguire Spagna (11.324) e Germania (8.173).

Analizzando i dati in base al tasso di mortalità relativa alle ondate di calore, il primato spetta sempre all'Italia, con 295 decessi per milione di abitanti, seguita da Grecia (280), Spagna (237) e Portogallo (211). La media europea si attesta a 114 morti per milione di abitanti.

**Covid** Al 31 dicembre 2022, l'Italia rappresenta il primo Paese dell'Unione Europea per numero complessivo di decessi per Sars-CoV-2 (184.918), di cui 47.516 decessi nell'anno 2022. Sempre nel 2022, i casi confermati in Italia sono stati 19.06 milioni, tra i valori più alti nell'Unione Europea, inferiore solamente a quello della Germania (30.38 milioni) e della Francia (29.43 milioni). Durante l'anno 2022, i ricoveri per Covid-19 in Italia, sono stati oltre 2 milioni.

La pandemia da Covid-19 ha portato a rilevanti ripercussioni anche sull'evoluzione della spesa sanitaria, a livello internazionale. Lo scenario emergenziale, infatti, ha generato costi sia diretti che indiretti per il sistema sanitario, legati alla gestione e al trattamento dei pazienti affetti da Covid-19 e all'ampliamento delle capacità di assistenza. Contestualmente, le misure restrittive e le limitazioni imposte all'attività economica hanno provocato un netto calo del PIL nella maggior parte dei Paesi dell'UE.

Tra il 2019 e il 2020, l'incremento medio della spesa sanitaria pro capite nei Paesi dell'Unione Europea è stato del 5,5%. Al contrario, il PIL pro capite ha registrato un decremento medio di circa il 5% nello stesso lasso temporale. Questo ha comportato che la spesa sanitaria, in termini di rapporto con il PIL, sia cresciuta di circa 1 punto percentuale, attestandosi al 10,9% nel 2020 a livello dell'intera Unione Europea. In Italia, la pandemia ha provocato un forte aumento della spesa sanitaria in rapporto al PIL, passata dall'8,7% nel 2019 al 9,7% nel 2020.

**Costi e inflazione** Infine, anche l'inflazione ("Costs"), esplosa negli ultimi anni, potrebbe rappresentare un rischio per il nostro sistema sanitario in termini di costi e finanziamento. Per il 2023, il finanziamento del Ssn previsto aumenta di 4 miliardi rispetto al 2022, raggiungendo i 128 miliardi. Tale incremento sarebbe effettivamente del 3%, poiché l'inflazione

ha raggiunto quasi il 12% su base annua. Quindi, a causa dell'inflazione, la spesa in termini reali tornerebbe appena sotto il livello del 2019. Un aumento dei costi dovuto all'inflazione, ad altri effetti della guerra e a vincoli dovuti al Covid negli scambi commerciali con l'Asia orientale ha causato un aumento medio del 20% del budget del Pnrr rispetto a quanto originariamente previsto: questo rappresenta una grande preoccupazione per il governo italiano.

**Conflitto in Ucraina** Per quanto si disponga ancora di poche informazioni che permettano di stabilire l'impatto sul Ssn del Conflitto, si stima che, a giugno 2023, siano 183.685 gli ucraini giunti in Italia, di cui oltre 50mila minori, sulle cui condizioni di salute fisica e psichica poco si sa ad oggi. È quindi difficile attualmente quantificare l'impatto sul Ssn delle cure eventualmente necessarie per queste persone.

A causa del Conflitto in Ucraina, circa 6.2 milioni di persone sono fuggite dall'Ucraina, varcando i confini nazionali. In Europa, è la Polonia ad ospitare il numero maggiore di profughi dall'Ucraina (circa il 60% di tutti i rifugiati).

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117555](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117555)

## Legge di stabilità 2024



“Nel settore della sanità si prevede l’incremento del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard di 3 miliardi per l’anno 2024, 4 miliardi per l’anno 2025 e 4,2 miliardi per il 2026 (confermando il livello della spesa sanitaria al 6,4% del PIL per gli anni 2024 e 2025) oltre a una quota di 300 milioni di euro destinati al finanziamento della sanità della regione Sicilia”.

È quanto si legge nel Documento Programmatico di Bilancio (Draft Budgetary Plan) licenziato ieri dal Consiglio dei Ministri e inviato a Bruxelles. Il dato mostra una crescita rispetto alla Nadev che prevedeva per il 2024-2025 un rapporto spesa sanitaria/Pil al 6,2%.

“Per quanto concerne il pubblico impiego – si legge –, vengono stanziati le risorse per i rinnovi contrattuali del personale delle amministrazioni statali, con particolare attenzione ai lavoratori del settore sanitario, per i quali è inoltre previsto un incremento della tariffa oraria potenziata per il triennio 2024-2026. Per tali finalità e per il periodo 2022-2024, le risorse ammontano a 5 miliardi l’anno a partire dal 2024, di cui 2 miliardi anticipati nel 2023, al quale si aggiungono 2,5 miliardi per il comparto salute”.

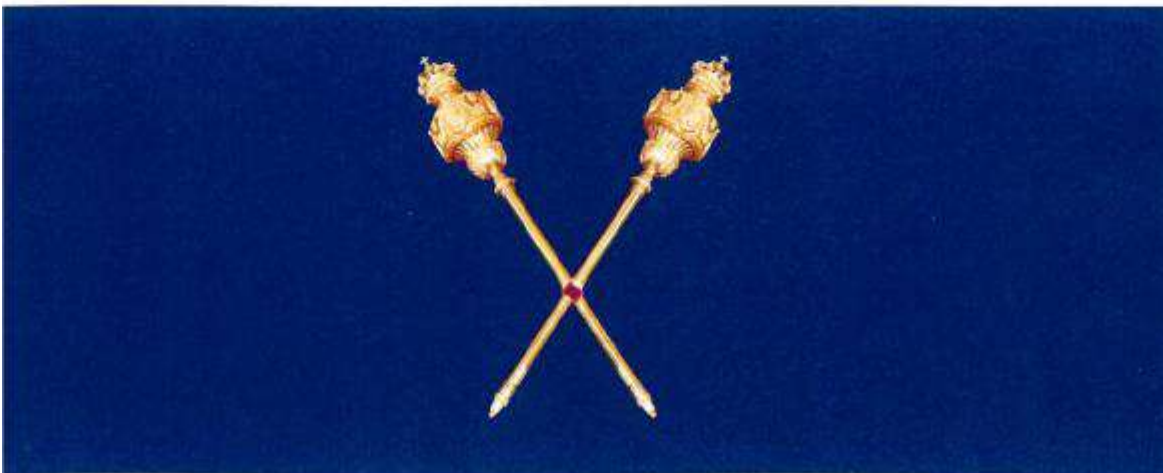


## CORTE DEI CONTI

SEZIONI RIUNITE IN SEDE DI CONTROLLO

AUDIZIONE DELLA CORTE DEI CONTI SULLA NOTA DI  
AGGIORNAMENTO AL DEF 2023

COMMISSIONI RIUNITE BILANCIO DEL SENATO DELLA REPUBBLICA E DELLA  
CAMERA DEI DEPUTATI



Ottobre 2023

<https://www.corteconti.it/HOME/StampaMedia/Notizie/DettaglioNotizia?Id=50f7c761-9cb7-44d4-86b0-950cbd3be8f2>

## Manovra: lunedì in Cdm insieme a decreto fiscale e global minimum tax

12 Ottobre 2023

*Incassato il disco verde del Parlamento alla Nadef e allo scostamento, il governo accelera per confezionare il testo della legge di bilancio atteso lunedì in consiglio dei ministri.*

*Dove arriverà insieme al decreto fiscale che fornirà una prima dote per la manovra e introdurrà la global minimum tax. Le priorità sono note: taglio del cuneo, Irpef, famiglie e contratti Pa. Gli spazi limitati, vista la necessità di una grande sforbiciata alla spesa.*

*Un sentiero stretto, come sa bene l'esecutivo che, proprio per compattare la maggioranza, fa il punto in serata con capigruppo di Camera e Senato, alla presenza della premier Giorgia Meloni, dei vicepremier Tajani e Salvini e del ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti.*

*La legge di bilancio è attesa sul tavolo del Cdm insieme al Documento programmatico di bilancio da inviare a Bruxelles e al decreto fiscale collegato, per l'avvio tra le altre misure della della minimum tax.*

*La nuova imposta per i gruppi multinazionali di imprese, che scatterà dal primo gennaio in attuazione di una direttiva europea, potrebbe garantire un gettito stimato intorno ai 2-3 miliardi.*

*Un intervento su cui si muove anche l'Ocse, che ha appena pubblicato una bozza di accordo (da firmare entro l'anno) per ripartire in modo più equo tra gli Stati gli introiti fiscali.*

*Previsti anche 3,2 miliardi, liberati in deficit per quest'anno dalla Nadef, da destinare al congruaggio anticipato dell'adeguamento Istat per le pensioni 2024, misure per il personale della P.a. e alla gestione dei flussi migratori. Smentite le ipotesi di sanatorie fiscali o edilizie, col decreto fiscale potrebbe invece arrivare la rateizzazione dell'acconto di novembre per autonomi e partite Iva: l'idea è di farla partire già dal prossimo mese entro un certo tetto di fatturato. Il viceministro all'economia Maurizio Leo, che sta perfezionando il decreto, ha annunciato nelle scorse settimane l'intenzione di portare in cdm la revisione del calendario degli adempimenti, sia per le dichiarazioni sia per i termini di versamento, oltre alle misure per favorire un nuovo rapporto tra fisco e contribuente, come il concordato preventivo biennale e la cooperative compliance.*

*Intanto l'esecutivo ottiene l'autorizzazione del Parlamento ad utilizzare i 15,7 miliardi in deficit liberati dalla Nadef per la manovra. La Camera e il Senato, con deputati e senatori al gran completo per non ripetere l'inciampo di aprile sul Def, approvano, rispettivamente con 224 sì e 127 no e con 111 sì e 69 no, le risoluzioni di maggioranza sullo scostamento e sulla Nadef.*

*Le opposizioni, nonostante qualche tentativo iniziale di trattare sulla sanità, alla fine votano compatte contro. Qualcuno solleva il nodo i costituzionalità.*

*Approvata sempre alla Camera anche una mozione di maggioranza sulla Governance europea.*

*La manovra che prende forma, in linea con le risoluzioni della maggioranza, si sviluppa su quattro i pilastri: conferma del taglio del cuneo fiscale anche nel 2024, avvio della riforma fiscale con l'accorpamento dei primi due scaglioni Irpef, misure per le famiglie, con particolare riguardo a quelle numerose, risorse per il rinnovo dei contratti della Pa, con particolare attenzione alla sanità. Nella manovra asciutta che complessivamente dovrebbe aggirarsi intorno ai 22 miliardi, il magro capitolo pensioni dovrebbe limitarsi alla conferma di Quota 103, al rinnovo di Ape sociale e Opzione donna forse rivista.*

*Ma già si guarda all'iter parlamentare e si profila l'ipotesi che la maggioranza, per accelerare i tempi, non presenti emendamenti. Una strada non facile però da percorrere.*

*Le stime della Nadef rappresentano 'un significativo allentamento della politica di bilancio rispetto agli obiettivi precedenti' del governo italiano.*

*Lo scrive l'agenzia Fitch. 'Le nostre previsioni aggiornate sul deficit pari al 5,2% del Pil nel 2023 e al 4,2% nel 2024 sono ormai vicine ai nuovi obiettivi del governo dopo le nostre revisioni di maggio'. Fitch prevede un calo più contenuto del debito che, riflettendo la revisione del deficit, in rapporto con il Pil scenderà di 1,3 punti percentuali al 140,3% quest'anno, meno rispetto ai 2,2 punti percentuali stimati a maggio. Il debito si stabilizzerà al 140% del Pil nel 2025.*

<https://www.fiscoequo.it/manovra-lunedì-in-cdm-insieme-a-decreto-fiscale-e-global-minimum-tax/>

## Rapporto Mef su evasione: tax gap si riduce ma per effetto pandemia, obiettivo Pnrr – 17,6% entro il 2023

Luciano Cerasa

9 Ottobre 2023

Come ogni anno il Ministro dell'Economia e delle Finanze ha presentato in allegato alla Nota di aggiornamento del Documento di Economia e Finanza, un [“Rapporto sui risultati conseguiti in materia di misure di contrasto dell'evasione fiscale”](#), dove sono indicate le strategie per il contrasto dell'evasione fiscale, i risultati raggiunti rispetto agli obiettivi attesi, evidenziando ove possibile, il recupero di [gettito](#) fiscale attribuibile alla maggiore propensione all'adempimento da parte dei contribuenti. Riportiamo qui di seguito una sintesi redazionale del documento.

In media, per il triennio 2018-2020, per il quale si dispone di un quadro completo delle valutazioni, il [gap tax](#) complessivo risulta di circa **96,3 miliardi di euro, di cui 84,4 miliardi di mancate entrate tributarie e 11,9 miliardi di mancate entrate contributive**. Tale risultato risente in modo particolare della riduzione significativa del gap in valore assoluto registrata nel 2020. In particolare, il gap complessivo, tributario e contributivo, risulta pari a 86,9 miliardi di euro, con una riduzione di 12,7 miliardi di euro rispetto al 2019, di cui circa 76 miliardi di sole entrate tributarie, con una riduzione di quasi 11 miliardi di euro rispetto al 2019.

Tuttavia, occorre evidenziare che questi risultati sono fortemente influenzati dalla peculiarità dell'anno d'[imposta](#) 2020, caratterizzato dalla crisi pandemica.

Infatti, a seguito dello shock pandemico, la previsione normativa di molteplici forme di esenzione e [agevolazione fiscale](#) ha contribuito a ridurre in modo significativo il gettito potenziale. L'analisi della serie storica del gap in valore assoluto risulta, quindi, profondamente influenzata dallo shock pandemico che rende l'anno d'imposta 2020 anomalo rispetto agli altri anni d'imposta.

Anche l'analisi in termini relativi del [tax gap](#), ovvero la stima della propensione al gap, calcolata attraverso il rapporto tra il [tax gap](#) in valore assoluto e il gettito potenziale, deve essere valutata con estrema cautela dal punto di vista dei risultati complessivi. Infatti, la propensione al gap si riduce di un punto percentuale nel 2020, raggiungendo il picco minimo del 17,3 per cento.

Tuttavia, tale risultato, rappresentando una semplice media ponderata della propensione al gap delle singole imposte, risulta anch'esso profondamente distorto dalla variazione del gettito potenziale osservata nel 2020.

La differenza nella propensione al gap tra il 2020 e il 2019 è dovuta quasi totalmente all'Iva, con un contributo alla riduzione di 0,5 punti percentuali, cui corrisponde anche una riduzione della propensione al gap dal 19,9 per cento al 19,2 per cento.

Nel caso dell'Iva, quindi, il contributo al gap si è ridotto a causa della riduzione di entrambe le componenti, ovvero la propensione al gap dell'imposta nonché il peso dell'imposta potenziale sul totale.

Invece, per quanto riguarda l'evasione dell'IRPEF sul lavoro autonomo e d'impresa, la riduzione di 0,4 punti percentuali dipende esclusivamente dal fatto

che, a fronte di una propensione al gap che aumenta dal 69,2 per cento al 69,7 per cento, il peso dell'imposta potenziale sul totale si riduce.

L'effetto complessivo è, pertanto, dovuto prevalentemente alla variazione dei pesi del gettito potenziale di ciascuna imposta rispetto al totale. In particolare, se il peso dell'imposta potenziale Irpef di autonomi e imprenditori non si fosse ridotto – a causa dello shock pandemico – di 0,7 punti percentuali, l'incremento della propensione al gap di questa imposta avrebbe avuto un impatto ben maggiore sulla propensione al gap complessiva.

Inoltre i risultati mostrano un miglioramento della [tax compliance](#) nel 2020 rispetto al 2019 pari a un minimo di 235 milioni (nel caso del calcolo basato sulla variazione della propensione al gap) e a un massimo di 8,7 miliardi (nel caso del calcolo basato sulla variazione assoluta del tax gap).

Tale differenza si spiega con il dato anomalo del gettito potenziale nell'anno d'imposta 2020, che riduce notevolmente l'impatto della riduzione della propensione al gap in termini di recupero di ammontare del gettito complessivo.

### INCREMENTO FONDO PER RIDUZIONE PRESSIONE FISCALE SPESO PER COPERTURA MANOVRA

A fronte di una variazione positiva della compliance di 235 milioni, si osserva che circa 1,2 miliardi, stimati ex-ante come effetto di miglioramento della tax compliance a seguito dell'introduzione nel 2020 dell'obbligo di memorizzazione e



trasmissione telematica dei corrispettivi, delle disposizioni di prevenzione delle frodi nel settore della commercializzazione e distribuzione dei carburanti e del contrasto alle frodi Iva sulle auto, sono stati già impiegati a copertura delle manovre di finanza pubblica. Pertanto, la variazione netta della **tax compliance**, potenzialmente da destinare al Fondo, risulta negativa di circa un miliardo. Conseguentemente, per quest'anno non è possibile destinare risorse al Fondo per la riduzione della pressione fiscale.

Il calcolo sulla variazione della compliance nel triennio successivo 2021-2023, ai sensi dell'articolo 1, comma 4, della legge n. 178 del 2020, risulta comunque irrilevante ai fini della determinazione delle risorse da destinare al Fondo.

#### GLI OBIETTIVI DI RIDUZIONE DEL TAX GAP NEL PNRR

Nei prossimi anni l'obiettivo di riduzione del tax gap costituirà per l'Italia una sfida importante anche ai fini dell'attuazione del programma **Next Generation EU** (NGEU). Tra gli obiettivi quantitativi sottoposti a monitoraggio per tutta la fase di attuazione del Pnrr, infatti, nell'ambito delle misure correlate alla "Riforma dell'Amministrazione fiscale" (Missione 1, Componente 1 del Pnrr, M1C1-121), è stata inclusa la "Riduzione del **tax gap**".

L'obiettivo prevede che la "propensione all'evasione", calcolata per tutte le imposte ad esclusione dell'IMU e delle accise, si riduca, nel 2024, del 15% rispetto al valore di riferimento del 2019 riportato nella "Relazione sull'economia non osservata e sull'evasione fiscale e contributiva"<sup>14</sup>.

È previsto uno step intermedio (M1C1-116), che assicurerà che la medesima "propensione all'evasione" si riduca, nel 2023, del 5% del valore di riferimento del 2019.

L'indicatore considerato dal Pnrr come valore di riferimento per accertare il raggiungimento degli obiettivi M1C1-116 e M1C1-121 è rappresentato dalla propensione al gap per tutte le imposte al netto delle imposte immobiliari e delle accise, riportato nell'Aggiornamento alla Relazione 2021, che risulta pari, nel 2019, al 18,5%.

L'obiettivo quantitativo previsto nel Pnrr è ambizioso: la propensione al gap dovrà ridursi almeno al 15,7% entro il 2024, con una flessione di 2,8 punti percentuali rispetto al valore di riferimento (M1C1-121), e almeno al 17,6% entro il 2023, con una flessione di circa 0,9 punti percentuali.

<https://www.fiscoequo.it/rapporto-mef-su-evasione-tax-gap-si-riduce-ma-per-effetto-pandemia-obiettivo-pnrr-176-entro-il-2023/>



## **Tax gap: se gli evasori fiscali si nutrono del sistema forfettario**

**Vincenzo Visco**

Nelle settimane che hanno preceduto la pausa estiva, si è svolto in Italia un confuso dibattito in tema di evasione fiscale, argomento su cui prevale la tendenza ad eludere, rimuovere, sottovalutare, ignorare.

Indicativo del clima prevalente è per esempio il fatto che alcuni giornali, commentando i dati (ufficiali) elaborati in proposito, abbiano intitolato (con indignazione) che il 70% dei lavoratori indipendenti (professionisti, artigiani, commercianti, ecc.) evadono le imposte sul **reddito**, mentre sono almeno 10 anni che le statistiche annualmente pubblicate indicano la circostanza, ben più grave, e forse per questo poco credibile e da rimuovere inconsciamente, che le menzionate categorie evadono in media il 70% dei loro redditi (e ricavi)!, e cioè che dichiarano in media solo il 30% del dovuto: si tratta di alcuni milioni di contribuenti responsabili della evasione di massa che caratterizza il nostro Paese e che non ha eguali tra i Paesi economicamente più avanzati.

Ma l'aspetto più inquietante della vicenda consiste nel fatto che le su menzionate categorie continuano a richiedere, e ad ottenere, favori, agevolazioni e privilegi che si aggiungono all'evasione che viene rimossa dalla consapevolezza generale, e anzi considerata inevitabile, parte integrante del modo di funzionare della nostra economia.

Tra questi benefici il più rilevante è il sistema forfettario, che sommandosi all'evasione, produce risultati oggettivamente stravaganti e che vanno evidenziati.

Come è noto, il regime forfettario prevede che i contribuenti persone fisiche con ricavi fino ad 85mila euro possano limitarsi a versare un'**imposta** del 15% di un reddito calcolato sottraendo al **fatturato** dichiarato una percentuale di costi presunti variabile a seconda del settore di attività.

Per esempio, per le attività professionali essa è fissata nel 22 per cento.

L'imposta così calcolata sostituisce l'Iva, l'Irpef, le addizionali regionali e comunali all'imposta sul reddito, ed inizialmente anche l'Irap dalla quale questi contribuenti sono stati recentemente esclusi formalmente.

Un meccanismo di imposizione ultra-semplificata può essere giustificato se applicato a contribuenti marginali, e a tal fine era stata introdotto da che scrive (Governo Prodi II) e integrato dal Governo Renzi, ma la sua estensione alla maggioranza dei contribuenti con certe caratteristiche è del tutto ingiustificato.

Un semplice calcolo ci aiuta a comprendere cosa accade in realtà, ed è bene sottolineare che qui non siamo di fronte ad un caso limite bensì ad una situazione media, pienamente rappresentativa della realtà.

Prescindendo dai contributi sociali, ipotizziamo un professionista con fatturato 100 che evade, come la media dei contribuenti considerati il 70% (sia del fatturato che del reddito), dichiarando quindi un fatturato di 30, cui si applica l'abbattimento forfettario del 22%; il reddito imponibile risulterà quindi di 23,4, e applicando l'aliquota del 15%, l'imposta dovuta risulterà di 3,5, e l'incidenza effettiva del 4,5% (3,51/78). Sullo stesso reddito un lavoratore dipendente pagherebbe molto di più e il divario aumenterebbe con la crescita del fatturato dichiarato.

L'elementare algoritmo presentato può essere utilizzato per qualsiasi livello di fatturato dichiarato fino al massimo di 85mila euro. Il risultato sarebbe comunque lo stesso: una incidenza del 4,5 per cento.

Si tenga presente che, dato il livello dell'evasione media (70%), 85mila euro dichiarati sono in realtà 283.300 effettivi.

In ogni caso, dato un fatturato dichiarato di 85mila euro, dopo l'abbattimento forfettario del 22%, il reddito imponibile sarebbe 66.300, e l'imposta dovuta 9.945 euro (15 per cento). Ipotizzando, a fronte del fatturato di 283.300 euro, costi effettivi eguali a quelli previsti dal forfait (22%), il reddito vero sarebbe di 220.974 euro e l'aliquota effettiva sempre del 4,5 per cento.

Allo stesso livello di reddito un lavoratore dipendente pagherebbe invece 87.930 euro pari a poco meno del 40% (39,8%): 10 volte l'aliquota del professionista evasore e forfettario, che ogni mese, a parità di reddito, avrebbe una maggiore disponibilità finanziaria di 6.500 euro!

È bene ribadire che non stiamo esaminando un caso limite, bensì il caso medio, che tiene conto di chi evade di più o di meno e anche di chi non evade affatto.

È evidente anche che i guadagni sono talmente elevati che la convenienza a rimanere nei limiti di 85mila euro di fatturato diventa irresistibile (maggiore evasione). È sorprendente come la situazione illustrata non desti né scandalo, né contestazioni, e neppure analisi puntuali.

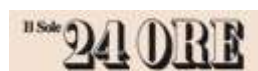
È un fatto ormai del tutto acquisito ed accettato che il carico fiscale in Italia sia ripartito in modo differente e sostanzialmente arbitrario tra le diverse categorie di contribuenti oltre che tra le diverse categorie di reddito, con un carico concentrato soprattutto sui lavoratori dipendenti (e pensionati) con redditi medi ed elevati.

E forse questo è uno dei motivi del disinteresse generale. Le proteste delle opposizioni o mancano del tutto, o rimangono generiche e poco incisive, lo stesso può dirsi dei sindacati preoccupati di non creare conflitti politici tra diverse categorie sociali.

Quanto al Governo, nella delega fiscale propone improbabili concordati pluriennali con i contribuenti che rientrano nelle categorie maggiormente responsabili dell'evasione piuttosto che intensificare il contrasto nei loro confronti con tutti i mezzi disponibili (che non sarebbero pochi), e al tempo stesso ha eliminato l'obiettivo di riduzione del tax gap (evasione) concordato dal governo Draghi in Europa come parte integrante del Pnrr.

Tuttavia, dato che i vincoli di bilancio si faranno sempre più stringenti, la questione dell'evasione fiscale di massa e del privilegio esorbitante previsto per alcune categorie tornerà inevitabilmente all'attenzione dell'opinione pubblica e delle forze politiche.

<https://www.fiscoequo.it/tax-gap-se-gli-evasori-fiscali-si-nutrono-del-sistema-forfettario/>



## **Manovra: interventi su tetti di spesa e liste d'attesa. Extracomunitari: 2mila euro per iscriversi al Ssn**

di Er.Di.

Nelle misure per il potenziamento del sistema sanitario figurano la rideterminazione dei tetti della spesa farmaceutica (art.42) che potrebbe avere effetti sul payback a carico delle imprese, nonché modifiche alle modalità di distribuzione dei medicinali (art.43). Lo prevede il Titolo VI dello schema di decreto sulla manovra dedicato alla sanità.

Spazio anche alle misure per l'abbattimento delle liste d'attesa (art.44) che potrebbe essere favorito anche dall'aggiornamento del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni sanitarie da privati (art.45).

Previsti anche la proroga del finanziamento delle quote premiali in sanità (art.46), il finanziamento per aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (Lea, art. 47), il contributo al servizio sanitario nazionale (art.48) e ulteriori misure in materia di potenziamento del servizio sanitario nazionale e dell'assistenza territoriale (art.49).

"Questa è una manovra seria e prudente che conferma tutti gli obiettivi approvati con la Nadeff", ha dichiarato il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, in conferenza stampa aggiungendo che nell'impostarla ci si è "concentrati esclusivamente, con l'extradeficit, a dare una forma di sollievo ai redditi medio bassi, soprattutto dei dipendenti".

"È evidente che il quadro e la congiuntura hanno reso problematica la costruzione del bilancio - ha proseguito il ministro - perché il peso superiore degli interessi del debito pubblico si fa sentire e ci sono delle variabili che in questo momento non sono ponderabili", come i prezzi dell'energia. Giorgetti ha inoltre affermato di essere fiducioso "che, quando la manovra sarà letta nel particolare, potrà avere una favorevole valutazione da parte dell'Ue e dei mercati, oltre che degli italiani che recentemente ci hanno premiato acquistando il Btp Valore".

Infine, ha sottolineato che l'approvazione di una legge di bilancio in maniera così rapida e compatta è "la dimostrazione di quel tipo di coscienza che ha la classe politica al governo del Paese: confido che anche il Parlamento adotti lo stesso tipo di atteggiamento", ha concluso Giorgetti.

Cinque miliardi, spiega il comunicato del Consiglio dei ministri, sono stanziati per i rinnovi dei contratti della pubblica amministrazione, a cui si aggiungono circa 2,5 miliardi destinati al personale medico sanitario.

Per la sanità, invece, è previsto uno stanziamento aggiuntivo pari a 3 miliardi l'anno 2024 (al quale devono aggiungersi le risorse Pnrr e i 300 mln riconosciuti alla Regione Sicilia) e 4,2 miliardi a decorrere dall'anno 2026.

Tra le misure previste figura anche una indennità per medici e altro personale sanitario impegnati nella riduzione dei tempi delle liste di attesa. Si stanziavano risorse pari a 250 milioni di euro per l'anno 2025 e 350 milioni di euro a decorrere dal 2026 per il potenziamento dell'assistenza territoriale anche con riferimento a nuove assunzioni di personale sanitario.

"Per i residenti stranieri, cittadini di Paesi non aderenti all'Unione europea - continua la nota del Consiglio dei ministri - si prevede la possibilità di iscrizione negli elenchi degli aventi diritto alle prestazioni del Ssn, versando un contributo di 2.000 euro annui. L'importo del contributo è ridotto per gli stranieri titolari di permesso di soggiorno per motivi di studio o per quelli collocati alla pari".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-16/manovra-rivisti-tetti-spesa-farmaceutica-misure-liste-d-attesa-e-acquisti-prestazioni-privati-153707.php?uuid=AFUZfaGB&cmpid=nlqf>



## **Welfare: la spesa sale a 632,4 mld nel 2023 (+3,7%) Mattarella: tutelare gli anziani senza mortificare i giovani**

La spesa in welfare in Italia per il 2023 salirà a 632,4 miliardi di euro (+3,7% rispetto al dato del 2022), includendo in questo perimetro i 3 pilastri tradizionali (Sanità, Politiche Sociali, Previdenza) e l'Istruzione.

I dati emergono dal Rapporto del Think Tank "Welfare, Italia", sostenuto da Unipol e The European House - Ambrosetti, presentato oggi a Roma. Secondo le stime la spesa previdenziale assorbirà in particolare oltre la metà delle risorse, ovvero il 50,3% della spesa sociale totale.

A seguire, la spesa sanitaria (21,5%), quella in politiche sociali (16,9%) e la spesa in istruzione (11,3%).

Considerando il dato congiunturale, rispetto al 2022 la spesa previdenziale è in aumento del 7,1%, passando da 296,9 miliardi di euro a 317,9 miliardi di euro.

La spesa sanitaria nel 2023 è in incremento del 3,8%, rispetto allo scorso anno.

"L'invecchiamento di ampie fasce di cittadini interpella il contratto sociale tra le generazioni - afferma il presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, nel messaggio inviato al convegno - l'esigenza di tutelare le maggiori fragilità degli anziani senza mortificare le aspirazioni dei giovani".

Secondo il capo dello Stato "servono strumenti sempre più mirati, adatti a sostenere l'intero arco di vita delle persone, a partire dai servizi di assistenza sanitaria". Si tratta di una "responsabilità pubblica che non può essere elusa" mentre "l'intervento e il dialogo con il settore privato rimangono preziosi" anche alla luce del principio di sussidiarietà richiamato dalla Costituzione.

Per Mattarella le "sfide che il nostro Paese deve affrontare" su questo versante "sono comuni a tutta l'Unione Europea". In questa prospettiva, secondo Mattarella, il "pilastro europeo dei diritti sociali rappresenta la guida efficace per perseguire la lotta alle disuguaglianze e per favorire l'inclusione anche dal punto di vista occupazionale, fornendo così risposte ai bisogni essenziali della popolazione".

Secondo le previsioni del Think Tank "Welfare, Italia, un calo della popolazione italiana a 51 milioni nel 2050 potrebbe generare una perdita economica di un terzo del Pil.

Ipotizzando i tassi di crescita del Pil al 2050 previsti dal Mef, in uno scenario con circa 8 milioni di italiani in meno, la produttività dovrebbe almeno raddoppiare.

Oltre un quarto del Pil rischierebbe di essere assorbito da pensioni e sanità. Infatti se l'Italia mantenesse il tasso di crescita del Pil del periodo 2000-2019, al 2050 il peso della spesa pensionistica toccherebbe il 19%.

Inoltre per far fronte a tutti i bisogni di salute e assistenza si stima un'incidenza della spesa sanitaria sul PIL pari al 9,5%, sempre nel 2050, 2,4 punti percentuali in più rispetto al 2022. Il 75% della spesa sanitaria si concentrerebbe sempre più nella fasce di età superiori ai 60 anni.

Per far fronte alle dinamiche demografiche, inflattive e salariali, il Think Tank "Welfare, Italia" propone un nuovo patto generazionale con quattro ambiti d'azione.

Queste partono da un disegno organico per invertire il trend demografico in linea con le migliori pratiche europee, con misure come più risorse all'assegno unico, congedi parentali neutrali rispetto al genere e sistemi premianti per l'immigrazione di stranieri qualificati).

Gli altri ambiti d'azione sono il sostegno al ruolo del sistema sanitario nazionale aumentando gli investimenti e valorizzando appieno la componente integrativa; l'aumento degli strumenti e la flessibilità del sistema previdenziale integrativo e, infine, un piano per lo sviluppo delle competenze e potenziare il ruolo dei centri per l'impiego.

Nel rapporto il Think Tank "Welfare, Italia" vengono illustrate anche le caratteristiche dell'indicatore sintetico Welfare Italia Index 2023 che valuta aspetti legati sia alla spesa in welfare sia ai risultati che questa spesa produce.

Nel 2023, in base all'indice, l'amministrazione territoriale con il punteggio più elevato è la Provincia di Bolzano (83,3 punti), seguita dalla Provincia di Trento (81,4 punti) e dall'Emilia Romagna (76,3 punti).

Dal lato opposto del ranking, si posizionano la Basilicata (61,4 punti), la Campania (60,4 punti) e la Calabria (56,7 punti).

L'edizione 2023, rispetto ai dati 2022, segnala una costante polarizzazione nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane: il divario tra la prima e l'ultima Regione è infatti ancora pari a 26,6 punti.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-10-24/welfare-spesa-sale-6324-mld-2023-37percento-mattarella-tutelare-anziani-senza-mortificare-giovani-103340.php?uuid=AFwaHsMB&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

## Zaffini (Fdl): "Basta polemiche sterili, spesa sanitaria aumentata oltre 3,6 miliardi"

Il presidente della Commissione Affari Sociali precisa alcuni dati del NadeF: "La crescita del Pil è stimata allo 0,8% nel 2023, all'1,2% nel 2024 fino ad arrivare all'1,4% nel 2025 e all'1% nel 26. La spesa sanitaria 2023 aumenta rispetto all'anno precedente di oltre 3,6 miliardi, raggiungendo i quasi 135 miliardi di euro. Si tratta di una spesa più elevata di 6,9 miliardi rispetto al 2021"

04 OTT -

"Sembra di vedere sempre lo stesso film, dove la trama è quella di un governo di destra che taglia su tutto e uno schieramento di sinistra che gli punta il dito contro perché vuole difendere i diritti dei cittadini. Invece, nonostante la difficilissima congiuntura economica e politica internazionale, e nonostante la pesante eredità lasciata dai governi passati, l'Esecutivo di Giorgia Meloni, continua a puntare sugli assi portanti della Nazione: famiglia, lavoro, salute e imprese, muovendosi secondo una politica di bilancio responsabile e prudente. La novità in controtendenza con il passato è che si investe nella crescita e nel sostegno al nostro sistema del welfare. Gli interventi previsti dalla Legge di bilancio riflettono proprio questa impostazione con la conferma del taglio del cuneo fiscale, il sostegno alle famiglie, i rinnovi contrattuali del pubblico impiego soprattutto in riferimento alla sanità e conferma degli investimenti pubblici. Per cui voglio precisare alcuni dati del NadeF, perché si sa che i numeri sono argomenti testardi ma è pure vero che si devono leggere con attenzione".

Così il Senatore **Franco Zaffini**, presidente Commissione Affari Sociali, Sanità, Lavoro Pubblico e Privato, Previdenza Sociale, di Palazzo Madama.

"La crescita del Pil – ha aggiunto – è stimata allo 0,8% nel 2023, all'1,2% nel 2024 fino ad arrivare all'1,4% nel 2025 e all'1% nel 26. Per quanto riguarda invece la spesa sanitaria nel 2023 aumenta rispetto all'anno precedente di oltre 3,6 miliardi, raggiungendo i quasi 135 miliardi di euro. Si tratta di una spesa più elevata di 6,9 miliardi rispetto al 2021 e di oltre 12 miliardi rispetto al 2020, biennio caratterizzato dall'emergenza Covid. Mentre il rapporto spesa sanitaria/ Pil nel 2023 è pari al 6,5% con una diminuzione dello 0,1 rispetto all'anno precedente. Quindi è ora di

smetterla con le polemiche sterili e guardare i fatti. E tra i fatti ci sono anche le assunzioni di 135mila dirigenti tra medici e sanitari. Un risultato – ha concluso – che negli anni precedenti non si poteva neppure immaginare e che non finisce qui, perché nei prossimi mesi il governo intende rinnovare altri contratti in ambito sanitario e non solo”.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117206](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117206)

**quotidianosanita.it**

## **Fedriga: “Sì a riforma sistema ma c’è bisogno di più fondi”**

*Occorre un nuovo modello di medicina territoriale, ha detto il presidente della Conferenza delle Regioni in un’intervista a Il Corriere della Sera. E la risposta ad una società sempre più anziana “non può essere l’ospedale. Serve potenziare il territorio e nuovi accordi con il privato **convenzionato**”*

**04 OTT -**

*“Confermo per la sanità c’è bisogno di più risorse, ma quelle da sole non risolvono i problemi. Bisogna mettere in campo una serie di riforme coordinate tra Stato e Regioni anche per venire incontro alle nuove esigenze”.*

*Così **Massimiliano Fedriga**, presidente della Regione Friuli-Venezia Giulia e presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome in un’intervista a Il Corriere della Sera.*

*Quali riforme? Per Fedriga serve un nuovo modello di medicina territoriale: “Oggi ci sono punte del 70% di accessi ai pronto soccorso che sono codici bianchi o verdi. Quindi, inappropriati”.*

*Per il Governatore la risposta ad una società sempre più anziana “non può essere l’ospedale. Serve potenziare il territorio, nuovi accordi con il privato convenzionato, dunque gratuito e universalistico, prestazioni aggiuntive nel pubblico per ampliare i servizi o offrirne di nuovi”.*

*Al problema della fuga di medici e infermieri che lamentano di essere pagati poco, Fedriga risponde che “bisogna assolutamente rivedere i salari e magari ampliare le prestazioni per incrementare gli stipendi”. Mentre per risolvere la criticità liste d’attesa “serve un approccio multidisciplinare per incidere sui problemi: più medici, eliminazione degli esami non appropriati, ospedali di comunità”.*

*Infine la carenza di medici. “Non siamo all’anno zero – ha affermato – ma è chiaro che bisogna impostare un lavoro su più anni. Dobbiamo cambiare un sistema complesso che per decenni non è stato governato”.*

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117193](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117193)

**quotidianosanita.it**

## **Schlein (Pd): “I tagli alla sanità sono uno scempio”**

*“Servono almeno 4 miliardi l’anno in più per i prossimi cinque anni”. In una “chiacchierata” con Repubblica, la segretaria del Pd, ha raccontato cosa farebbe “se ci fosse lei nella stanza dei bottoni di Palazzo Chigi” e anticipato un abbozzo di piano che proverà a condividere a stretto giro con le opposizioni per arrivare a una proposta di legge comune.*

**04 OTT -**

*“Servono almeno 4 miliardi l’anno in più per i prossimi cinque anni per raggiungere il 7,5% di spesa sanitaria rispetto al Pil e portare l’Italia alla media europea”. Fondi necessari, “per sbloccare le assunzioni e chiudere la stagione dei gettonisti” ed anche per attuare davvero “la riforma della medicina territoriale e di prossimità, che è il tassello fondamentale per decongestionare gli ospedali e dare cure appropriate”.*

*Sono queste alcune delle coordinate per salvare la sanità indicate da **Elly Schlein** in una “chiacchierata” con Repubblica. Sulle pagine del quotidiano, la segretaria del Pd ha infatti anticipato un abbozzo di piano che condividerà a breve con le opposizioni, per arrivare a una “proposta di legge comune, con M5S, Azione e gli altri, modello salario minimo”.*



Per Elly Schlein i tagli alla sanità che prepara la destra sono “una presa in giro per gli elettori, anche quelli che hanno votato FdI. È uno scempio”. Poi chiariamoci, ha detto, “commentando un documento di economia e finanza del governo, di cos’altro dovremmo parlare se non di quali risorse destinare alle priorità del Paese?”.

Il Pd, ha comunque assicurato, “non farà mezzo passo indietro di fronte al tentativo di questo governo di spingere ‘sull’orlo del baratro’ la sanità pubblica, come ha chiarito la fondazione Gimbe”.

La Schlein, nelle sue riflessioni consegnate a Repubblica ha poi tirato bordate alla premier Meloni “non sa o non vuole vedere le diseguaglianze che crescono tra i cittadini di fronte alla malattia, le liste d’attesa che si allungano a dismisura, la carenza drammatica di personale nei servizi pubblici, il malessere profondo che vivono medici, infermieri, professionisti”, ma si è anche detta pronta al dialogo: “Noi siamo pronti a discutere sulle misure per migliorare il nostro servizio sanitario nazionale. Purché non si tratti di aperture tattiche, come è avvenuto proprio sul salario minimo, ma di risorse vere”.

Insomma, bisogna “difendere la sanità pubblica dagli attacchi di chi ha interesse a tagliare e privatizzare. Senza investimenti sulla sanità pubblica il sistema rischia il tracollo, si favorisce solo il privato e aumentano le diseguaglianze” ha sottolineato la segretaria del Pd, concludendo che per la premier “il tempo della propaganda è finito, i nodi vengono al pettine e noi ci opporremo con ogni mezzo a questo scempio”.

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117203](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117203)

**quotidianosanita.it**

## **Verso la Manovra. Bonaccini: “Meloni ha detto che non ci sono soldi per la sanità”**

Il presidente: “Col governo Conte 2 abbiamo firmato l’accordo per aumentare di 12 miliardi il fondo nazionale per la sanità e il governo Draghi confermò: solo che quei 12 miliardi non sono stati nemmeno sufficienti per i costi che abbiamo dovuto affrontare per la pandemia. Questo governo ha riportato al 6,5% il rapporto fra spesa sanitaria e Pil, tra due anni arriveremo al 6, saremo fanalino di coda dell’Ue”.

**04 OTT** - “Meloni e il governo ci hanno detto, a tutti i presidenti, 15 dei quali di centrodestra, che non ci sono i soldi che le Regioni hanno chiesto per la sanità”.

Lo ha detto, ieri a Stasera Italia su Rete 4, il presidente della Regione Emilia-Romagna e del Pd **Stefano Bonaccini**. “Ogni cittadino italiano - ha detto - avrebbe il diritto a curarsi, invece stanno smantellando la sanità pubblica. Col governo **Conte 2** abbiamo firmato l’accordo per aumentare di 12 miliardi il fondo nazionale per la sanità e il governo **Draghi** confermò: solo che quei 12 miliardi non sono stati nemmeno sufficienti per i costi che abbiamo dovuto affrontare per la pandemia. Questo governo ha riportato al 6,5% il rapporto fra spesa sanitaria e Pil, tra due anni arriveremo al 6 – insiste -, saremo fanalino di coda dell’Ue”.

[https://www.quotidianosanita.it/emilia\\_romagna/articolo.php?articolo\\_id=117221](https://www.quotidianosanita.it/emilia_romagna/articolo.php?articolo_id=117221)

**quotidianosanita.it**

## **Nadef. Su spesa sanitaria quadro “stringente”.**

**Restano i nodi su personale e liste d’attesa. Rischio stangata da 3mld per aziende dispositivi medici. La relazione della Corte dei Conti**

Per ripianare la situazione riguardante il payback degli anni 2015-18, il Governo con il decreto 34/2023 ha posto a carico del bilancio dello Stato una quota pari al 52 per cento del totale dei rimborsi mediante l’istituzione di un fondo con dotazione pari a 1.085 milioni per l’anno 2023. Ora,

conteggiando le eccedenze a partire dal 2019, "anche trascurando i due esercizi più interessati dalla pandemia la somma degli scostamenti supererebbe i 6 miliardi di cui il 3 a carico delle imprese".

#### 10 OTT -

In arrivo una nuova stangata per le aziende produttrici di dispositivi medici? Questo è il rischio che sembra profilarsi dalla relazione della Corte dei Conti alla NadeF. Nel lungo documento si ricorda come, oltre ad una dilazione nei tempi di attuazione, con il decreto 34 del 2023, il Governo ha posto a carico del bilancio dello Stato una quota pari al 52 per cento del totale dei rimborsi mediante l'istituzione di un fondo con dotazione pari a 1.085 milioni per l'anno 2023.

Resta a carico delle imprese il 48 per cento dell'eccedenza. Si tratta di una misura a carattere "emergenziale" e "una tantum". Tali "scostamenti si sono riprodotti anche negli anni più recenti: nel 2019, la spesa per dispositivi medici è stata superiore al limite per 1,5 miliardi, importo che è divenuto superiore ai 2 miliardi annui nel triennio successivo. A questo punto, conteggiando le eccedenze a partire dal 2019, "anche trascurando i due esercizi più interessati dalla pandemia la somma degli scostamenti supererebbe i 6 miliardi di cui il 3 a carico delle imprese", sottolinea la Corte dei Conti.

Più in generale, si legge nel documento, "il quadro che emerge sul fronte della spesa sanitaria risulta, quindi, stringente. Nella NaDEF non sono indicate ancora le misure che si intendono assumere sin dalla prossima legge di bilancio per affrontare i nodi principali del comparto. Si tratta di una condizione che richiederà scelte non facili in termini di allocazione delle risorse tra i diversi obiettivi".

"Se i limitati margini di manovra impongono un attento esame della qualità della spesa e una analisi dell'efficacia di tutti gli strumenti per la razionalizzazione della sanità messi in campo negli ultimi anni (di cui non sempre sono percepibili gli effetti in termini di risultati), la necessità di rispondere ad esigenze urgenti rende il percorso particolarmente problematico", prosegue la relazione.

Tra i nodi principali c'è innanzitutto quello legato al personale sanitario. "Solo di recente è stato sottoscritto il contratto relativo al triennio 2019-21 cui erano legati anche alcuni dei corrispettivi previsti a fronte dell'impegno profuso dal personale delle strutture sanitarie durante la pandemia. Restano da affrontare, nonostante le misure assunte con il d.l. 34/2023, i problemi sottostanti alle difficoltà di reperimento di personale sanitario soprattutto per il settore dell'emergenza e urgenza, mentre continuano ad aumentare i casi di 'fuga dal pubblico' ma anche di ricerca di opportunità di lavoro all'estero. I dati relativi al fenomeno sono al momento limitati".

Ancora in riassorbimento poi il problema delle liste d'attesa. "Nonostante i piani predisposti dalle regioni, a inizio del 2023 il monitoraggio presentava ancora rilevanti criticità e ritardi di attuazione su cui è necessario intervenire al più presto per evitare un'ulteriore crescita delle prestazioni a carico dei cittadini o l'aumento della rinuncia alle cure".

"Andrà verificato se un profilo di finanziamento (e di spesa) quale quello prefigurato nei quadri tendenziali sia compatibile con le necessità che ancora caratterizzano il comparto e, in particolare, con la soddisfazione dei fabbisogni di personale legati soprattutto alla riforma dell'assistenza territoriale. Garantire la corresponsione dei Lea e ridurre i fenomeni di rinuncia alle cure rappresenta una priorità sociale irrinunciabile", evidenzia la relazione.

Segnalati, infine, sforamenti anche sul payback farmaceutico: "La spesa per acquisti diretti rappresentava a maggio scorso il 10,5 per cento del Fsn contro il 7,65 previsto come tetto complessivo ed erano 7 le regioni che presentavano acquisti in convenzione superiori al 7 per cento obiettivo".

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117400](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117400)

**quotidianosanita.it**

## Basta austerità nel settore sanitario

Nerina Dirindin, Enza Caruso

#### 09 OTT -

Gentile direttore,

la NADEF, Nota di Aggiornamento del DEF, è lo strumento attraverso il quale il Governo aggiorna – a fine settembre – le previsioni e gli obiettivi della politica di bilancio definiti ad aprile con il DEF. L'aggiornamento è necessario per tener conto delle maggiori informazioni disponibili e delle raccomandazioni del Consiglio dell'Unione Europea.

Mai come quest'anno l'aggiornamento della NADEF è fondamentale a causa delle incertezze di fondo che stanno caratterizzando la situazione economica negli ultimi mesi:

- Un forte rallentamento della crescita (nel 2024, l'aumento del Pil in termini reali si riduce di un terzo: dall'1,5% all'1%);
- Un peggioramento degli spazi finanziari disponibili (il disavanzo del 2023 passa dal 4,5% al 5,3% del Pil);

- Una sfavorevole dinamica del rapporto debito pubblico/Pil (che resterà superiore al 140% fino a tutto il 2026);
- Il perdurare dell'inflazione (che continua ad erodere il potere d'acquisto delle famiglie);
- Il protrarsi della guerra in Ucraina (che potrebbe dare luogo a nuovi shock sui prezzi), la contrazione del commercio mondiale (che frena la crescita).

In questo quadro, pare difficile che il Governo trovi spazio per la sanità pubblica, tema che comunque non è nel cuore della sua strategia. Basta pensare che la presidente del Consiglio ha dichiarato “non vogliamo rinunciare a occuparci di salute”, come se la rinuncia fosse una opzione possibile! Peccato che non le sia venuto naturale affermare “vogliamo occuparci di salute”. D'altra parte, Meloni è alla ricerca di argomenti che giustificano i pochi interventi che saranno fatti sulla sanità pubblica, perché “i margini sono limitati”.

E per giustificare tale disattenzione, Meloni afferma “dobbiamo avere un approccio diverso, più profondo, ... non basta spendere di più”. Giusto. Ma forse alla Presidente non hanno ancora illustrato le gravi debolezze che il Ssn ha accumulato nell'arco di oltre un decennio, a partire dall'imposizione di tetti di spesa per il personale dipendente che, introdotti dal governo Berlusconi, non sono mai stati rivisti salvo, interventi marginali negli ultimi anni. Di fatto la spesa del personale (ove superi il valore del 2018) resta condizionata al tetto del livello del 2004 ridotto dell'1,4% (al netto degli aumenti contrattuali).

Ove invece sia inferiore al 2018 ammette piccoli incrementi di spesa annuali (entro il 10% dell'incremento del Fondo sanitario, superabile di un ulteriore 5% in caso di oggettivi fabbisogni di personale valutati di volta in volta dai tavoli ministeriali). Ulteriori aumenti di spesa per il personale sono ammessi nella misura della riduzione strutturale della spesa per i servizi esternalizzati.

#### Spesa sanitaria a legislazione vigente - NADEF 2023 vs DEF 2023

	2023	2024	2025	2026
Spesa DEF (mil)	136.043	132.737	135.034	138.399
<b>Spesa NADEF (mil)</b>	<b>134.734</b>	<b>132.946</b>	<b>136.701</b>	<b>138.972</b>
<b>Var. annua % NADEF</b>	<b>+2,8%</b>	<b>-1,3%</b>	<b>+2,8%</b>	<b>+1,7%</b>
Spesa/PIL DEF	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%
<b>Spesa/PIL NADEF</b>	<b>6,6%</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,2%</b>	<b>6,1%</b>

Ecco dove dovrebbe esercitarsi il Governo se volesse davvero avere “un approccio diverso”: riconoscere che un sistema sanitario non può fare a meno di una adeguata dotazione strutturale di personale, riducendo i servizi esternalizzati, e che bisogna contrastare la profonda demotivazione dei professionisti.

Bisognerebbe che il Governo trasmettesse a tutti gli operatori la ferma volontà di riconoscere il valore del loro lavoro, per evitare che continuino ad andarsene dalla sanità pubblica, all'estero o in altri settori.

Se mancano almeno 70 mila infermieri, bisogna convincere i giovani a intraprendere tale professione, garantendo loro un'occupazione strutturata, prospettive di carriera, stipendi e condizioni di lavoro adeguati.

Per questo bisogna dimostrare di saper proporre misure efficaci, e non semplicemente impegnarsi a non ignorare la sanità. Per non parlare della completa dimenticanza della Non Autosufficienza, cui la NadeF non dedica neanche una parola, nonostante la legge delega in corso di attuazione richieda specifici impegni finanziari.

Ma che cosa dice la NADEF sulla salute?

Le previsioni, a legislazione vigente (ovvero al netto di quanto sarà deciso con la legge di bilancio), sono drammatiche: le revisioni al ribasso della crescita del Pil incidono sulla spesa sanitaria che continua a diminuire in termini di Pil fino a raggiungere il 6,1% nel 2026, un valore addirittura inferiore a quello previsto ad aprile nel DEF. I pochi interventi adottati nel 2023 non hanno infatti lasciato traccia.

L'incremento del FSN disposto in legge di bilancio 2023 è stato assorbito dai maggiori costi dell'energia e il successivo decreto bollette (d.l. 34/23) ha concentrato le risorse sul contributo statale al ripiano dello sfondamento 2015-2018 dei dispositivi medici a carico delle aziende fornitrici, e ha destinato qualche risorsa per l'incremento della tariffa oraria delle prestazioni aggiuntive in intramoenia e all'anticipo dell'indennità di pronto PS.

Quanto alla riprogrammazione degli obiettivi, la NadeF contiene un solo punto che riguarda la sanità: il Governo proporrà stanziamenti “destinati al personale del sistema sanitario” (su cui pende ancora il rinnovo del contratto).

Un impegno importante ma generico e che non sembra capace di quella profondità che la Presidente dice di voler adottare.

Sono inoltre indicati due collegati alla decisione di bilancio: uno in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale e dell'assistenza ospedaliera, e una delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della salute.

Il principio di prudenza, ripetutamente richiamato nella NADEF, colpirà quindi pesantemente la sanità.

*Eppure, questo è il momento per ideare interventi capaci di segnare quella inversione di tendenza tanto cara alla presidente Meloni. Questo è il momento per alzare lo sguardo e provare a capire quale prospettiva concreta e strutturale (non di mero tampone) può essere delineata per superare quello che a molti appare il definitivo crepuscolo della sanità pubblica.*

*Una possibile via, forse illusoria sul piano operativo ma capace di dare un po' di speranza, è la seguente.*

*In queste settimane, l'Europa sta tentando di rivedere le vecchie regole di bilancio che, fra l'altro, obbligavano un paese ad adottare politiche di austerità proprio quando l'economia era in crisi. Si prospetta la possibilità di riconoscere agli investimenti che rivestono un ruolo fondamentale per la crescita e la sostenibilità del debito pubblico uno speciale trattamento.*

*Di fronte alle gravi condizioni del Ssn, un Governo che considerasse davvero la salute una priorità potrebbe provare a lanciare una proposta, forse destinata a essere respinta ma sicuramente significativa sul piano politico: escludere dal calcolo del debito parte delle spese per la formazione e l'inserimento nel sistema sanitario di una adeguata dotazione di capitale umano perché, in un settore ad alta intensità di lavoro, i professionisti costituiscono un fattore di sviluppo altrettanto fondamentale quanto le tecnologie.*

*E per il benessere della popolazione, sono altrettanto prioritari quanto la riduzione del debito. Proporre che, a fianco della spesa in conto capitale (su cui sta intervenendo il PNRR), alcune specifiche voci di spesa corrente per un certo numero di anni possano essere sterilizzate a tutela dei Livelli Essenziali potrebbe essere, fra l'altro, un segno concreto della reale volontà del Governo di dare priorità alla salute.*

*È necessario, infatti, operare concretamente per dare attuazione agli standard dell'assistenza sanitaria territoriale, con assunzioni in deroga conseguenti al monitoraggio della governance e alla realizzazione degli investimenti del PNRR.*

*Sarebbe un motivo di speranza per gli operatori e la popolazione, a prescindere dalla probabilità della proposta di essere accolta. Non possiamo infatti accettare che, nel nuovo Patto di Stabilità, si pensi solo a trattamenti preferenziali per la transizione verde, il digitale o la difesa.*

*È importante consentire ai paesi in difficoltà di strutturare un sistema sanitario solido e resiliente (come raccomandato anche dall'Europa) e non ridotto all'osso.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117320](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117320)

**quotidianosanita.it**

## **Nadef. Rinnovo contratti, riorganizzazione e potenziamento assistenza territoriale e ospedaliera, riordino professioni sanitarie. Si conferma il calo della spesa sanitaria sul Pil**

di G.R.

*La legge di bilancio 2024 prevederà stanziamenti, per il triennio 2024- 2026, da destinare al personale del sistema sanitario. Previsto un finanziamento per l'accoglienza dei pellegrini del Giubileo. A completamento della manovra, il Governo dichiara quali collegati i seguenti disegni di legge: in materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e dell'assistenza ospedaliera; delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della salute.*

**30 SET -**

*"La legge di bilancio finanzierà anche il rinnovo contrattuale del pubblico impiego, con una particolare attenzione al settore sanitario. In presenza di una preoccupante flessione delle nascite, il Governo intende promuovere ulteriormente la genitorialità e sostenere le famiglie con più di due figli. È pertanto allo studio una misura innovativa a favore delle famiglie con redditi medi e bassi, che sarà anch'essa finanziata dalla legge di bilancio".*

*Così il ministro dell'Economia, **Giancarlo Giorgetti**, nella nota introduttiva della Nadef approvata nei giorni scorsi da Palazzo Chigi.*

*La legge di bilancio 2024 prevederà quindi stanziamenti, per il triennio 2024- 2026, da destinare al personale del sistema sanitario e per incentivare gli investimenti nel Mezzogiorno. Verrà inserito anche un finanziamento dei lavori di adeguamento delle tecnologie e presidi sanitari funzionali all'accogliimento dei pellegrini del Giubileo 2025.*

A completamento della manovra di bilancio 2024-2026, per quanto riguarda la sanità il Governo dichiara quali collegati alla decisione di bilancio i seguenti disegni di legge:

- In materia di riorganizzazione e potenziamento dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e dell'assistenza ospedaliera;
- Delega in materia di riordino delle professioni sanitarie e degli enti vigilati dal Ministero della salute.

Per quanto riguarda i livelli di spesa a legislazione vigente, rispetto alle precedenti **previsioni del Def**, si segnala un lieve incremento di risorse per la sanità. Nel documento dello scorso aprile si prevedeva per il 2024 una spesa sanitaria di 132,737 mld al 6,3% del Pil. Nel 2025 il Def prevedeva una spesa di nuovo in crescita a 135,034 mld ma con un impatto sul Pil del 6,2%. Per il 2026 la spesa saliva ancora a quota 138,399 mld ma l'incidenza sul Pil rimaneva costante al 6,2%.

Nella NadeF a legislazione vigente si ha per il 2024 una spesa di 132,946 mld pari al 6,2% del Pil. Nel 2025 si sale a 136,701 sempre al 6,2% del Pil. Infine nel 2026 si prevedono 138,972 per la sanità con un'incidenza in calo al 6,1% sul Pil.

**TAVOLA III.1A: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (In milioni)**

	2022	2023	2024	2025	2026
<b>SPESE</b>					
Redditi da lavoro dipendente	187.233	188.709	186.651	188.604	188.373
Consumi intermedi	167.313	170.871	171.025	173.182	172.731
Prestazioni sociali	406.901	424.020	448.830	459.440	471.670
di cui: Pensioni	297.190	317.490	340.560	350.240	361.240
Altre prestazioni sociali	109.711	106.530	108.270	109.200	110.430
Altre spese correnti	96.678	96.428	88.572	85.854	84.394
Totale spese correnti al netto di interessi	858.125	880.029	895.078	907.080	917.168
Interessi passivi	82.888	78.377	88.970	94.442	103.561
Totale spese correnti	941.013	958.406	984.047	1.001.522	1.020.729
di cui: Spesa sanitaria	131.103	134.734	132.946	136.701	138.972

**TAVOLA III.1B: CONTO DELLA PA A LEGISLAZIONE VIGENTE (In percentuale del PIL)**

	2022	2023	2024	2025	2026
<b>SPESE</b>					
Redditi da lavoro dipendente	9,6	9,2	8,8	8,6	8,3
Consumi intermedi	8,6	8,3	8,0	7,9	7,6
Prestazioni sociali	20,9	20,7	21,1	20,9	20,7
di cui: Pensioni	15,3	15,5	16,0	15,9	15,9
Altre prestazioni sociali	5,6	5,2	5,1	5,0	4,9
Altre spese correnti	5,0	4,7	4,2	3,9	3,7
Totale spese correnti al netto di interessi	44,1	42,9	42,0	41,2	40,3
Interessi passivi	4,3	3,8	4,2	4,3	4,6
Totale spese correnti	48,3	46,7	46,2	45,5	44,9
di cui: Spesa sanitaria	6,7	6,6	6,2	6,2	6,1

[https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=117075](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=117075)



## Nadef. Anaao: “Se fallisce il Ssn abbiamo fallito tutti”

Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale ANAAO Assomed

*Il finanziamento della Sanità pubblica oggi segna il punto più basso tra i paesi del G7, sia in rapporto al PIL che in quota capitaria, mentre un quarto della spesa grava direttamente sul cittadino, alle prese con tempi di attesa che di fatto negano il suo diritto alla salute ponendolo davanti all'alternativa tra aspettare o pagare, tagliando le spese per lo studio dei figli o per l'assistenza agli anziani*

**04 OTT -**

*La Nadef licenziata dal Consiglio dei Ministri il 28 settembre ha riaperto il dibattito, in verità mai sopito, sulla sanità nel nostro Paese. Mostrando con i numeri che la spesa della sanità pubblica è prevista in calo nel 2024, sia in valore nominale, con 2 mld in meno rispetto al 2023, che in rapporto con il PIL. Dal 6,6% del 2023 si passa al 6,2% nel 2024 fino al 6,1% nel 2026, il punto più basso della storia del SSN, giudicato inaccettabile da tutte le Regioni. Ad onta della richiesta di un incremento di 4 mld del Ministro della salute e delle organizzazioni sindacali della dirigenza del SSN, nonché di quella della Conferenza delle Regioni, in maggioranza dello stesso colore politico del Governo, di “un finanziamento eccezionale” stante il perdurare di una fase non ordinaria della Sanità.*

*Il finanziamento della Sanità pubblica oggi segna il punto più basso tra i paesi del G7, sia in rapporto al PIL che in quota capitaria, mentre un quarto della spesa grava direttamente sul cittadino, alle prese con tempi di attesa che di fatto negano il suo diritto alla salute ponendolo davanti all'alternativa tra aspettare o pagare, tagliando le spese per lo studio dei figli o per l'assistenza agli anziani. Con queste cifre è messa a serio rischio la sopravvivenza del SSN, “un patrimonio prezioso da salvaguardare”, secondo le ultime dichiarazioni del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella che già nel discorso di fine anno aveva lanciato un forte ammonimento “ad operare per il rafforzamento del Servizio Sanitario Nazionale, presidio insostituibile di unità del Paese”. Parole nel vuoto, come quelle di Papa Francesco, per il quale “Tagliare le risorse per la sanità rappresenta un vero e proprio oltraggio all'umanità”.*

*Non siamo all'inversione di rotta annunciata da alcuni dopo le parole non usuali con cui autorevoli esponenti governativi hanno preannunciato l'intervento sulla sanità. Le parole in politica, però, non sono pietre e la “priorità” della Premier, così come il “pilastro” del Ministro della Economia, hanno evidentemente un significato diverso da quello dei comuni mortali.*

*Anche dopo il cambio di governo la sanità rimane in una preoccupante situazione di incapienza, di risorse economiche, umane, posti letto, infrastrutture cui nemmeno il Pnrr metterà fine. Mentre liste di attesa in crescita esponenziale accentuano la sfiducia dei cittadini, la loro rabbia sociale e le spinte verso la privatizzazione. Sarà anche vero che i problemi della sanità non si risolvono solo con i fondi, ma è certo che senza finanziamenti congrui è impossibile farlo.*

*Il SSN finora si è sostenuto sul sacrificio di medici e dirigenti sanitari. E i LEA sono stati garantiti, almeno laddove è stato fatto, a spese dei professionisti, delle loro ferie, delle loro risorse accessorie, dell'abuso del loro orario di lavoro con eccedenze non retribuite né recuperate. Eppure, tra aggressioni, disservizi, denigrazioni il SSN rimane un baluardo dello stato sociale, continuando ad assicurare, sia pure con forza calante, l'esigibilità del diritto alla salute e le cure gratuite previste dall'articolo 32 della Carta Costituzionale.*

*La preoccupazione odierna non nasce solo dalla esiguità delle risorse previste, ma anche dall'assenza nel Governo di prospettive strategiche, con l'eccezione di un Ministro della salute lasciato a predicare nel deserto.*

*Il tema di oggi sembra essere, più che salvare il soldato SSN, la riduzione delle liste di attesa, elemento su cui rischia di giocarsi il consenso elettorale, come se esse non fossero l'effetto e la naturale conseguenza del taglio lineare di personale e posti letto in atto da 10 anni, della scomparsa di interi reparti, del blocco del turn-over e del tetto alle assunzioni, mentre il proliferare di gettonisti, figlio di una ipocrisia contabile che non si vuole eliminare, evidenzia la costante svalorizzazione economica e professionale dei medici dipendenti. I quali oggi vanno via da ospedali che non offrono più né certezze né prospettive, non solo ai cittadini ma anche a chi ci lavora. Un fuggi fuggi da un sistema sanitario che continua a vantare risultati di salute tra i migliori al mondo, che ne fanno il secondo miracolo italiano. Che va consumandosi, però, giorno dopo giorno, ora dopo ora, nella discussione indifferente della politica che non disdegna temi populistici, quali la abolizione del numero chiuso alla facoltà di medicina, capace, forse, di portare voti nelle urne, ma anche di ricostruire, e 'solo' tra 11 anni', la pletora medica. O la ricorrente crociata contro l'intramoenia.*

Se di piani strategici c'è ben poco, come poche sono le risorse messe a disposizione, i medici continueranno ad andarsene, magari senza clamore, fatto salvo qualche titolone sui giornali, ma con l'amaro rimpianto di non aver fatto abbastanza, perché se fallisce il Ssn abbiamo fallito tutti. Per questo intendiamo mettere in campo tutti gli strumenti possibili, nessuno escluso, per tenere in vita la più grande infrastruttura civile e sociale costruita in questo Paese.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117194](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117194)

## Pandemie, oggi e domani ...

### COVID-19 Epidemiological Update

Edition 159 published 29 September 2023

In this edition:

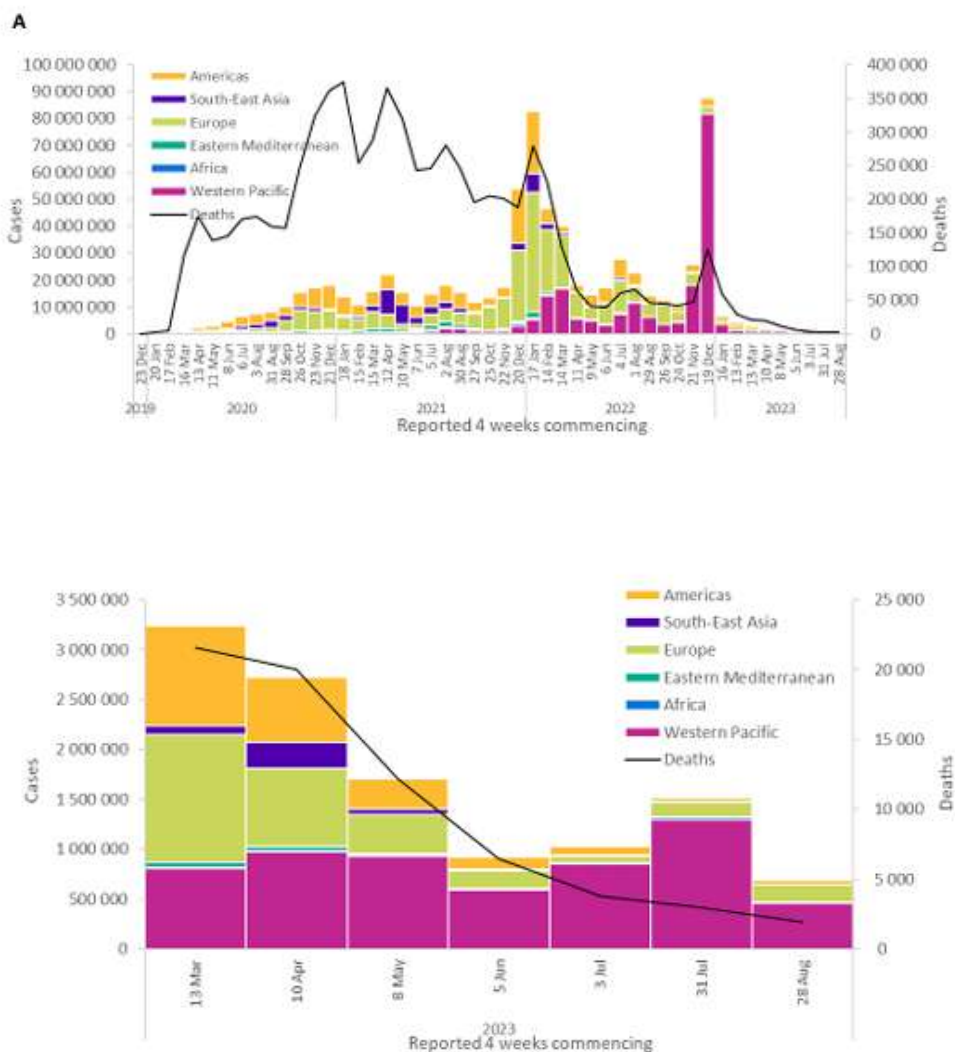
- Key highlights
- Global overview
- Hospitalizations and ICU admissions
- SARS-CoV-2 variants of interest and variants under monitoring
- WHO regional overviews

Please note that from this edition, the COVID-19 Epidemiological Update will be provided every four weeks. Disaggregated data will still be accessible on the [WHO COVID-19 dashboard](#), where the full dataset is available for download. The previous 158 editions of Weekly COVID-19 Epidemiological Update are accessible at the following link: <https://www.who.int/emergencies/situation-reports>

#### Punti salienti

- A livello globale, 96 paesi segnalano casi di COVID-19 e 37 segnalano decessi per COVID-19. Si noti che questa statistica non riflette il numero effettivo di paesi in cui si stanno verificando casi o decessi.
- Tra i paesi che hanno segnalato, il numero di casi segnalati e di decessi è diminuito, con oltre 685.000 nuovi casi e oltre 1.900 nuovi decessi segnalati durante il periodo di 28 giorni dal 28 agosto al 24 settembre 2023, con un calo del 55% e del 34%, rispettivamente, rispetto ai 28 giorni precedenti (dal 31 luglio al 27 agosto 2023).
- La recente tendenza al calo del numero di nuovi casi segnalati a livello globale dovrebbe essere interpretata con cautela a causa della diminuzione dei test, del sequenziamento e delle segnalazioni, oltre ai ritardi nella segnalazione in molti paesi.
- L'aumento dei nuovi casi segnalati durante il periodo di 28 giorni dal 31 luglio al 27 agosto 2023 dalla Regione africana è dovuto alle segnalazioni di arretrati per alcuni paesi, con conseguente aumento artificiale dei casi. Questi dati dovrebbero essere interpretati considerando questa limitazione.
- Negli ultimi 28 giorni, 50 e 39 paesi hanno reso disponibili i dati rispettivamente sui ricoveri e sui ricoveri in unità di terapia intensiva (ICU) almeno una volta. A livello globale, negli ultimi 28 giorni (dal 21 agosto al 17 settembre 2023), sono stati segnalati un totale di 95.999 nuovi ricoveri e 985 nuovi ricoveri in terapia intensiva, con un aumento rispettivamente del 42% e del 12% rispetto ai 28 giorni precedenti. giorni (dal 24 luglio al 20 agosto 2023).
- L'OMS sta attualmente monitorando diverse varianti di SARS-CoV-2, tra cui tre varianti di interesse (VOI) – XBB.1.5, XBB.1.16 ed EG.5 – e sette varianti sotto monitoraggio (VUM). A livello globale, l'EG.5 rappresenta il 33,6% delle sequenze condivise con GISAID ed è attualmente il VOI più diffuso ed è stato segnalato da 73 paesi.

Figure 1. COVID-19 cases reported by WHO Region, and global deaths by 28-day intervals, as of 24 September 2023 (A); 13 March to 24 September 2023 (B)\*\*



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

Table 1. Newly reported and cumulative COVID-19 confirmed cases and deaths, by WHO Region, as of 24 September 2023\*\*

WHO Region	Countries reporting cases in the last 28 days	New cases in last 28 days (%)	Change in new cases in last 28 days *	Cumulative cases (%)	Countries reporting deaths in the last 28 days	New deaths in last 28 days (%)	Change in new deaths in last 28 days *	Cumulative deaths (%)
Western Pacific	20/35 (57%)	458 757 (67%)	-65%	207 284 734 (27%)	6/35 (17%)	977 (50%)	-15%	417 745 (6%)
Europe	27/61 (44%)	177 642 (26%)	19%	276 134 635 (36%)	17/61 (28%)	661 (34%)	-54%	2 248 608 (32%)
Americas <sup>‡</sup>	21/56 (38%)	38 858 (6%)	3%	193 286 267 (25%)	6/56 (11%)	122 (6%)	-58%	2 959 269 (43%)
Eastern Mediterranean	5/22 (23%)	5 201 (1%)	53%	23 394 122 (3%)	2/22 (9%)	64 (3%)	88%	351 465 (5%)
South-East Asia	7/10 (70%)	3 070 (<1%)	-23%	61 205 037 (8%)	3/10 (30%)	118 (6%)	111%	806 781 (12%)
Africa	16/50 (32%)	1 634 (<1%)	-92%	9 569 874 (1%)	3/50 (6%)	8 (<1%)	33%	175 435 (3%)
<b>Global</b>	<b>96/234 (41%)</b>	<b>685 162 (100%)</b>	<b>-55%</b>	<b>770 875 433 (100%)</b>	<b>37/234 (16%)</b>	<b>1950 (100%)</b>	<b>-34%</b>	<b>6 959 316 (100%)</b>

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

<sup>‡</sup> Starting from the week commencing on 11 September 2023, the source of the data from the Region of the Americas was switched to aggregated national surveillance, received through the COVID-19, Influenza, RSV and Other Respiratory Viruses program in the Americas. Data have been included retrospectively since 31 July 2023.

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

Figure 2. SARS-CoV-2 test positivity rates and specimens reported to FluNet; 5 January 2020 to 24 September 2023



Source: Influenza and SARS-CoV-2 surveillance data reported to FluNet; Global Influenza Surveillance and Response System

Figure 3. Number of confirmed COVID-19 cases reported over the last 28 days per 100 000 population, as of 24 September 2023\*



<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1696246998.pdf>

## THE LANCET Regional Health Europe

***Efficacia del vaccino contro l'ospedalizzazione stimata utilizzando un disegno di studio caso-controllo con test negativo e probabilità comparative di ricovero ospedaliero ed esiti gravi con i sotto-lignaggi COVID-19 BQ.1, CH.1.1. e XBB.1.5 in Inghilterra***

Freja Cordelia Møller Kirsebom, Katie Harman, Rachel Jayne Lunt, Nick Andrews, Natalie Groves, Nurin Abdul Aziz et al.

**Publicato: 25 ottobre 2023**

**DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100755>**

## **Abstract**

### **Sfondo**

*Dalla prima comparsa di Omicron BA.1 in Inghilterra nel novembre 2021, si sono evolute numerose sottolinee. Nel settembre 2022, BA.5 ha dominato. La prevalenza di BQ.1 è aumentata da ottobre, mentre la prevalenza di CH.1.1 e XBB.1.5 è aumentata rispettivamente da dicembre 2022 e gennaio 2023. Si sa poco sull'efficacia dei vaccini contro il ricovero ospedaliero con queste sotto-linee, né sulla relativa gravità, quindi abbiamo utilizzato le cartelle cliniche elettroniche a livello nazionale dell'Inghilterra per stimare l'efficacia del vaccino e la gravità delle varianti.*

### **Metodi**

*Il periodo di studio per i test che contribuiscono a tutte le analisi è stato dal 5 dicembre 2022 al 2 aprile 2023, quando le varianti di interesse cocircolavano. È stato utilizzato uno studio caso-controllo con test negativo per stimare l'efficacia incrementale dei vaccini di richiamo bivalenti BA.1 contro l'ospedalizzazione, rispetto a quelli con immunità indebolita in cui l'ultima dose era stata effettuata almeno 6 mesi prima. Le probabilità di ricovero ospedaliero per coloro che risultavano positivi alla PCR il giorno della visita al pronto soccorso e le probabilità di ricovero in unità di terapia intensiva o di morte tra i ricoveri per COVID-19 sono state confrontate tra le varianti. Inoltre, è stata utilizzata una regressione di sopravvivenza a rischi proporzionali di Cox per studiare la durata della degenza tra i casi ospedalizzati per variante.*

### **Risultati**

*Il nostro studio sull'efficacia del vaccino ha incluso 191.229 test idonei con 1.647 casi BQ.1, 877 casi CH.1.1, 1.357 casi XBB.1.5 e 187.348 controlli negativi al test. Non è stata riscontrata alcuna differenza nell'efficacia incrementale del vaccino contro l'ospedalizzazione con BQ.1, CH.1.1 o XBB.1.5, né è stata riscontrata alcuna differenza nella gravità di queste varianti. L'efficacia contro il ricovero è stata del 48,0% (IC al 95%; 38,5–56,0%), 29,7% (IC al 95%; 7,5–46,6%) e 52,7% (IC al 95%; 24,6–70,4%) contro BQ.1, CH.1.1 e XBB.1.5, rispettivamente, a 5-9 settimane dalla vaccinazione di richiamo. Rispetto a BQ.1, le probabilità di ricovero ospedaliero erano 0,87 (IC al 95%; 0,77–0,99) e 0,88 (IC al 95%; 0,75–1,02) per i casi CH.1.1 e XBB.1.5 rispettivamente presenti al pronto soccorso. Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nella probabilità di ricovero in unità di terapia intensiva o di morte per quelli con CH.1.1 (OR 0,96, IC 95%; 0,71–1,30) o XBB.1.5 (OR 0,67, IC 95%; 0,44–1,02) rispetto a BQ.1. Inoltre, non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nella durata della degenza ospedaliera per variante.*

### **Interpretazione**

*Insieme, questi risultati forniscono prove rassicuranti che i vaccini di richiamo bivalenti BA.1 forniscono una protezione simile contro il ricovero ospedaliero con BQ.1, CH.1.1 e XBB.1.5 e che i sotto-lignaggi emergenti CH.1.1 e XBB.1.5 non causano malattia più grave di BQ.1.*

## **Ricerca nel contesto**

### **Prove prima di questo studio**

*La variante Omicron di SARS-Cov-2 si è evoluta in sotto-lignaggi distinti che hanno causato numerose ondate di infezione nel Regno Unito. Più recentemente, la prevalenza di BQ.1/BQ.1.1 è aumentata da ottobre 2022, mentre la prevalenza di CH.1.1 e XBB.1.5 è aumentata rispettivamente da dicembre 2022 e gennaio 2023. Nell'ambito del programma di vaccinazione contro il COVID-19 del Regno Unito, dal 5 settembre 2022 sono stati offerti richiami bivalenti BA.1 a tutti gli adulti di età pari o superiore a 50 anni e ai soggetti vulnerabili, compresi gli immunodepressi. Abbiamo cercato su PubMed utilizzando i termini "COVID-19", "bivalente", "vaccino", "efficacia del vaccino", "variante" e "gravità" senza limiti di data nel luglio 2023 e abbiamo utilizzato il processo a valanga per identificare ulteriori pubblicazioni pertinenti. Abbiamo inoltre analizzato i database di pre stampa (MedXriv) per studi rilevanti sull'efficacia del vaccino COVID-19 e studi sulla gravità delle varianti intrapresi durante l'autunno/inverno 2022/2023. Sia CH.1.1 che XBB.1.5 hanno dimostrato vantaggi in termini di crescita e si sono dimostrati altamente trasmissibili, ma sono disponibili prove limitate sulla gravità di CH.1.1 e XBB.1.5. A nostra conoscenza, non esistono stime reali di VE rispetto a BQ.1 o CH.1.1. Studi condotti negli Stati Uniti hanno rilevato che il VE contro XBB/XBB.1.5 era generalmente paragonabile a quello osservato contro BA.5, mentre uno studio di Singapore ha rilevato che la protezione contro la presenza al pronto soccorso era del 49% durante un'ondata XBB.*



### **Valore aggiunto di questo studio**

Utilizziamo qui le cartelle cliniche elettroniche a livello nazionale per valutare l'efficacia del vaccino e la gravità delle varianti in Inghilterra tra il 5 dicembre 2022 e il 2 aprile 2023, quando le varianti di interesse co-circolavano. Non abbiamo riscontrato alcuna differenza nella protezione conferita dai vaccini di richiamo bivalenti BA.1 contro il ricovero ospedaliero con BQ.1, CH.1.1 e XBB.1.5. Le stime puntuali per le probabilità di indicatori di malattia grave con CH.1.1 e XBB.1.5 erano generalmente inferiori rispetto a BQ.1, sia per le probabilità di ricovero ospedaliero o di morte in seguito alla partecipazione al pronto soccorso sia per le probabilità di ricovero in terapia intensiva o di morte tra i pazienti ospedalizzati, tuttavia nella maggior parte delle analisi questo non era statisticamente significativo. Anche la durata della degenza dopo il ricovero ospedaliero non differiva a seconda delle varianti.

### **Implicazioni di tutte le prove disponibili**

Insieme, questi risultati forniscono prove rassicuranti che i vaccini di richiamo bivalenti BA.1 forniscono una protezione simile contro il ricovero ospedaliero con BQ.1, CH.1.1 e XBB.1.5 e che i sotto-lignaggi emergenti CH.1.1 e XBB.1.5 non causano malattia più grave di BQ.1. Le analisi seguono le tendenze precedentemente osservate che mostrano similarità nell'efficacia del vaccino e nella gravità delle sotto-linee Omicron.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00174-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00174-6/fulltext)



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## **Le pandemie finiscono mai?**

Joelle M. Abi-Rached, e Allan M. Brandt

**12 ottobre 2023**

**N Engl J Med 2023; 389:1349-1351**

**DOI: 10.1056/NEJMp2306631**

Il 10 aprile 2023, il presidente degli Stati Uniti Joe Biden ha firmato una risoluzione che pone ufficialmente fine all'emergenza nazionale Covid-19 negli Stati Uniti. L'emergenza sanitaria pubblica è terminata 1 mese dopo.

Nel settembre 2022, Biden aveva dichiarato che "la pandemia è finita", quando durante quel mese si contarono più di 10.000 morti per Covid-19 a livello nazionale.

Gli Stati Uniti, ovviamente, non sono l'unico paese ad aver fatto tali dichiarazioni.

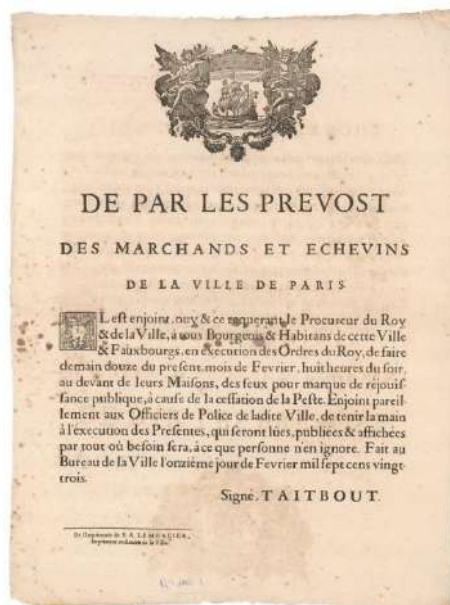
Diversi paesi europei hanno dichiarato la fine dell'emergenza legata alla pandemia nel 2022, revocando le restrizioni e iniziando a gestire il Covid-19 più come se fosse un'influenza. Quali spunti si possono ricavare da dichiarazioni passate di questo tipo?

Tre secoli fa, il re Luigi XV decretò la fine dell'epidemia di peste che devastava il sud della Francia (vedi [immagine](#)). La peste aveva causato un numero impressionante di morti in tutto il mondo nel corso di diversi secoli. Dal 1720 al 1722 morì più della metà della popolazione di Marsiglia.

Il decreto, il cui scopo principale era quello di autorizzare i commercianti a riprendere le loro attività commerciali, invitava i cittadini ad accendere falò davanti alle proprie case in una "festa pubblica" per la cessazione della peste. Pieno di simbolismo ritualizzato, il decreto fissava lo standard per il modo in cui sarebbe stata dichiarata e celebrata la fine di un'epidemia. È anche un duro promemoria degli imperativi economici dietro tali dichiarazioni.

Ma il decreto ha posto fine alla peste? Ovviamente no. Alla fine del XIX secolo si verificò una pandemia di peste durante la quale l'agente causale, la *Yersinia pestis*, fu scoperto da Alexandre Yersin a Hong Kong nel 1894.

E sebbene alcuni scienziati presumano che sia scomparsa negli anni '40, la peste è tutt'altro che una reliquia storica. Persiste come una malattia zoonotica endemica che è stata trasmessa all'uomo nelle aree rurali degli Stati Uniti occidentali e, più comunemente, in Africa e Asia.



Cartello che annuncia l'accensione dei falò a Parigi per la cessazione della peste della Provenza, 1723.

Potremmo allora chiederci: le pandemie finiscono mai? E se sì, quando? L'Organizzazione Mondiale della Sanità considera conclusa un'epidemia quando non vengono segnalati casi confermati o probabili per un periodo pari al doppio del periodo massimo di incubazione del virus.

Sulla base di questa definizione, l'11 gennaio 2023 l'Uganda ha dichiarato la fine dell'ultima epidemia di Ebola nel paese. Ma dal momento che le pandemie (termine derivato dal greco *pan*, che significa "tutto", e *demos*, che significa "persone") sono eventi sociopolitici ed epidemiologici che si svolgono sulla scena globale, la loro fine – come il loro inizio – è determinata non solo da criteri epidemiologici ma anche da preoccupazioni sociali, politiche, economiche ed etiche. Date le sfide associate all'eliminazione dei virus pandemici (comprese le disparità sanitarie strutturali, le tensioni globali che influenzano la cooperazione internazionale, la mobilità umana, la resistenza antivirale e i disordini ecologici che possono alterare il comportamento della fauna selvatica), le società hanno spesso scelto una strategia meno costosa dal punto di vista sociale, politico ed economico.

Questo approccio implica accettare come inevitabili alcuni decessi tra determinati gruppi di persone che sono socioeconomicamente svantaggiate o hanno patologie preesistenti. Le pandemie quindi finiscono quando le società adottano una visione pragmatica dei costi sociopolitici ed economici delle misure di sanità pubblica – in breve, quando normalizzano la mortalità e la morbilità ad esse associate. In tal modo contribuiscono anche a quella che potremmo chiamare "endemicizzazione" delle malattie ("endemico" deriva dal greco *en*, che significa "in" e *demos*) – un processo che implica la tolleranza di un certo numero di infezioni.

Le malattie endemiche in genere causano epidemie occasionali a livello comunitario senza saturare i dipartimenti di emergenza.

L'influenza può servire da esempio. La pandemia influenzale H1N1 del 1918, comunemente chiamata "influenza spagnola", causò da 50 a 100 milioni di morti in tutto il mondo, inclusi circa 675.000 decessi negli Stati Uniti. Ma il ceppo H1N1 non è scomparso e continua a circolare sotto forma di varianti più lievi.

I Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie stimano che una media di 35.000 persone negli Stati Uniti siano morte a causa dell'influenza ogni anno negli ultimi dieci anni. Le società non solo hanno "endemicizzato" la malattia, che ormai è stagionale, ma hanno normalizzato la mortalità e la morbilità che provoca anno dopo anno.

L'hanno anche reso una routine, nel senso che una comprensione generale del numero di decessi che le società possono tollerare o gestire è stata incorporata nei comportamenti sociali, culturali e sanitari, nelle aspettative, nei costi e nelle infrastrutture istituzionali.

Un altro esempio è la tubercolosi. Sebbene uno degli obiettivi sanitari degli Obiettivi di sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite sia "porre fine alla tubercolosi" entro il 2030, resta da vedere come questo obiettivo potrà essere raggiunto se la povertà assoluta e la sconcertante disuguaglianza continueranno a esistere. Il cosiddetto killer silenzioso è endemico in molti paesi a basso e medio reddito, dove la mancanza di farmaci essenziali, un'assistenza sanitaria inadeguata, la malnutrizione e le condizioni abitative affollate gli permettono di prosperare.

La mortalità per tubercolosi è aumentata per la prima volta in più di un decennio durante la pandemia di Covid-19.

Anche il colera è stato endemicizzato. Nel 1851, gli effetti del colera sulla salute e le conseguenze dannose per il commercio internazionale spinsero i rappresentanti delle varie forze imperiali a riunirsi a Parigi in occasione della prima Conferenza sanitaria internazionale per discutere le modalità per contenere la malattia; lì svilupparono le prime normative sanitarie globali.

Ma la minaccia per la salute rappresentata dal colera non è mai realmente finita, nonostante la scoperta dell'agente patogeno causale e la gestione terapeutica relativamente semplice della malattia (che consiste nella reidratazione e negli antibiotici).

Ogni anno nel mondo si registrano da 1,3 a 4 milioni di casi di colera e da 21.000 a 143.000 decessi associati. Nel 2017, la Task Force globale per il controllo del colera ha sviluppato una tabella di marcia per porre fine al colera entro il 2030. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito a un'impennata delle epidemie di colera nelle aree colpite da conflitti o impoverite in tutto il mondo.

Forse l'esempio più appropriato di piaga recente è quello dell'HIV/AIDS. Nel 2013, in occasione del vertice speciale dell'Unione africana ad Abuja, in Nigeria, gli Stati membri si sono impegnati ad adottare misure per eliminare l'HIV e l'AIDS, la malaria e la tubercolosi entro il 2030.

Analogamente, nel 2019, il Dipartimento della sanità e dei servizi umani degli Stati Uniti ha annunciato un'iniziativa per porre fine all'epidemia di HIV negli Stati Uniti entro il 2030. Ogni anno negli Stati Uniti si registrano circa 35.000 nuove infezioni da HIV, in gran parte a causa delle disuguaglianze strutturali nella diagnosi, nel trattamento e nella prevenzione, e nel 2022 si sono verificati 630.000 decessi correlati all'HIV in tutto il mondo.

Tuttavia, sebbene l'HIV/AIDS rimanga un problema di salute pubblica globale, non è più considerato una crisi sanitaria pubblica. Invece, l'endemizzazione e la routine dell'HIV/AIDS e il successo della terapia antiretrovirale lo hanno trasformato in una malattia cronica che ora compete per le risorse con altri problemi sanitari globali. Il senso di crisi, priorità e urgenza associato all'HIV quando il virus fu scoperto per la prima volta nel 1983 è stato attenuato.

Questo processo sociale e politico ha normalizzato la morte di migliaia di persone ogni anno.

La dichiarazione di fine di una pandemia segna quindi un punto critico in cui il valore di una vita umana diventa una variabile di significato attuariale – in altre parole, quando un governo stabilisce che i costi sociali, economici e politici per salvare una vita superano i costi i vantaggi di farlo.

Vale la pena notare che l'endemismo delle malattie può essere associato a opportunità economiche. Esistono considerazioni di mercato a lungo termine e potenziali profitti finanziari legati alla prevenzione, al trattamento e alla gestione di malattie un tempo pandemiche.

Il mercato globale dei farmaci contro l'HIV, ad esempio, era valutato a circa 30 miliardi di dollari nel 2021 e si prevede che raggiungerà un valore di oltre 45 miliardi di dollari entro il 2028. Nel caso della pandemia di Covid-19, il Covid lungo, che ora si vede come onere economico, potrebbe rivelarsi il prossimo vantaggio farmaceutico.

Questi precedenti storici chiariscono che non è né l'epidemiologia né alcuna dichiarazione politica a determinare la fine di una pandemia, ma la normalizzazione della mortalità e della morbilità attraverso la routinizzazione e l'endemizzazione di una malattia – ciò che nel contesto della pandemia di Covid-19 è stato chiamato "convivere con il virus".

Ciò che mette fine a una pandemia, inoltre, è la conclusione dei governi secondo cui la crisi sanitaria pubblica ad essa associata non costituisce più una minaccia per la produttività economica di una società o per l'economia globale.

Porre fine all'emergenza Covid-19 equivale quindi a un complesso processo di valutazione di potenti forze politiche, economiche, etiche e culturali: non è né il risultato di un'accurata valutazione della realtà epidemiologica né un semplice gesto simbolico.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2306631?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX18%2BTGhuE59WP1MHlxdm65RrBWFssbon8Vkh%2B9wPax1yBHfIF%2F1Vr1K6MRdlZC%2BqrBUGhe8OFxCRNONMyq6fpy7Nhs%2Fm4Kns9V4J3zQaHHSOp6CmlRADvS8hvLvZjtBoDfvd6PvLAuPtbMoAOfCvvlzH6go78WjzBdUO%2BsQK5ntclDVHLKBaY67SCXnYerei2QYDH7F%2FKV7yq%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20October%202012,%202023%20DM2290876%20NEJM%20Non%20Subscriber&bid=1852076243>

THE LANCET  
Respiratory Medicine

## **Una lunga ricerca sul COVID: un aggiornamento dal Summit Scientifico PHOSP-COVID**

**Christopher E. Brightling, Rachele A Evans, Amisha Singapore, Nikki Smith, Louise V Wain nelle veci di Gruppo Collaborativo PHOSP-COVID**

**Publicato: 16 ottobre 2023**

**DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00341-7](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00341-7)**

La gravità dell'infezione acuta da SARS-CoV-2 è diminuita con l'introduzione di politiche sanitarie pubbliche, vaccinazioni, migliore gestione della malattia acuta e un grado di immunità protettiva in coloro che sono sopravvissuti a infezioni passate.

Tuttavia, sulla scia della pandemia, sono emerse sequele post-acute di COVID-19, denominate COVID-lungo. Il National Institute for Health and Care Excellence ( [NICE](#) ) del Regno Unito descrive il COVID lungo come una condizione in cui segni e sintomi continuano o si sviluppano dopo il COVID-19 acuto (>4 settimane), inclusa la sindrome COVID-19 sintomatica in corso e la sindrome post-COVID-19. (≥12 settimane).

A 3 anni dal primo lockdown nazionale nel Regno Unito, lo studio Post-ospedalizzazione COVID-19 ( [PHOSP-COVID](#) ) ha tenuto un vertice scientifico a Leicester, Regno Unito (28-29 marzo 2023) per esaminare i progressi e affrontare i principali domande relative alla ricerca futura. PHOSP-COVID è un consorzio britannico di ricercatori e medici multidisciplinari che lavorano insieme per comprendere e migliorare i risultati sanitari a lungo termine per gli adulti ricoverati in ospedale con COVID-19.

Pazienti, medici e scienziati hanno lavorato insieme nel 2020 per concordare questioni di ricerca prioritarie e, durante lo studio, c'è stato uno stretto coinvolgimento tra il consorzio, i pazienti coinvolti nello studio e il pubblico più ampio. 7935 adulti dimessi dall'ospedale dopo COVID-19 tra febbraio 2020 e marzo 2021 sono stati reclutati in tre livelli di ricerca, che includevano il follow-up a circa 5 mesi e 12 mesi dopo la dimissione per la fenotipizzazione profonda e il campionamento delle risorse biologiche (Livello 2), e profilazione immunitaria dettagliata e risonanza magnetica multiorgano (Livello 3). Il reclutamento nelle quattro nazioni del Regno Unito è ora completo e le analisi sono in corso.

Gli obiettivi di PHOSP-COVID sono i seguenti:

- (1) descrivere l'impatto olistico del COVID lungo sulle persone ricoverate in ospedale con COVID-19;
- (2) identificare le caratteristiche associate ad un recupero buono o scarso;
- (3) indagare sulle cause alla base del COVID lungo;
- (4) determinare se il COVID lungo viene alterato dai trattamenti somministrati durante l'infezione acuta;
- (5) sviluppare trattamenti per le persone con COVID da lungo tempo per migliorare il recupero.

PHOSP-COVID non ha studiato l'impatto del COVID lungo nei soggetti non ricoverati durante l'infezione acuta e non include i bambini, ma lavora a stretto contatto con gli altri consorzi nazionali COVID lungo e a livello internazionale con società professionali come la European Respiratory Society.

I primi risultati chiave sono stati che, 5 mesi dopo la dimissione dall'ospedale, solo il 30% circa dei partecipanti ha riferito di sentirsi completamente guarito.

La proporzione era simile dopo 1 anno, con un miglioramento solo marginale da 5 mesi a 1 anno.

I partecipanti avevano meno probabilità di guarire se erano donne, avevano un'età compresa tra 35 e 65 anni, avevano un BMI superiore a 30 kg/m<sup>2</sup>, avevano molteplici condizioni preesistenti a lungo termine o richiedevano ventilazione meccanica mentre erano ricoverati in ospedale per COVID-19. Questi fattori di rischio e l'elevata percentuale di persone con sintomi persistenti dopo il ricovero in ospedale per COVID-19 erano coerenti con i risultati di altri studi.

Abbiamo scoperto che i trattamenti somministrati durante l'infezione acuta, come i corticosteroidi, non hanno influenzato la probabilità di recupero, in linea con il follow-up di 6 mesi dello studio REMAP-CAP, che ha coinvolto solo partecipanti in condizioni critiche e ha identificato solo anti-interleuchina -6 (IL-6) e le terapie antiplastriniche come associate a miglioramenti della salute.

Attraverso l'analisi dei cluster non supervisionata, abbiamo scoperto che la gravità dei problemi di salute fisica e mentale erano in gran parte raggruppati insieme, mentre la nebbia cerebrale (deterioramento cognitivo) poteva verificarsi da sola.

Quelli con i problemi di salute più gravi avevano prove di infiammazione persistente.

Nei polmoni, la prevalenza delle anomalie polmonari interstiziali alla TC toracica è stata stimata all'8,5%.

La risonanza magnetica multiorgano e multimodale ha rivelato anomalie nel cervello, nei polmoni e nei reni, ma nessun aumento significativo delle anomalie cardiache o epatiche rispetto ai controlli.

I pazienti con un carico maggiore di danno multiorgano avevano maggiori probabilità di riferire uno scarso recupero fisico e mentale.

Un elenco delle pubblicazioni, inclusi i rapporti sui principali risultati della ricerca, è fornito nell'appendice ([pp 1–2](#)), con un elenco dei membri del gruppo collaborativo PHOSP-COVID ([pp 3–12](#)). PHOSP-COVID ha valutato l'efficacia dei percorsi di assistenza clinica e ha contribuito alla lunga guida COVID del NICE e del NHS England.

È importante sottolineare che, alla luce dei progressi compiuti fino ad oggi, il vertice scientifico PHOSP-COVID ha incluso una discussione su quattro domande chiave relative alla ricerca futura, che sono state successivamente esaminate con i nostri partner del settore dei pazienti, del pubblico e del volontariato ([pannello 1](#)). Ad oggi, l'efficacia è stata riportata in uno studio in fase iniziale sulla terapia con modulatori metabolici (AXA1125).

PHOSP-COVID sta intraprendendo due studi randomizzati controllati proof-of-concept sulla riabilitazione e sulla terapia anti-IL-6. Sono in corso altre sperimentazioni su piattaforme, anche se permane la necessità di ulteriori sperimentazioni sulla medicina di precisione che possano mirare specificamente ai meccanismi emergenti e ai fenotipi del COVID lungo.

## **Pannello**

### **Domande chiave discusse al vertice scientifico PHOSP-COVID**

Il vertice scientifico PHOSP-COVID prevedeva una revisione dei progressi e una discussione incentrata su quattro domande chiave relative alla ricerca futura che erano state identificate prima del vertice.

#### **Domanda 1: Come dovremmo affrontare la futura ricerca sulle pandemie per le sequele a lungo termine?**

- *Mantenere la preparazione alla pandemia attraverso i cosiddetti studi di ibernazione (grandi gruppi di assistenza comunitaria e secondaria che consentono studi meccanicistici dettagliati)*
- *Includere il coinvolgimento precoce dei pazienti, del settore pubblico e del volontariato; considerare l'etnicità, la diversità e l'inclusività nel reclutamento e nella co-progettazione degli studi; utilizzare strumenti di acquisizione di dati elettronici, biocampionamento centralizzato e una piattaforma di conoscenza centralizzata (ad esempio, un ambiente di ricerca affidabile), con un efficace collegamento dei dati con le cartelle cliniche; promuovere una governance della ricerca efficiente e solida e la collaborazione internazionale*
- *Identificare gruppi di controllo abbinati per specifiche domande di ricerca utilizzando set di dati esistenti, ma anche reclutati come parte di studi di coorte abbinati e coordinati a livello nazionale*
- *Dare priorità alla ricerca sulle sequele a lungo termine insieme agli studi sulle malattie acute*

#### **Domanda 2: Quali sono le principali lacune conoscitive e le esigenze nell'imaging e nella fenotipizzazione clinica?**

- *Limitazioni delle attuali definizioni di COVID lungo; È necessario prendere in considerazione una nuova tassonomia sostenuta da biomarcatori biologici, di imaging e fisiologici*
- *Lacune nella comprensione dei collegamenti tra eterogeneità fenotipica e specifici meccanismi sottostanti (vedere domanda 3)*
- *Necessità di gruppi di controllo appropriati per l'identificazione dei biomarcatori (vedere domanda 1)*
- *Necessità di collegarsi a consorzi nazionali e internazionali per garantire la generalizzabilità dei risultati (vedi domanda 1)*
- *Urgente necessità di tradurre la conoscenza dei fenotipi in medicina di precisione (vedi domanda 4)*

#### **Domanda 3: Quali sono le principali lacune e necessità di conoscenza sui biomarcatori meccanicistici e cellulari?**

- *Necessità di testare le ipotesi sulle cause del COVID lungo – inclusa l'infiammazione persistente con attivazione immunitaria, autoimmunità, microvasculopatia, serbatoio virale e microbioma alterato – e di collegare i meccanismi sottostanti ai fenotipi (vedere domanda 2)*
- *Necessità di utilizzare campioni PHOSP-COVID e combinarli con quelli di altri studi per sviluppare biomarcatori predittivi rispetto a quelli associativi, per collegarli al fenotipo e per la medicina di precisione (vedere domanda 4)*
- *Necessità di indagare i possibili ruoli meccanicistici dell'adiposità e delle malattie metaboliche, degli ormoni sessuali, dell'invecchiamento immunitario e del decondizionamento, come suggerito da fattori di rischio noti per il COVID a lungo termine*
- *Necessità di comprendere i meccanismi alla base della salute mentale oltre ai danni alla salute fisica*
- *Necessità di comprendere gli effetti dei fattori ambientali e come prevenire la reinfezione, evidenziata da persone con esperienza vissuta di COVID da molto tempo*

#### **Domanda 4: Quali sono le principali lacune conoscitive e le esigenze negli interventi e nella ricerca sui servizi sanitari?**

- *Urgente necessità di tradurre i risultati delle sperimentazioni su piattaforme e medicina di precisione nella cura dei pazienti*
- *Necessità di testare strategie riabilitative per determinarne l'efficacia e la sicurezza; è necessaria una migliore gestione della sindrome da tachicardia ortostatica posturale e dell'esacerbazione dei sintomi post-sforzo*
- *Necessità di testare interventi di salute mentale sia farmacologici che non farmacologici*
- *Necessità di testare le strategie di gestione del sonno esistenti (ad es. Sleepio)*
- *Necessità di studiare potenziali strategie di gestione del peso, sia strategie non farmacologiche che riutilizzo di strategie farmacologiche esistenti*
- *Necessità di testare percorsi clinici integrati e olistici per escludere la presenza di comorbidità, diagnosi alternative ed effetti della gestione; necessità di una medicina di precisione che utilizzi biomarcatori per indirizzare la terapia*

Il COVID da lungo tempo rimane una sfida importante per milioni di persone che soffrono di morbidità persistente, per i sistemi sanitari e per le economie a causa della perdita di lavoro. È fondamentale che il COVID a lungo rimanga una delle principali priorità dell'assistenza sanitaria e della ricerca. Il lavoro pianificato per esaminare i meccanismi che guidano



gli effetti a lungo termine del COVID-19 su tutti gli organi dovrebbe aiutare nello sviluppo di nuovi test, nuovi trattamenti e risultati migliori per le persone che convivono con il COVID da lungo tempo.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00341-7/fulltext?dqcid=raven\\_jbs\\_aip\\_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00341-7/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

## **Il potenziale ritorno di Yellow Jack nel sud americano**

*Peter J. Hotez, e Angelle Desiree LaBeaud,*

**14 ottobre 2023**

**DOI: 10.1056/NEJMp2308420**

*Incaricato di coordinare la preparazione degli Stati Uniti alle prossime grandi minacce di infezione globale, il nuovo Ufficio di preparazione e risposta alle pandemie della Casa Bianca metterà in risalto le infezioni emergenti da coronavirus, le influenze zoonotiche e le infezioni causate da filovirus e altri agenti patogeni altamente letali.*

*Ma le infezioni da virus trasmessi dalle zanzare (arbovirus) sono altrettanto importanti e la loro diffusione ha iniziato ad accelerare nel sud americano. Negli ultimi dieci anni, sia la Florida che il Texas hanno sperimentato epidemie autoctone di infezioni da virus dengue, chikungunya e Zika, ciascuna trasmessa dalle zanzare Aedes, principalmente Aedes aegypti e Ae. albopictus.*

*I dati generati dalle analisi epidemiologiche, di mappatura e di modellizzazione rivelano una nuova confluenza di cambiamento climatico, urbanizzazione e modelli mutevoli di migrazioni umane che prevede aumenti significativi delle infezioni da virus trasmessi dalle zanzare Aedes.*

*Alcune previsioni sono quindi cupe, suggerendo che gran parte degli Stati Uniti sudorientali diventeranno ampiamente adatti alla dengue o ad altre infezioni da arbovirus.*

*Un ulteriore fattore critico è la povertà estrema in tutto il Texas e negli stati della costa del Golfo, dove alloggi inadeguati o di bassa qualità, zanzariere assenti o rotte e un diffuso abbandono di pneumatici nei quartieri poveri (che invita alla riproduzione di Ae. aegypti) rappresentano un rischio chiave. Questi fattori. Queste condizioni potrebbero infine consentire un forte aumento dell'incidenza di gravi infezioni da arbovirus negli Stati Uniti meridionali.*

*La febbre gialla, in particolare, ha un'eredità preoccupante.*

*Nel corso del 1800, la febbre gialla causò epidemie urbane altamente letali ed economicamente devastanti nelle città costiere degli Stati Uniti meridionali e in quelle sul fiume Mississippi.*

*A volte era conosciuto come "jack giallo", dal nome di una bandiera nautica issata sulle navi in arrivo dai Caraibi che erano state messe in quarantena a causa di casi sospetti di malattia.*

*La complicazione più temuta della febbre gialla era il vomito negro, che si verificava negli stadi finali della malattia letale a causa di un'emorragia emorragica nel tratto gastrointestinale superiore.*

*Per quasi 100 anni a partire dal 1820, la febbre gialla decimò le città del sud degli Stati Uniti. Un'epidemia del 1853 a New Orleans potrebbe aver ucciso 11.000 persone, ovvero quasi il 10% della popolazione. E in un periodo di 5 mesi nel 1878, le città della valle del Mississippi, in particolare Memphis (vedi [immagine](#)) e Vicksburg, videro circa 120.000 persone ammalarsi e 20.000 morire.*

*Molte persone abbandonarono Memphis, ma rimasero migliaia di residenti malati e morenti.*

*Gli storici americani hanno notato che le perdite di vite umane dovute all'epidemia di febbre gialla di Memphis superarono quelle di catastrofi più note di quell'epoca, come il grande incendio di Chicago del 1871, l'alluvione di Johnstown del 1889 e il terremoto di San Francisco del 1906.*

*Nel loro libro del 2005 Yellow Jack, JR Pierce e J. Writer hanno osservato: "Non esiste una sola malattia oggi che possa terrorizzare una comunità come faceva la febbre gialla... Gli americani che vivono nelle città portuali arrivarono a temere l'avvicinarsi dell'estate. Questa ansia stagionale durò più di cento anni".*

*L'ultima grande epidemia di febbre gialla negli Stati Uniti si è verificata a New Orleans nel 1905 (con circa 5.000 casi e 1.000 decessi), ma ci sono rinnovati timori che la febbre gialla possa tornare negli Stati Uniti meridionali, soprattutto nelle città della costa del Golfo, come Galveston, Corpus Christi e Houston, Texas; Mobile, Alabama; Nuova Orleans; e Tampa.*

*Una tale epidemia potrebbe comportare un costo maggiore rispetto alla maggior parte delle moderne epidemie di malattie infettive negli Stati Uniti.*

*Ci sono nuovi motivi per essere preoccupati per una potenziale ricomparsa. In primo luogo, come notato sopra, epidemie di infezioni virali causate dalle zanzare Aedes negli esseri umani hanno già cominciato a verificarsi in Florida e Texas. Sebbene questi siano stati generalmente piccoli, la loro semplice presenza, insieme alle nuove previsioni di aumento degli habitat di Aedes in tutto il Sud, attribuibili al cambiamento climatico e all'urbanizzazione, suggerisce che diventeranno prevalenti condizioni adatte per future epidemie.*



*Veduta aerea di Memphis nel 1870.*

*Inoltre, le aree dell'emisfero occidentale a rischio di febbre gialla si sono ampliate negli ultimi due decenni e ora includono sia il Venezuela, dove la malattia è riemersa nel 2019, sia le regioni costiere altamente urbanizzate del Brasile.*

*Dalla fine del 2016 al 2019, il Brasile ha sperimentato un'epidemia quasi tre volte più grande di qualsiasi altra registrata nei 36 anni precedenti, che ha colpito i suoi tre stati più popolosi, Minas Gerais, Rio de Janeiro e San Paolo.*

*L'epidemia brasiliana è andata di pari passo con una recrudescenza della febbre gialla nell'Africa centrale e occidentale, tra cui Angola, Repubblica Democratica del Congo e Nigeria.*

*Una delle principali preoccupazioni in Brasile era che l'epidemia colpiva aree lontane dalla foresta amazzonica dove storicamente si era verificata la febbre gialla selvatica o "della giungla" e dove il virus è trasmesso da zanzare non urbanizzate non appartenenti al genere aedes (haemagogus o sabethes).*

*Sebbene non ci fossero prove che Ae. aegizi trasmettevano la febbre gialla – il colpevole era molto probabilmente la specie haemagogus – il fatto che l'epidemia si sia verificata lontano dalle tradizionali aree silvatiche potrebbe significare che le ricadute nelle aree urbane non sono lontane.*

*Un'altra questione preoccupante è che il virus potrebbe essere stato introdotto a Minas Gerais nel 2014 e passato inosservato per 2 anni prima di accelerare e diffondersi nel sud-est del Brasile.*

*Un altro motivo di preoccupazione per la riemergenza è il ruolo del cambiamento climatico e delle oscillazioni climatiche causate da El Niño.*

*L'epidemia di febbre gialla del 1878 nella valle del Mississippi negli Stati Uniti si verificò durante un evento di El Niño iniziato l'anno precedente.*

*Quell'evento creò condizioni più calde e umide nel sud degli Stati Uniti, che potrebbero aver migliorato la sopravvivenza di Ae. aegypti e lo sviluppo e la replicazione accelerati del virus nelle zanzare ospiti. Un clima caldo promuove Ae. acyclovirali – malattie arbovirali vettori.*

*Con il Nord America che si trova ad affrontare temperature e umidità record e un riscaldamento accelerato delle acque circostanti proprio prima di un previsto evento di El Niño, gli Stati Uniti potrebbero trovarsi ad affrontare condizioni simili.*

*Negli anni '90, il Programma Globale per i Vaccini e l'Immunizzazione e l'Ufficio Regionale per l'Africa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) espressero preoccupazione per il ritorno di epidemie di febbre gialla negli Stati Uniti sudorientali e altrove.*

La combinazione di regolari epidemie di arbovirus associati all'aedes in Florida e Texas, una mappa in espansione del rischio di febbre gialla nell'emisfero occidentale e il potenziale di El Niño di esacerbare l'impatto del cambiamento climatico e dell'urbanizzazione dovrebbero farci riflettere.

La nostra capacità di risposta non è chiara. Quando l'infezione da virus Zika è emersa negli Stati Uniti continentali nel 2016, abbiamo appreso che le capacità di controllo delle zanzare variavano notevolmente tra le contee della Florida e del Texas; questo problema non è stato corretto.

La trasmissione locale della dengue si è verificata ripetutamente negli stati del sud, ed è probabile che la dengue diventi endemica nel sud, evidenziando la necessità cruciale di un ulteriore sviluppo e lancio di vaccini contro la dengue.

Sfortunatamente, durante la pandemia di Covid-19 abbiamo dovuto affrontare un drammatico aumento dell'attivismo antivaccinista che potrebbe estendersi alla febbre gialla e ad altre immunizzazioni arbovirali critiche.

Esiste un vaccino contro la febbre gialla efficace, anche se costoso, ma è un vaccino a virus vivo e può avere effetti collaterali gravi, anche se rari.

Attualmente, la popolazione statunitense non è quasi interamente vaccinata contro la febbre gialla e non esistono dosi di vaccino nelle scorte strategiche nazionali degli Stati Uniti.

Nel corso di un'epidemia di considerevoli dimensioni, la febbre gialla potrebbe diffondersi rapidamente tra le popolazioni non immunizzate in tutto il sud americano, ed è improbabile che il governo degli Stati Uniti sia pronto ad acquisire e distribuire i vaccini in modo tempestivo, anche se ci fosse una domanda pubblica. In Brasile, il dosaggio frazionato dei vaccini contro la febbre gialla è stato utilizzato per estendere la portata del vaccino e amplificare rapidamente l'immunità di gregge, una strategia approvata dall'OMS per le situazioni di emergenza.

In definitiva, abbiamo bisogno di un piano globale per un migliore coordinamento della sorveglianza e del controllo delle zanzare tra le contee a rischio, con misure per vaccinare rapidamente la popolazione (possibilmente includendo l'uso di dosi frazionate se il vaccino non è disponibile in quantità sufficienti), insieme a maggiori sforzi di controllo dei vettori e la possibile introduzione di tecnologie innovative di controllo dei vettori, come il wolbachia o il gene delivery, che hanno il potenziale di ridurre la densità delle zanzare e i tassi di infettività dei virus (competenza vettoriale).

Riteniamo che la febbre gialla dovrebbe avere la priorità nell'ambito dei nostri sforzi nazionali di preparazione alla pandemia, dato che ora ci sono le condizioni affinché il jack giallo ritorni e faccia ammalare molte persone nelle città del sud degli Stati Uniti.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2308420?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX18%2BTGhuE59WP1MHlboxdm65RrBWFssbon8Vkh%2B9wPax1yBHfIF%2F1Vr1K6MRdIZC%2BqrBUGhe8OFxCRNONMyq6fpy7Nhs%2Fm4KNs9V4J3zQaHHSOp6CmlRADvS8hvLvZjtBoDfvd6PvLAuPtBMoAOfCbvIzH6go78WjzBdUO%2BsQK5ntclDVHLKbaY67SCXnYerei2QYDH7F%2FKV>

**Science**

## **Dopotutto, l'influenza killer del 1918 non prese di mira i sani**

*Le prove scheletriche mostrano che le persone fragili avevano maggiori probabilità di morire durante la pandemia influenzale*

**Mitch Leslie**

**9 Ottobre 2023**

**DOI: 10.1126/science.ad l2389**

*L'influenza colpì la popolazione mondiale nel 1918 e nel 1919, uccidendo fino a 50 milioni di persone.*

*Da allora, una caratteristica controintuitiva di questa pandemia ha lasciato perplessi i ricercatori.*

*Secondo resoconti contemporanei e successivi studi demografici, morì un numero sproporzionatamente elevato di individui giovani e sani.*

*Una nuova analisi degli scheletri dell'epoca mette in discussione questa nozione, suggerendo che le persone già fragili avevano maggiori probabilità di soccombere, come è vero per la maggior parte delle pandemie.*

*"È uno studio importante", afferma l'epidemiologo Andrew Noymer dell'Università della California, Irvine, che non era collegato alla ricerca.*

*"Ciò aiuterà a mettere le cose in chiaro sull'influenza del 1918".*

*L'influenza e altre malattie infettive di solito colpiscono più duramente i bambini piccoli e gli anziani perché il loro sistema immunitario non è in grado di combattere gli agenti patogeni con la stessa efficacia. Durante la pandemia influenzale*

del 1918-1919, tuttavia, medici e altri osservatori notarono un elevato numero di morti tra i giovani, presumibilmente adulti sani.

Numerosi studi più recenti che utilizzano dati provenienti da tutto il mondo hanno confermato un aumento della mortalità all'incirca tra i 20 e 40 anni.

"Questo non dovrebbe accadere", afferma l'antropologa Amanda Wissler della McMaster University.

"Le persone sane non muoiono: questa è la definizione di sano."

I ricercatori hanno ideato ipotesi elaborate per spiegare questo risultato incongruo. Un gruppo [ha ipotizzato](#) che all'inizio del XX secolo i giovani avessero incontrato solo diverse versioni del virus dell'influenza che iniziò a circolare alla fine degli anni '80 del XIX secolo.

Quando arrivò il virus pandemico del 1918-19, il loro sistema immunitario non era preparato a combatterlo. Gli anziani, invece, erano stati precedentemente esposti a virus influenzali più simili a quello pandemico e avevano quindi acquisito una certa protezione.

Altri scienziati hanno attribuito la colpa al vigoroso sistema immunitario dei giovani adulti, sostenendo che questi ultimi hanno reagito in modo eccessivo al virus, scatenando una risposta infiammatoria fatale. (Un effetto simile si è verificato in alcuni pazienti deceduti a causa di [COVID-19](#).)

Gli scienziati stanno ancora discutendo su queste spiegazioni e potrebbe essere coinvolto più di un fattore. Per il suo dottorato di ricerca progetto, Wissler, allora studente di dottorato presso l'Arizona State University, decise di affrontare il problema ponendo una domanda diversa: e se le vittime dell'influenza non fossero poi così sane?

Ha collaborato con Sharon DeWitte, un'antropologa dell'Università del Colorado, per analizzare gli scheletri di 81 persone che morirono a Cleveland, Ohio, tra il settembre 1918 e il marzo 1919. La pandemia colpì la città in quelle date. I ricercatori hanno studiato solo gli scheletri di adulti deceduti per cause naturali. Hanno scelto questa categoria più ampia, anziché includere solo le persone la cui causa di morte era considerata influenza, perché all'epoca le diagnosi mediche erano diverse, spiega Wissler.

Per fare un confronto, i ricercatori hanno utilizzato un gruppo di controllo composto da 288 adulti morti a Cleveland prima della pandemia e quindi non sarebbero stati esposti al virus.

Circa il 60% delle persone in entrambi i gruppi avevano 50 anni o meno al momento della morte. E poiché nessuno reclamava i loro corpi, era probabile che fossero poveri e ai margini della società; i loro scheletri erano stati conservati in una collezione museale.

Per valutare le condizioni fisiche dei soggetti al momento della morte, i ricercatori hanno cercato lesioni sulle tibie che potessero rivelare problemi come malnutrizione, lesioni o malattie. Una lesione guarita suggerisce che la persona ha superato la condizione; una lesione in via di guarigione mostra che il recupero era in corso; e una lesione attiva significa che il problema era in corso. "Le persone con lesioni attive sugli stinchi sono probabilmente le più fragili", spiega Wissler. Lei e DeWitte hanno stabilito che prima della pandemia influenzale, le persone fragili avevano maggiori probabilità di morire rispetto alle persone più sane, il che non sorprende.

Gli individui con lesioni attive vivevano solo fino a un'età media di 39 anni, mentre le persone con lesioni guarite sopravvivevano fino a 45 anni.

Ma contrariamente alla saggezza convenzionale sulla pandemia, le persone malsane rimanevano le più vulnerabili mentre l'influenza si diffondeva in città.

[Qualcuno con una lesione attiva aveva quasi tre volte più probabilità di morire durante questo periodo rispetto a una persona con una lesione in via di guarigione](#), riferiscono oggi i ricercatori negli Atti della National Academy of Sciences.

Gli individui fragili sopravvivevano solo fino a 36 anni, mentre le persone con lesioni guarite vivevano circa 2,5 anni in più.

"Si vede uno schema coerente: le persone con lesioni attive non se la passano bene come le persone senza di loro", afferma DeWitte.

Lo studio non ribalta la visione ortodossa secondo cui la mortalità è aumentata drammaticamente tra i giovani durante la pandemia influenzale, avvertono Wissler e DeWitte. La malattia si è guadagnata la reputazione di colpire individui sani, in parte perché era così mortale, uccidendo persone che altrimenti ci si sarebbe aspettati che sopravvivessero, dice Wissler. "Le persone che normalmente non sarebbero morte sono morte", dice.

Non tutti sono convinti. L'epidemiologo Lone Simonsen dell'Università di Roskilde sostiene che se la fragilità fosse stata un importante fattore di rischio durante la pandemia influenzale, la mortalità sarebbe aumentata anche tra gli anziani, cosa che non è accaduta.

"Non vediamo morti nei gruppi in cui la fragilità è più comune".

Se Wissler e DeWitte hanno ragione, tuttavia, i ricercatori devono spiegare perché così tanti giovani erano apparentemente fragili e vulnerabili.

Una possibilità, suggerita da Noymer e da un collega, è che la tubercolosi, che all'epoca era comune e di solito colpisce le persone nelle prime fasi della vita, indebolisse molti giovani adulti e li rendesse suscettibili all'influenza.

Comprendere tali modelli storici è importante perché la conoscenza può aiutarci a mitigare i rischi di future pandemie, afferma DeWitte.



Durante la Peste Nera del 1300, le persone con segni di fragilità avevano maggiori probabilità di morire, hanno dimostrato lei e altri ricercatori.

Allo stesso modo, il COVID-19 si è rivelato mortale per i pazienti con problemi di salute preesistenti come obesità e malattie cardiache. La pandemia influenzale del 1918-19 "non è un incidente storico", afferma DeWitte.

"Dobbiamo prestare molta attenzione a ciò che determina [queste differenze di mortalità] ed essere meglio preparati" per la prossima malattia mortale.

[https://www.science.org/content/article/killer-1918-flu-didn-t-pick-healthy-after-all?utm\\_source=sfmc&utm\\_medium=email&utm\\_content=alert&utm\\_campaign=dailylatest\\_news&et rid=691092258&et cid=4937370](https://www.science.org/content/article/killer-1918-flu-didn-t-pick-healthy-after-all?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_content=alert&utm_campaign=dailylatest_news&et rid=691092258&et cid=4937370)

**quotidianosanita.it**

## **Vaccini. Appello di Oms Europa, Commissione europea e Ecdc: "I fragili si proteggano contro Covid e influenza per l'autunno-inverno"**

Arrivati ormai ad ottobre, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'Oms, la Commissione europea e il Centro europeo per il controllo e la prevenzione delle malattie lanciano un messaggio chiaro e urgente: le persone che rimangono non protette sia dal Covid che dall'influenza stagionale – in particolare i più vulnerabili e a rischio – dovrebbero accettare qualsiasi offerta di vaccinazione per prevenire o mitigare l'impatto di queste infezioni respiratorie cocircolanti.

**09 OTT -**

Le stagioni autunno e inverno dell'anno scorso sono state imprevedibili. Lo scorso inverno, gli impatti cumulativi dell'influenza, del Covid e del virus respiratorio sinciziale o Rsv hanno colpito più duramente i più giovani e gli anziani. I reparti pediatrici e di terapia intensiva hanno risentito della tensione e si è osservato un eccesso di mortalità. Anche se ora il quadro può sembrare tranquillo, quest'autunno dobbiamo lavorare insieme per prevenire un eccesso di mortalità proteggendo le persone più a rischio nelle nostre comunità: le persone con comorbidità, gli immunocompromessi, gli anziani e le donne incinte.

### **I gruppi vulnerabili sono al centro dell'attenzione**

Nell'ambito della campagna di immunizzazione autunnale e invernale contro le infezioni respiratorie, l'Oms/Europa raccomanda ai paesi di rendere facilmente accessibili sia la vaccinazione contro il Covid che quella antinfluenzale ai gruppi di popolazione a maggior rischio di malattie gravi.

Oltre il 90% dei decessi segnalati per Covid riguardano persone di età pari o superiore a 65 anni. Tuttavia, i dati che l'Oms/Europa ha ricevuto dai suoi 53 Stati membri mostrano che meno di due terzi (63%) di questo gruppo hanno ricevuto una prima dose di vaccino di richiamo Covid e, cosa preoccupante, solo il 29% ha ricevuto la seconda. Ma più importante del numero totale di dosi di vaccino Covid che gli individui hanno ricevuto in totale, l'attenzione ora deve concentrarsi su quando gli individui e i gruppi vulnerabili hanno ricevuto l'ultima dose, informazioni che aiuteranno meglio i paesi a misurare e monitorare la copertura e l'efficacia del vaccino. L'Oms raccomanda che ai gruppi prioritari, tra cui gli anziani, gli immunodepressi e le donne incinte, venga offerta una dose aggiuntiva 6-12 mesi dopo l'ultima, a seconda del loro livello di rischio.

"Covid e influenza rimangono malattie gravi, in particolare per i più vulnerabili, compresi coloro che non hanno completato i cicli di vaccinazione", ha affermato **Hans Henri P Kluge**, direttore regionale dell'Oms per l'Europa.

"Ho tre punti principali da sottolineare. In primo luogo, disponiamo di vaccini efficaci elencati dall'Oms e autorizzati a livello nazionale e, per le persone infette da Covid, di un trattamento efficace per gestire i sintomi. I paesi non dovrebbero ritardare la fornitura delle dosi di richiamo per il Covid in previsione di avere accesso a vaccini nuovi o aggiornati, la cui disponibilità su larga scala potrebbe richiedere del tempo. In secondo luogo, la sorveglianza per Covid, compresa la sorveglianza delle acque reflue per Sars-CoV-2, rimane fondamentale; se non riusciamo a rintracciare il virus, sostanzialmente operiamo nell'oscurità. Infine, dobbiamo concentrarci anche sulla qualità dell'aria interna e sulla ventilazione mentre ci avviciniamo ai mesi più freddi; misure efficaci a questo riguardo possono fare molto per prevenire l'infezione e salvare vite umane". L'appello a vaccinarsi vale anche per gli operatori sanitari più esposti al rischio di contagio, e che devono proteggere i propri pazienti. Gli operatori sanitari dovrebbero completare la serie di vaccinazioni primarie contro il Covid se non lo hanno già fatto e, se idonei, ricevere una dose aggiuntiva prima dell'inverno.



**Stella Kyriakides**, commissaria europea per la Salute e la sicurezza alimentare, ha spiegato: "La vaccinazione rimane il nostro strumento più forte contro l'influenza e il Covid. È fondamentale che vengano lanciate campagne di vaccinazione mirate per raggiungere le persone a rischio prima della stagione invernale, anche con la possibilità di combinare la vaccinazione con i richiami Covid. Negli ultimi anni abbiamo visto quanto sia importante garantire un facile accesso ai servizi di vaccinazione, coinvolgere le comunità e tenere aggiornati i cittadini attraverso campagne di comunicazione chiare. Ora è di nuovo il momento dell'anno per unire le forze per promuovere i benefici della vaccinazione e proteggere i più vulnerabili, nonché i nostri sistemi sanitari. I medici dovrebbero inoltre essere incoraggiati a considerare l'uso precoce dei trattamenti antivirali disponibili per Covid, RSV e influenza per prevenire malattie gravi. La Commissione, seguendo la raccomandazione dell'Agenzia europea per i medicinali, ha recentemente autorizzato due vaccini anti Covid adattati, nonché due nuovi vaccini e un medicinale per proteggere i più giovani e gli anziani dall'Rsv."

Ci sono semplici passi che tutti noi come individui possiamo intraprendere per proteggere noi stessi e gli altri dalle infezioni respiratorie questo autunno e inverno, tra cui garantire una buona igiene respiratoria indossando una maschera in caso di malessere, tossendo nei gomiti o in un fazzoletto, restando a casa se non ci si sente bene. malati e un'adeguata ventilazione degli spazi chiusi. Oltre alla vaccinazione, queste misure possono aiutare a contenere le infezioni e a ridurre il carico sul sistema sanitario durante l'autunno e l'inverno.

### **Il rafforzamento della sorveglianza e della segnalazione va di pari passo con la vaccinazione**

La protezione delle popolazioni richiede anche una buona comprensione di quali virus circolano e dove. Mentre la regione europea esce dalla fase acuta della pandemia, la sorveglianza è stata significativamente ridotta. L'Oms/Europa e i partner stanno sollecitando i paesi dell'Europa e dell'Asia centrale a rafforzare i sistemi di sorveglianza invernale sui virus respiratori, e non a ridimensionarli, a livello comunitario, dell'assistenza sanitaria di base e a livello ospedaliero.

**Andrea Ammon**, direttrice dell'Ecdc, ha sottolineato: "La sorveglianza e la segnalazione svolgono un ruolo cruciale nella nostra battaglia in corso contro il Covid, in particolare durante la stagione invernale, quando altri virus respiratori circolano contemporaneamente. Disporre di sistemi di sorveglianza adeguati allo scopo e ben funzionanti in tutti i paesi europei è essenziale, poiché garantisce un solido set di dati che è vitale per noi per migliorare la nostra efficacia nella pianificazione e attuazione di campagne e misure di sanità pubblica."

Mentre il numero di decessi per Covid e di persone ricoverate nelle unità di terapia intensiva è diminuito considerevolmente dal culmine della pandemia, i ricoveri ospedalieri stanno cominciando ad aumentare di nuovo in alcuni Stati membri dell'Oms/Europa, in particolare dove la diffusione del vaccino rimane bassa.

I casi tra individui a più alto rischio di malattia grave devono essere individuati precocemente e forniti di trattamento, se disponibile. Ai medici dovrebbero inoltre essere forniti gli strumenti per considerare l'uso precoce dei trattamenti antivirali disponibili per Covid, Rsv e influenza per prevenire la progressione verso malattie gravi. Gli ospedali dovrebbero pianificare come gestire e mantenere i servizi quando si troveranno ad affrontare un'impennata.

Nei prossimi mesi, il rischio di Covid, influenza e altre infezioni respiratorie aumenterà nella regione europea. I servizi sanitari già tesi e il personale sanitario esausto saranno sottoposti a una pressione crescente. Proteggere i più vulnerabili della società, proteggendo al contempo i sistemi sanitari dal sovraccarico, è l'approccio più saggio.

[https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo\\_id=117334](https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=117334)

## **la Repubblica**

### **Covid, arriva la variante HV.1: ecco quanto è pericolosa**

**Donatella Zorzetto**

Da New York si sta diffondendo negli Stati Uniti. La sua caratteristica: deriva da Omicron ma ha una mutazione che ricorda la Delta, che nel 2021 ha fatto migliaia di contagi

Il suo nome (tecnico) è HV.1, ed è appena comparsa sulla scena mondiale. La nuova variante Covid, ultima in ordine di tempo dopo [Eris](#), [Pirolo](#) e [Fornax](#), sta facendo parlare di sé negli Stati Uniti, dove si sta diffondendo velocemente, alimentando il forte sospetto che possa dilagare anche in altri Paesi. HV.1 è un'altra "figlia" di Omicron, quindi una nuova produzione nella metamorfosi costante che nei tempi più recenti dell'ex pandemia il virus fa di se stesso. Ma ha una particolarità che preoccupa: è in qualche modo imparentata con la variante Delta, molto aggressiva, della quale assume almeno una caratteristica. Delta, nel 2021, ha fatto man bassa di contagi in tutto il mondo.

### **Che cos'è HV.1**

"HV.1 è una nuova variante Covid, per la precisione una delle sottovarianti di EG.5; il problema, diciamo così, è che ha una mutazione che ricorda la Delta, ma ce l'aveva anche la sua "mamma" EG.5". Questa è l'analisi di Massimo Ciccozzi, responsabile dell'Unità di Statistica medica ed Epidemiologia della facoltà di Medicina e chirurgia del Campus Bio-Medico di Roma. HV.1 si sta diffondendo negli Stati Uniti, specie a New York e, secondo gli esperti, potrebbe presto diventare dominante, superando Eris (EG.5) e Fornax (FL.1.5.1).

Nel tracciamento delle varianti effettuato dai Centri di controllo delle malattie (Cdc) a fine settembre, HV.1 è passata in due settimane dal 7-8% al 12.9%. E continua a crescere.

### **La mutazione che ricorda Delta**

"HV.1, è ricombinante di EG.5.1.6.1 o XBB.1.9.2.5.1.6.1, con una particolare mutazione che ricorda la Delta - spiega Raj Rajnarayanan, ricercatore e professore al New York Institute of Technology College of Osteopathic Medicine (Nytcom) dell'Università dell'Arkansas -. Diventerà presto il lignaggio di Sars-CoV-2 maggiormente in circolazione negli Usa". La sottovariante è stata isolata in particolare a New York.

"HV.1 presenta un leggero vantaggio in termini di crescita rispetto ai lignaggi in circolazione a New York - prosegue il ricercatore -. Sarà interessante vedere come si evolverà e osservare le prestazioni di HV.1 e BA.2.86 (Pirola)". Al momento è ancora una sigla sotto osservazione negli Usa, ma se continuerà a diffondersi e si imporrà all'attenzione internazionale, anche HV.1 sarà presto ribattezzata, come Triton, Cerbero, Kraken, Arturo, Eris, l'ultima arrivata Pirola e la meno conosciuta Fornax.

### **I sintomi che porta la nuova variante**

Quali sono i sintomi che può provocare HV.1? Possono essere diversi e variabili. Parliamo sia di disturbi che interessano le vie aeree, in particolare quelle superiori, sia di sistemici, come mal di gola, mal di testa, tosse secca, raucedine, naso che cola (rinorrea), congestione nasale, starnuti, dolori ai muscoli, dolori alle articolazioni, febbre, talvolta anche alta, stanchezza e affaticamento. Ma non sono escluse difficoltà respiratorie più o meno gravi che richiedano un intervento medico tempestivo. Questo dipende dal fatto che si tratti o meno di paziente fragile, quindi con altre patologie in corso. Rispetto al passato, con le varianti ora circolanti, sembrano non essere più comuni i sintomi gastrointestinali, così come non sono comuni la diminuzione o la perdita improvvisa dell'olfatto e del gusto (iposmia, anosmia, ageusia e disgusia). Queste ultime conseguenze, tuttavia, secondo i dati ora disponibili, non andrebbero escluse a priori, considerando il legame che HV.1 ha con la Delta.

### **Ciccozzi: "Switch selettivo"**

La nuova variante Covid è stata identificata come una sottovariante di EG.5 da Massimo Ciccozzi, responsabile dell'Unità di Statistica medica ed Epidemiologia della facoltà di Medicina e chirurgia al Campus Biomedico di Roma. Che spiega: "Il problema è che ha una mutazione che ricorda la Delta, cosa che non aveva la variante EG5.1.6, da cui deriva. Ma questo non significa che torniamo indietro e che il virus, invece di attaccare le vie aeree superiori, scenda di nuovo nei polmoni, come all'inizio. Non ci credo, perché l'evoluzione fa sempre passi avanti e mai indietro".

### **Pregliasco: "È da monitorare"**

Secondo Ciccozzi "HV.1 può essere un caso abbastanza raro di switch selettivo, fenomeno che spazza via tutte le mutazioni non interessanti portando alla deriva genetica, cioè alla formazione di una mutazione che invece può ritenersi interessante".

Dello stesso avviso è Fabrizio Pregliasco, virologo, direttore dell'Ospedale Galeazzi di Milano. Che pure sottolinea: "HV.1 deriva da Omicron, ma ha alcune caratteristiche della Delta, che non fanno ben sperare perché quella era una variante aggressiva. HV.1 si è formata in modo casuale: la sua comparsa non è dovuta a una qualche forma di intelligenza del virus SARS-CoV-2. Perché i virus non sono intelligenti. Semmai è nata da una proprietà delle varianti, ossia quella di ricombinarsi". "La cosa importante, da tenere in considerazione, è che HV.1 non è figlia di Delta, che era più aggressiva e che nel 2021 ha causato molti contagi. Quindi non dobbiamo preoccuparci, semmai pensiamo a monitorarla".

[https://www.repubblica.it/salute/2023/10/11/news/covid\\_varianti\\_sintomi\\_hv1-417444566/?ref=RHLF-BG-P10-S1-T1](https://www.repubblica.it/salute/2023/10/11/news/covid_varianti_sintomi_hv1-417444566/?ref=RHLF-BG-P10-S1-T1)

# Letters

## RESEARCH LETTER

### LESS IS MORE

#### Overdiagnosis and Overtreatment: Evaluation of What Physicians Tell Their Patients About Screening Harms

Cancer screening can produce benefits: finding true and treatable cancer at an early stage. However, it also can produce harms by overdiagnosis and overtreatment.<sup>1-3</sup> Overdiagnosis



Related article page 2088



Supplemental content at [jamainternalmedicine.com](http://jamainternalmedicine.com)

is the detection of pseudodisease—screening-detected abnormalities that meet the pathologic definition of cancer but will never progress to cause symptoms. The consequence of overdiagnosis is overtreatment—surgery, chemotherapy, or radiation—that provides the patient no benefits, but only adverse effects. For instance, for every 2000 women attending mammography screening throughout 10 years, 1 less dies of breast cancer. Concurrently, approximately 10 women with pseudodisease receive a diagnosis of breast cancer and are unnecessarily treated.<sup>4</sup> Are patients informed about overdiagnosis by their physicians when discussing cancer screening? How much overdiagnosis would they tolerate when deciding to start or continue screening?

**Methods** | We conducted a national cross-sectional online survey of 317 US men and women aged 50 to 69 years (Table), a

population with the highest exposure to screening programs. The Ethics Committee of the Max Planck Institute for Human Development approved the study. Participants signed electronic consent forms to enroll in the online study. The sample was drawn from the US panel of Survey Sampling International in December 2010 according to a quota method based on official US statistics<sup>5</sup> concerning sex, ethnicity, and educational level (see eFigure in the Supplement). Two screener questions ensured that only persons who indicated no cancer history and who had been invited to undergo cancer screening by their physicians in the past could access the survey. To ensure that all participants had the same knowledge of overdiagnosis and overtreatment, we introduced these concepts at the beginning of the survey (see eMethods section in the Supplement). Because the survey did not allow item nonresponse, all questionnaires were complete.

**Results** | Of the sample 19.9% reported having attended 1 routine cancer screening, 36.0% reported 2 screenings, 27.1% reported 3 or more, and 17.0% indicated none. Mammography was the most common cancer screening reported by women, and colonoscopy/sigmoidoscopy and prostate-specific antigen (PSA) testing were the most common reported by men. Of the entire sample, only 9.5% of the individuals (n = 30) said that their physician had informed them about the possibility of overdiagnosis and overtreatment when discussing cancer screening (Table). Nine of these patients indicated that their physician quantified the risk of overdiagnosis. However, with one exception, the numbers participants provided (ranges:

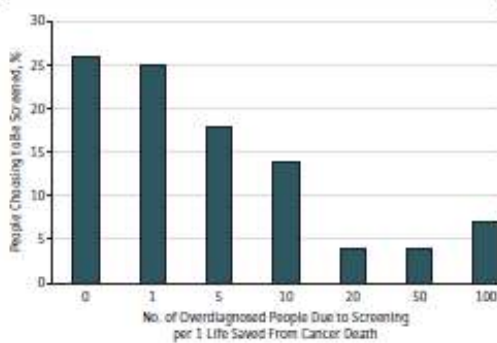
Table. Demographics of Survey Respondents, Their Information Status, and Tolerance of Overtreatment

Characteristic	No. (%) of Survey Respondents	%		
		2008 US Census <sup>2</sup>	Informed of Overtreatment by Their Physicians	Would Not Start Cancer Screening If It Resulted in >1 Overtreated Person per 1 Life Saved
Overall	317 (100.0)	100	9.5	51.2
Sex				
Female	166 (52.4)	52	8.4	51.2
Male	151 (47.6)	48	10.6	52.3
Age, y				
50-59	192 (60.6)	61	9.4	47.9
60-69	125 (39.4)	39	9.6	55.2
Educational level				
Less than high school	22 (6.9)	13	9.1	45.4
High school/some college	203 (64.0)	58	10.3	82.8
College degree	92 (29.0)	29	7.6	50.0
Ethnicity				
White	269 (84.9)	85	8.9	52.0
African American/Asian/other minority	48 (15.1)	15	12.5	39.6

\* Data obtained from the US Census Bureau, Current Population Survey, 2008 Annual Social and Economic Supplement.<sup>1</sup>



**Figure. Proportion of Participants Answering the Question on Overdiagnosis**



For the survey item on the number of overdiagnosed people per 1 life saved from cancer death due to screening that they would find tolerable while still being prepared to start screening, participants were able to choose from the following options: 0, up to 1, up to 5, up to 10, up to 20, up to 50, and up to 100.

mammography, 10–30; PSA testing, 0–2; and sigmoidoscopy, 3–40) were either overestimates or underestimates of the risk reported in the current literature.<sup>4,6,7</sup> Eighty percent of all participants expressed the desire to be told about screening harms before undergoing the testing. Of 27 people who had received no cancer screening but had heard about the accompanying risk of overtreatment, 9 (34%) persons indicated that the possibility of overtreatment had been an argument against screening up to that point.

The tradeoff between the benefit of screening—life saved from cancer—and its harms—overdiagnosis and overtreatment—were systematically different for decisions on whether to start or continue cancer screening. Fifty-one percent of all participants were unprepared to start a screening that results in more than 1 overtreated person per 1 life saved from death due to cancer (Figure). However, 58.9% would continue cancer screening that they are receiving regularly even if they learned that the test results in 10 overtreated persons per 1 life saved from cancer death.

**Discussion** | Most participants in our sample who underwent routine cancer screening reported that their physicians did not tell them about overdiagnosis and overtreatment. The few who received information about overtreatment had unrealistic beliefs about the extent of that risk. The large number of uninformed patients might be explained by a large number of physicians who themselves know little about screening harms. When a national sample of 412 US primary care physicians, part of a larger project on physicians' understanding of cancer screening statistics,<sup>8</sup> was asked about the extent of overdiagnosis for mammography screening and PSA testing; only 33.9% and 42.9%, respectively, were able to provide a correct estimate.

The results of the present study indicate that physicians' counseling on screening does not meet patients' standards. Most individuals desired information about screening harms, which was not given, and attested that this knowledge would

matter to them: 69% of the sample indicated that they would not start screening if overdiagnosis was as high (ie,  $\geq 10$  cases per 1 life saved) as it is in mammography and PSA testing.<sup>4,6</sup>

Our results should prompt medical educators to improve the quality of teaching about screening and encourage medical journal editors to enforce clear reporting about overtreatment when publishing results on the effectiveness of cancer screening. These means may not be sufficient but would be a first step toward enhancing the number of physicians and patients who thoroughly understand the potential consequences of taking a cancer screening test.

Odette Wegwarth, PhD  
Gerd Gigerenzer, PhD

**Author Affiliations:** Max Planck Institute for Human Development, Harding Center for Risk Literacy, Berlin, Germany.

**Corresponding Author:** Odette Wegwarth, PhD, Max Planck Institute for Human Development, Lentzeallee 94, 14195 Berlin, Germany (wegwarth@mpib-berlin.mpg.de).

**Published Online:** October 21, 2013.  
doi:10.1001/jamainternmed.2013.10363.

**Author Contributions:** Drs Wegwarth and Gigerenzer had full access to all the data in the study and take responsibility for the integrity of the data and the accuracy of the data analysis. Study concept and design: Wegwarth.

Acquisition of data: Wegwarth.

Analysis and interpretation of data: All authors.

Drafting of the manuscript: Wegwarth.

Critical revision of the manuscript for important intellectual content: Gigerenzer.

Statistical analysis: Wegwarth.

Obtained funding: All authors.

Administrative, technical, and material support: Wegwarth.

Study supervision: All authors.

**Conflict of Interest Disclosures:** None reported.

**Funding/Support:** The study was funded by the Harding Center for Risk Literacy at the Max Planck Institute for Human Development, a nonprofit research site.

**Role of the Sponsor:** The funding organization had no role in the design, conduct, collection, analysis, and interpretation of the data and no role in the preparation, review, or approval of the manuscript.

**Correction:** This article was corrected on November 15, 2013, to fix the Figure.

1. Welch HG, Schwartz LM, Woloshin S. Overdiagnosis: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston, MA: Beacon Press; 2011.
2. Etzioni R, Penson DF, Legler JM, et al. Overdiagnosis due to prostate-specific antigen screening: lessons from U.S. prostate cancer incidence trends. *J Natl Cancer Inst*. 2007;94(13):981–990.
3. Gigerenzer G, Gaismaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest*. 2007;8:53–96.
4. Getzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD001877.
5. US Census Bureau. Current Population Survey, 2008 Annual Social and Economic Supplement. [www.census.gov/compendia/statab/2008/2008edition.html](http://www.census.gov/compendia/statab/2008/2008edition.html). Accessed December 10, 2010.
6. Schröder FH, Hugosson J, Roobol MJ, et al; ECRSP Investigators. Screening and prostate-cancer mortality in a randomized European study. *N Engl J Med*. 2009;360(13):1320–1328.
7. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al; UK Flexible Sigmoidoscopy Trial Investigators. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375(9726):1624–1633.
8. Wegwarth O, Schwartz LM, Woloshin S, Gaismaier W, Gigerenzer G. Do physicians understand cancer screening statistics? a national survey of primary care physicians in the United States. *Ann Intern Med*. 2012;156(5):340–349.

### THE LANCET

## Rafforzamento del sistema di chirurgia elettiva: sviluppo, misurazione e validazione dell'indice di preparazione chirurgica in 1.632 ospedali in 119 paesi

Unità sanitaria globale NIHR sulla chirurgia globale, Collaborativa COVIDSurg

Publicato: 31 ottobre 2022

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01846-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01846-3)

### Riepilogo

#### Sfondo

La Commissione Lancet del 2015 sulla chirurgia globale ha identificato la chirurgia e l'anestesia come parti indispensabili dei sistemi sanitari olistici. Tuttavia, il COVID-19 ha messo in luce la fragilità dei servizi chirurgici pianificati in tutto il mondo, che sono stati trascurati anche nella pianificazione della ripresa dalla pandemia.

Questo studio mirava a sviluppare e convalidare un nuovo indice per supportare il rafforzamento del sistema chirurgico elettivo locale e affrontare i crescenti arretrati.

#### Metodi

Innanzitutto, abbiamo effettuato una consultazione internazionale attraverso un processo di consenso in quattro fasi per sviluppare un indice multidominio per la valutazione a livello ospedaliero (indice di preparazione chirurgica; SPI). In secondo luogo, abbiamo misurato la preparazione chirurgica in una rete globale di ospedali nei paesi ad alto reddito (HIC), paesi a medio reddito (MIC) e paesi a basso reddito (LIC) per esplorare la distribuzione dell'SPI a livello nazionale, subnazionale e livelli ospedalieri.

Infine, utilizzando il COVID-19 come esempio di shock del sistema esterno, abbiamo confrontato l'SPI degli ospedali con il rapporto del volume chirurgico pianificato (SVR; ovvero, operazioni per le quali la decisione per l'intervento chirurgico è stata presa prima del ricovero ospedaliero), calcolato come il rapporto tra il volume chirurgico osservato nell'arco di un periodo di valutazione di 1 mese tra il 6 giugno e il 5 agosto 2021, rispetto al volume chirurgico previsto sulla base dei dati amministrativi ospedalieri dello stesso periodo del 2019 (ovvero, un valore di riferimento pre-pandemico).

Per determinare l'effetto dell'aumento del punteggio SPI è stato utilizzato un modello di regressione lineare a effetti misti.

#### Risultati

Nella prima fase, da una lunga lista di 103 indicatori candidati, 23 hanno avuto la priorità come indicatori principali della preparazione del sistema chirurgico elettivo da 69 medici (23 [33%] donne; 46 [67%] uomini; 41 da HIC, 22 da MIC, e sei dai paesi a basso reddito) provenienti da 32 paesi.

Lo SPI multidominio comprendeva 11 indicatori su strutture e materiali di consumo, due sul personale, due sulla definizione delle priorità e otto sui sistemi.

Agli ospedali è stato assegnato un punteggio da 23 (meno preparati) a 115 punti (più preparati). Nella seconda fase, la preparazione chirurgica è stata misurata in 1.632 ospedali da 4.714 medici provenienti da 119 paesi. 745 (45,6%) dei 1.632 ospedali erano in MIC o LIC. Il punteggio SPI medio era 84,5 (95% CI 84,1–84,9), che variava tra HIC (88,5 [89,0–88,0]), MIC (81,8 [82,5–81,1]) e LIC (66,8 [64,9–68,7]).

Nella terza fase, 1217 (74,6%) ospedali non hanno mantenuto la SVR prevista durante la pandemia di COVID-19, di cui 625 (51,4%) provenivano da HIC, 538 (44,2%) da MIC e 54 (4,4%) dalle impostazioni LIC.

Nel modello a effetti misti, un aumento di 10 punti dell'SPI corrispondeva a un aumento del 3,6% (95% CI 3,0–4,1;  $p < 0,0001$ ) dell'SVR. Ciò era coerente in HIC (4,8% [4,1–5,5];  $p < 0,0001$ ), MIC (2,8 [2,0–3,7];  $p < 0,0001$ ) e Impostazioni LIC (3,8 [1,3–6,7%];  $p < 0,0001$ ).



## **Interpretazione**

Lo SPI contiene 23 indicatori applicabili a livello globale, rilevanti per diversi fattori di stress del sistema, che variano a livello subnazionale e possono essere raccolti dai team in prima linea.

Nel caso di studio del COVID-19, un SPI più elevato è stato associato a un aumento del rapporto del volume chirurgico pianificato indipendentemente dallo stato di reddito del paese, dall'onere del COVID-19 e dal tipo di ospedale.

Gli ospedali dovrebbero effettuare un'autovalutazione annuale della loro preparazione chirurgica per identificare le aree che possono essere migliorate, creare resilienza nei sistemi chirurgici locali e aumentare la capacità di affrontare gli arretrati di chirurgia elettiva.

## **Finanziamento**

Unità di ricerca sanitaria globale sulla chirurgia globale del National Institute for Health Research (NIHR), NIHR Academy, Associazione di coloproctologia di Gran Bretagna e Irlanda, Bowel Research UK, British Association of Surgical Oncology, British Gynecological Cancer Society e Medtronic.

## **Ricerca nel contesto**

### **Prove prima di questo studio**

La Lancet Commission sulla chirurgia globale del 2015 ha identificato la chirurgia e l'anestesia come una componente indivisibile dei sistemi sanitari olistici.

La pandemia di COVID-19 ha rivelato la continua fragilità dei sistemi chirurgici e di anestesia, con oltre 200 milioni di pazienti attualmente in attesa delle procedure pianificate. Abbiamo cercato su PubMed ed Embase dall'inizio di ciascun database fino al 4 marzo 2022, senza limiti di data, indici, strutture o linee guida in grado di valutare la capacità di un ospedale o di un sistema chirurgico di fornire un intervento chirurgico e un'anestesia pianificati durante i periodi di stress del sistema esterno.

Gli interventi chirurgici pianificati includevano tutti gli interventi eseguiti quando veniva presa la decisione di procedere ad un intervento chirurgico prima del ricovero ospedaliero, sia esso elettivo o urgente.

Abbiamo utilizzato termini di ricerca correlati a "preparazione", "resilienza", "pandemia" o "stress del sistema" in combinazione con "chirurgia", "anestesia", "sistemi chirurgici", "procedure" o "malattia non trasmissibile".

I fattori di stress del sistema esterno includevano pandemie trasmesse per via aerea (ad esempio, SARS-CoV-2), malattie non trasmesse per via aerea (ad esempio, il virus Ebola) e altri fattori di stress del sistema (ad esempio, disastri naturali, traumi di massa, guerre, instabilità politica ed eventi meteorologici estremi).

Abbiamo identificato 15 indici e sei strutture per valutare la preparazione dell'intero sistema sanitario, ma nessuno era specifico per la chirurgia né è stato validato rispetto a una misura del volume chirurgico pianificato.

Abbiamo inoltre identificato tre strumenti per quantificare la capacità chirurgica essenziale: lo strumento di valutazione situazionale dell'OMS, lo strumento PIPES e lo strumento di valutazione ospedaliera etiopica.

Tuttavia, questi non sono stati concepiti per valutare la preparazione e sono complessi da completare. Nel complesso, ciò dimostra che le caratteristiche dei sistemi chirurgici e di anestesia preparati non sono ancora ben comprese o adeguatamente implementate.

### **Valore aggiunto di questo studio**

L'indice di preparazione chirurgica (SPI) è il primo strumento che valuta specificamente la preparazione alla chirurgia elettiva e al sistema di anestesia.

Abbiamo coinvolto una comunità diversificata, internazionale e multidisciplinare per identificare e dare priorità alle caratteristiche dei sistemi chirurgici e di anestesia preparati che erano rilevanti in un'ampia varietà di shock del sistema esterno.

Abbiamo dato priorità a 23 indicatori rilevanti a livello globale della preparazione chirurgica in quattro ambiti (strutture, personale, definizione delle priorità e processi).

L'SPI è stato quindi misurato in una serie di ospedali e contesti che hanno mostrato una significativa variabilità nella preparazione tra ospedali, regioni e paesi.

Durante la pandemia di COVID-19, un esempio pressante e rilevante a livello globale di fattore di stress del sistema, tre quarti degli ospedali hanno segnalato una riduzione del volume chirurgico pianificato.

Il punteggio SPI ha dimostrato di essere fortemente associato alla capacità di un ospedale di continuare l'intervento chirurgico pianificato, convalidando il concetto di preparazione nel ridurre le cancellazioni chirurgiche, con un effetto significativo e misurabile.

Questa relazione era coerente tra diversi tipi di ospedali e sistemi sanitari, suggerendo che la misurazione SPI era generalizzabile in tutti i contesti.

## Implicazioni di tutte le prove disponibili

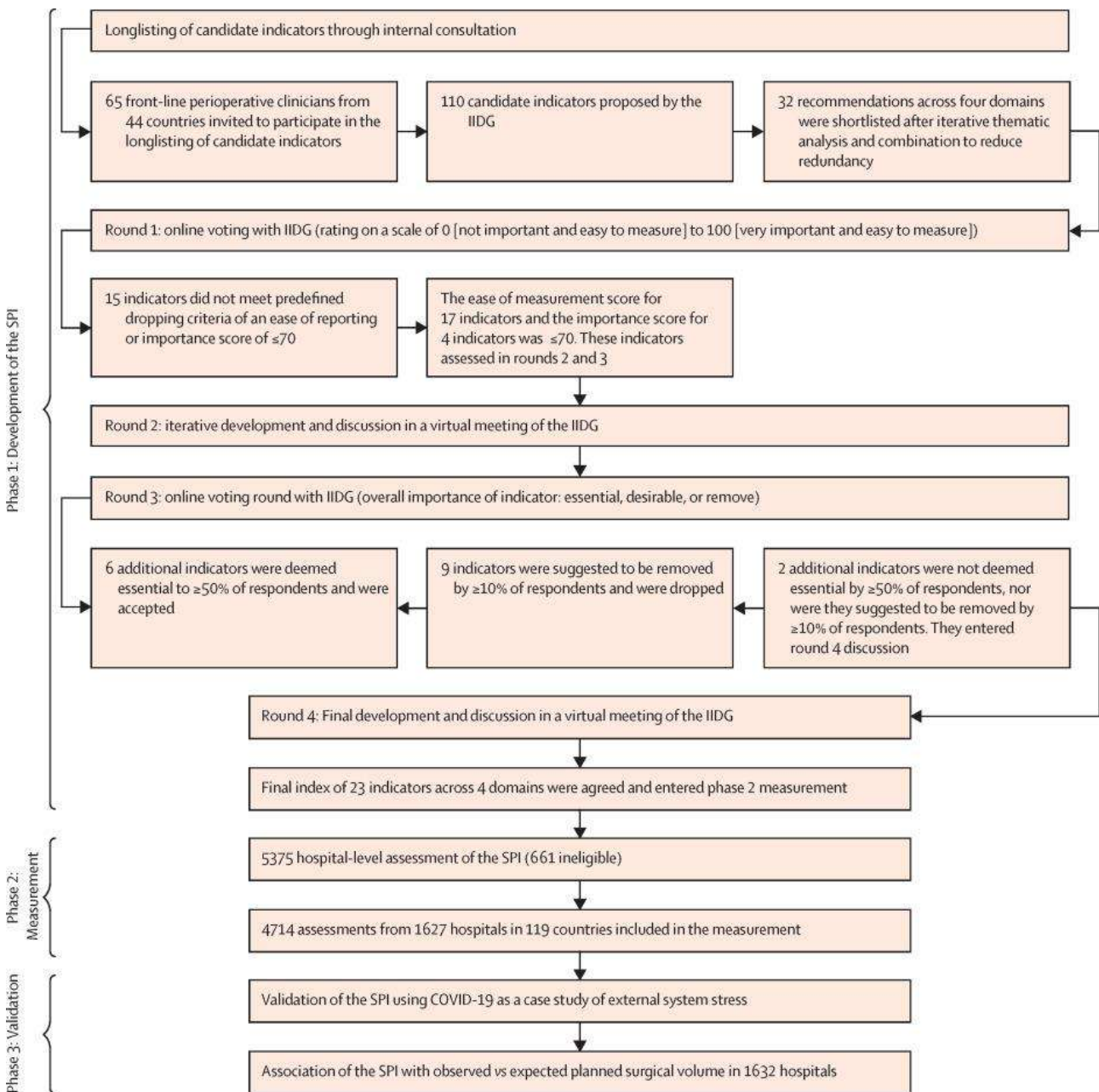
La pandemia di COVID-19 ha evidenziato la fragilità dei servizi chirurgici in tutto il mondo, ma la chirurgia rischia di essere trascurata nella pianificazione del recupero dalla pandemia.

Senza sistemi chirurgici e anestetici efficaci e integrati, le malattie non trasmissibili non possono essere trattate efficacemente e la salute della comunità peggiora, il che significa che non è possibile raggiungere l'Obiettivo di sviluppo sostenibile 3.

L'applicazione dello SPI può identificare aree di cambiamento politico, sostegno e investimento a livello subnazionale e locale. Gli ospedali dovrebbero implementare urgentemente la valutazione annuale dello SPI e creare piani d'azione locali per rafforzare i servizi chirurgici pianificati, supportando così la resilienza dell'intero sistema sanitario.

La valutazione longitudinale della preparazione chirurgica può ora essere incorporata nella pianificazione chirurgica, ostetrica e anestesologica nazionale e considerata un indicatore essenziale della forza del sistema chirurgico. È necessario un lavoro futuro per testare lo SPI nei paesi a basso reddito (4,3% degli ospedali inclusi).

Disegno di studio:



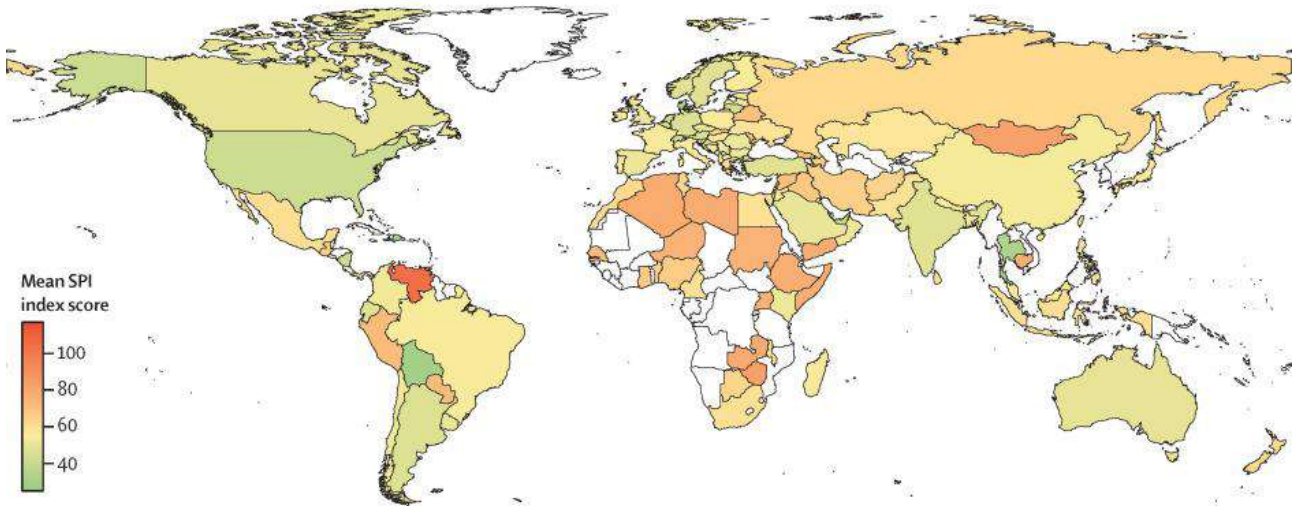
Rafforzamento del sistema di chirurgia elettiva: sviluppo, misurazione e validazione dell'indice di preparazione chirurgica in 1.632 ospedali in 119 paesi

	Airborne pandemic	Non-airborne pandemic	Warfare and political instability	Natural disaster (eg, flood and hurricane)	Seasonal pressures (eg, winter and heatwaves)
<p> <span style="color: green;">+</span> High relevance  <span style="color: red;">-</span> Moderate relevance  <span style="color: red;">x</span> Low relevance         </p>					
<b>Facilities and consumables</b>					
Ring-fenced theatres	+	+	+	+	+
Ring-fenced beds	+	+	+	+	+
Ring-fenced critical care	+	+	+	+	+
Flexible areas	+	+	-	-	-
Managing complications	+	+	+	+	+
Electricity supply	+	+	+	+	+
Oxygen supply	+	+	+	+	+
Drug supply	+	+	+	+	+
Device supply	+	+	+	+	+
Sterilisation	+	+	+	+	+
Protective equipment	+	+	+	-	-
<b>Staffing</b>					
Staff redistribution	+	+	+	+	+
Ring-fenced teams	+	+	+	+	+
<b>Prioritisation</b>					
Patient prioritisation	+	+	+	+	+
Procedure prioritisation	+	+	+	+	+
<b>Systems</b>					
Formal plan	+	+	+	+	+
Preoperative assessment	+	+	+	+	+
Preoperative testing	+	+	-	-	-
Hospital transfer	+	+	+	+	+
Timely discharge	+	+	+	+	+
Social support	+	+	+	+	+
Remote outpatients	+	+	+	+	+
Family communication	+	+	+	+	+

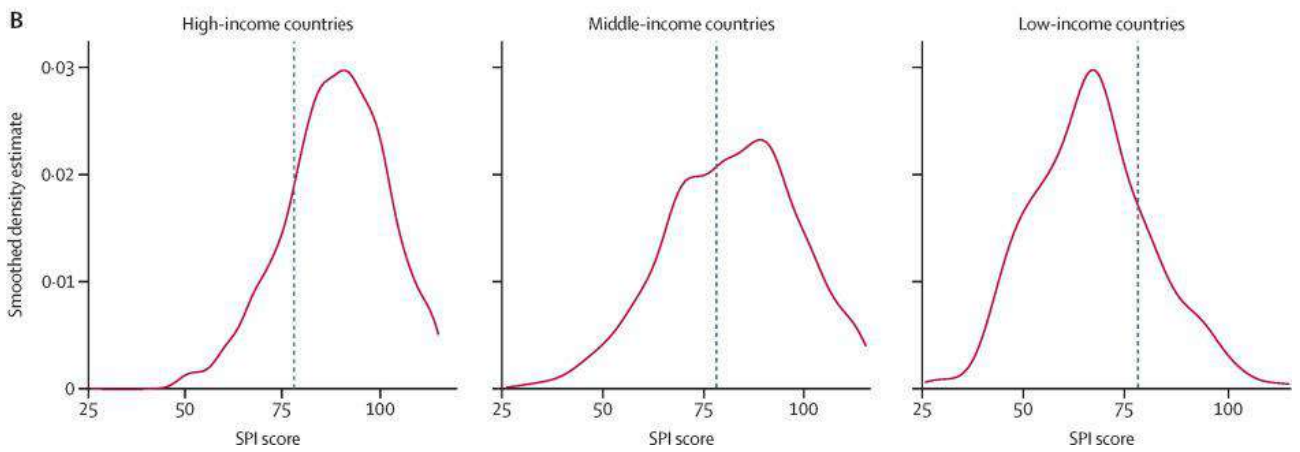
#### Distribuzione geografica del punteggio SPI

(A) La distribuzione visualizzata è centrata attorno al valore medio del punteggio totale SPI (84.5). Il verde indica sistemi chirurgici meglio preparati; il rosso indica sistemi chirurgici meno preparati. (B) Distribuzione dell'SPI per gruppo di reddito nazionale. I limiti teorici dell'intervallo di punteggio dell'SPI erano compresi tra 23 e 115 punti. Il punteggio ospedaliero medio più basso è stato 26 e il più alto è stato 115. Questi valori vengono visualizzati sui valori del pavimento e del soffitto dell'asse x. SPI=indice di preparazione chirurgica.

A



B



[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)01846-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)01846-3/fulltext)

<https://www.aiop.it/Pubblicazioni/ArtMID/835/ArticleID/118422/PNE2021>



Roma, 17 ottobre 2023

## **Indagine conoscitiva sulla situazione della medicina dell'emergenza-urgenza e dei pronto soccorso in Italia**

17 ottobre 2023

### **Introduzione**

La Società Italiana Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) si dedica, dalla sua fondazione nel 1934, al rafforzamento costante del connubio tra attività clinica e ricerca per migliorare le linee guida e i protocolli terapeutici, permettendo e facilitando il confronto e la discussione tra migliaia di Anestesisti-Rianimatori e contribuendo alla crescita nelle più diverse aree culturali che caratterizzano una professione così complessa, affascinante e carica di responsabilità.

Il ruolo di società scientifica riconosciuta dal Ministero della Salute in attuazione dell'articolo 5 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 (Legge Gelli) e del Decreto ministeriale 2 agosto 2017 rende ancor più elevate le sfide e le aspettative nei nostri confronti.

SIAARTI è, per numero di iscritti e per attività, la più importante società scientifica della nostra disciplina. Ad oggi, la società conta 10.800 soci.

Da sempre, la società, collabora con le Istituzioni al fine di poter contribuire, nelle tematiche di specifica competenza, al miglioramento del nostro SSN, sia per migliorare l'*outcome* del paziente che la qualità della pratica clinica degli specialisti ARTID.

Più precisamente, in riferimento alla specifica tematica oggetto di discussione dell'audizione odierna, SIAARTI è stata coinvolta in qualità di stakeholder in diversi tavoli di lavoro e audizioni, quali:

- Audizione convocata dal Capo di Gabinetto del Ministero - Commissione Colpa Professionale Medica. In questa occasione la società ha prodotto un position paper dal titolo "*La responsabilità sanitaria e la colpa medica negli ambiti medico-legali e assicurativi*"
- Tavolo Tecnico per lo studio delle criticità DM 70/2015 e DM 77/2022 – Sottogruppo Standard organizzativi e tecnologici - Schema per la raccolta delle criticità. Le proposte della società sono state raccolte in un documento di *Expert opinion SIAARTI PROPOSTE DI INTEGRAZIONE. Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 e Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n.77.*



PRESIDENZA  
PROF. ANTONINO GIARRATANO  
presidenza@siaarti.it

SEDE LEGALE e SEGRETERIA  
Via del Viminale, 43  
00154 ROMA (Italy)

Tel. +39 06 44 52 816  
segreteria@siaarti.it

[www.siaarti.it](http://www.siaarti.it)

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA  
ANALGESIA, RIANIMAZIONE  
E TERAPIA INTENSIVA  
P. IVA 09114800016  
Cod. Fisc. 80411530980

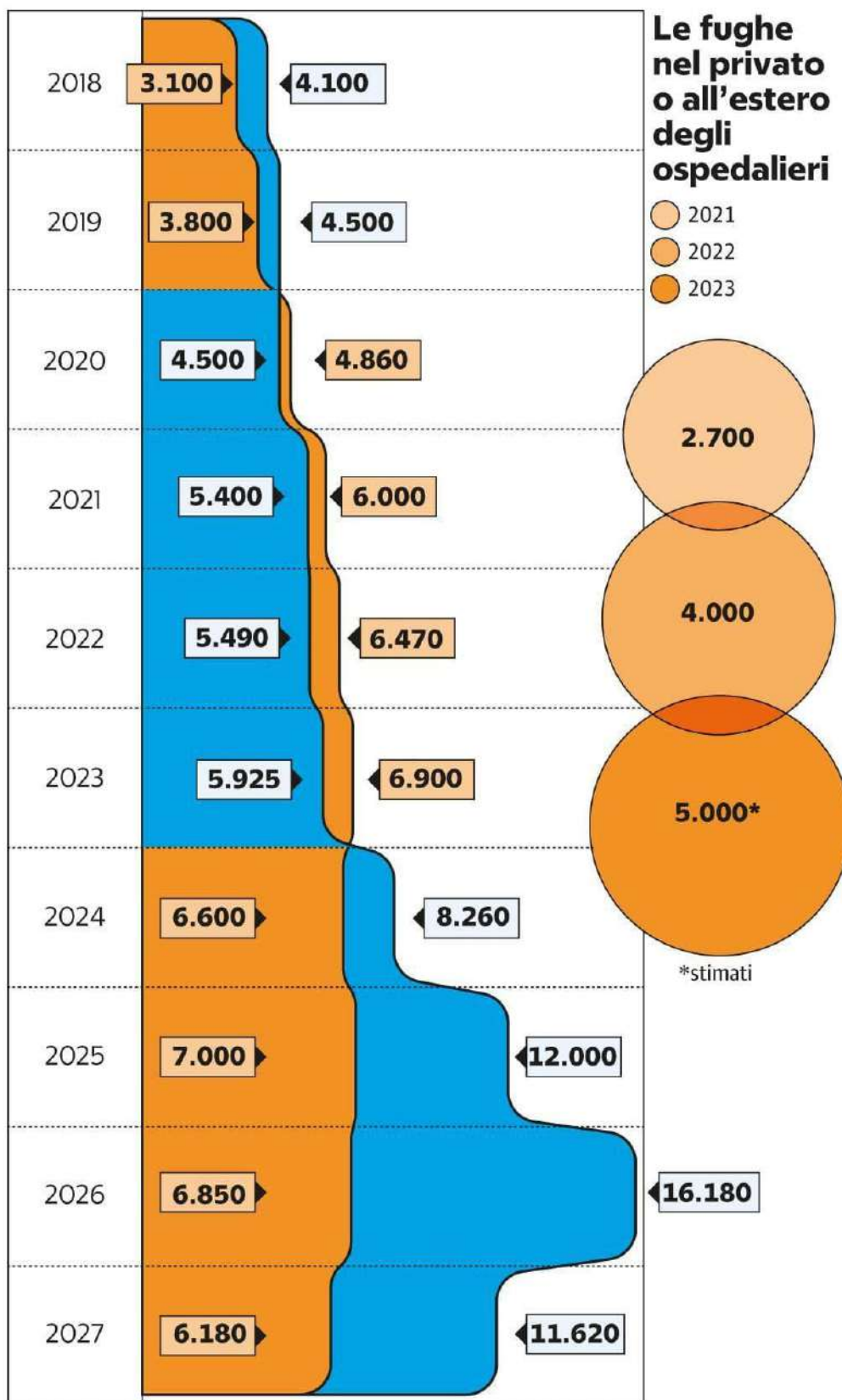
<https://www.facebook.com/SIAARTI/>



# I NUMERI DELL'EMERGENZA

**MEDICI  
OSPEDALIERI**

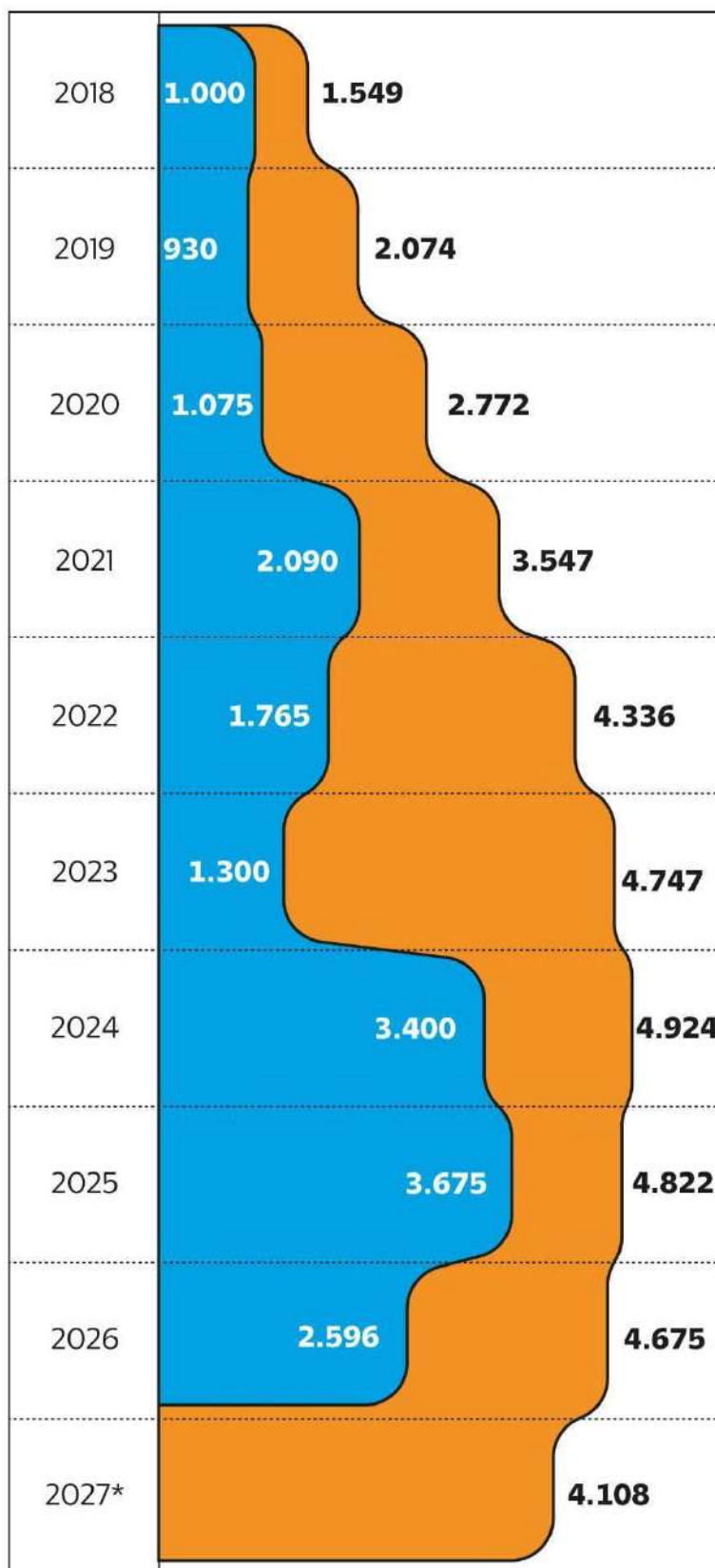
- Pensionati
- Specializzati



FONTE: ELABORAZIONI ANAAG, AGENAS, FIMMG E SUMAI

**MEDICI DI FAMIGLIA  
E PEDIATRI DI LIBERA  
SCELTA**

- Pensionati
- Borse (escluso il dato dei pediatri)



\*numero delle borse ancora da definire

## **Pochi medici, turni pesanti e ricoveri impossibili: l'inferno dei pronto soccorso**

**Michele Bocci**

*I reparti di emergenza vivono la crisi più dura della sanità italiana. E intanto gli specializzandi scappano*

*La crisi è nerissima e va avanti ormai da anni. I pronto soccorso italiani sono in affanno e via via che il numero dei medici scende, come un cane che si morde la coda, sempre meno professionisti vogliono lavorare nell'emergenza. E per chi resta è sempre più dura. Ma sono tanti i fattori che hanno fatto peggiorare le condizioni di questi reparti, che spesso si trovano in difficoltà, come racconta la storia di Tor Vergata a Roma.*

### **Orari pesanti e niente attività privata**

*Chi lavora al pronto soccorso deve sopportare **turni** pesanti, con molte **notti** al mese e anche weekend. In altri reparti i turni sono più agevoli. Poi c'è un problema economico. Lo stipendio è considerato troppo basso anche dallo stesso ministro alla Salute, Orazio Schillaci, che ha promesso aumenti. La paga è la stessa degli altri medici pubblici, ma chi lavora al pronto soccorso, come chi esercita altre specialità, non fa praticamente mai attività privata, che permette a tanti professionisti di arrotondare.*

### **Quei 5mila medici in meno**

*Secondo Simeu, la società scientifica dell'emergenza, mancano oggi circa 5.000 medici nei pronto soccorso. E la situazione non sembra destinata a sbloccarsi a breve. Basta vedere le scuole di **specializzazione**. Proprio le condizioni di lavoro difficili spingono i giovani medici verso altre attività. E quest'anno il 70% delle borse di studio in medicina di urgenza sono andate deserte. Nel frattempo ci sono moltissimi medici assunti, circa 600 l'anno scorso, che lasciano. Si spostano magari nel privato, provano ad andare all'estero oppure partecipano ai bandi per i medici di famiglia o professionisti di altri reparti ospedalieri.*

### **Il caso turnisti**

*Le Regioni sono disponibili a fare di tutto per assumere ma ai concorsi si presentano sempre molti meno professionisti di quelli necessari. Qualcuno punta sui **turnisti**, cioè paga liberi professionisti anche 100 euro l'ora, cioè 1.200 euro per un turno di notte. Si tratta di una pratica che presto dovrà finire, visto che in un decreto di maggio si è previsto che debba concludersi entro un anno. Ma non sono da escludere proroghe, visto che in alcune Regioni il sistema si regge sui turnisti.*

### **Niente spazio nei reparti**

*Il lavoro è difficile anche perché il pronto soccorso è diventato un punto di riferimento per i cittadini, pure quelli che hanno problemi lievi, che si potrebbero risolvere altrove e cioè sul territorio. L'iper afflusso, anche di casi banali, rende il lavoro più difficile. Ma il presidente di Simeu Fabio De Iaco sottolinea un'altra criticità, che ha a che fare anche con quello che sta succedendo a Tor Vergata in questi giorni. Si tratta del cosiddetto "boarding".*

*Nei reparti di degenza spesso non si trova posto per chi ha bisogno del ricovero e quindi la persona interessata rimane parcheggiata anche molto a lungo nei corridoi o nelle stanze del pronto soccorso. E' questa la causa forse più importante del sovraffollamento, visto che i pazienti con problemi banali rappresentano un problema soprattutto per se stessi, visto che sono spesso costretti a una lunga attesa prima di essere visitati.*

[https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/12/news/pochi medici turni pesanti e ricoveri i  
mpossibili linferno dei pronto soccorso-417596418/?ref=RHVS-BG-I404180841-P11-S1-T1](https://www.repubblica.it/cronaca/2023/10/12/news/pochi_medici_turni_pesanti_e_ricoveri_impossibili_linferno_dei_pronto_soccorso-417596418/?ref=RHVS-BG-I404180841-P11-S1-T1)

## Allarme Specializzazioni mediche: non assegnato un contratto su 4. In Emergenza-Urgenza quasi il 70% è andato deserto

Anaaio Giovani, Als e Gmi: "Solo 11.688 candidati su 14.036 si sono visti assegnati uno dei 16.165 contratti di formazione (27,7%). Tutto ciò è frutto di una errata programmazione dei medici specialisti causata da una sbagliata suddivisione dei contratti a bando, con evidenti storture". Il dato più preoccupante riguarda la scuola di specializzazione d'emergenza-urgenza, in cui su 855 contratti stanziati sono risultati assegnati solo 266 (il 31%) con ben 4 senza alcuna assegnazione.

### 09 OTT -

È sempre più fuga dalle specializzazioni mediche. Dai dati raccolti dalle Associazioni, si evince che solo 11.688 candidati su 14.036 si sono visti assegnati uno dei 16.165 contratti di formazione (27,7%). Tutto ciò è frutto di una "errata programmazione dei medici specialisti causata da una sbagliata suddivisione dei contratti a bando, con evidenti storture che hanno portato a diminuire i contratti in quelle scuole che lo scorso anno erano state pienamente coperte e viceversa aumentati in quelle scuole con già poche assegnazioni".

La situazione è molto compromessa: 1 contratto statale su 4 non è stato assegnato (24,5%), così come la maggioranza dei contratti regionali (51,3%), la stragrande maggioranza dei contratti Ssn (78,1%).

### Entità contratti stanziati, assegnati e non assegnati, al concorso di specializzazione 2023

	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%
Contratti Statali	14579	11012	3567	24,5%
Contratti Regionali	1080	526	554	51,3%
Contratti "altri enti"	45	32	21	46,7%
Contratti Min. Difesa	36	36	0	0,0%
Contratti SSN	425	93	332	78,1%
	<b>16165</b>	<b>11688</b>	<b>4477</b>	<b>27,7%</b>

Il dato più preoccupante riguarda la scuola di specializzazione d'emergenza-urgenza, in cui su 855 contratti stanziati sono risultati assegnati solo 266 (il 31%) con ben 4 senza alcuna assegnazione (tra cui La Sapienza di Roma – Umberto I e Milano San Raffaele), una ulteriore flessione rispetto agli scorsi anni che certifica ufficialmente "l'estinzione" della figura dello specialista in medicina d'emergenza con l'avanzata della figura del medico gettonista che corrisponde irrimediabilmente a una diminuzione della qualità erogata in un ambito delicato come quello dei Pronto Soccorso oltre a costi esorbitanti per i contribuenti.

### Suddivisione dei contratti di Medicina d'Emergenza stanziati, assegnati e non assegnati al concorso di specializzazione 2023

Università sede della Scuola MEU	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%	Università sede della Scuola MEU	Contratti Stanziati	Contratti Assegnati	Contratti Non assegnati	%
FOGGIA	6	0	6	100%	INSUBRIA	13	3	10	77%
L'AQUILA	11	0	11	100%	PERUGIA	13	3	10	77%
ROMA SAPIENZA F-M/M-O	18	0	18	100%	BRESCIA	16	5	11	69%
MILANO SAN RAFFAELE	15	0	15	100%	MARCHE	17	6	11	65%
UDINE	21	1	20	95%	PADOVA	75	28	47	63%
SIENA	31	2	29	94%	PISA	25	10	15	60%
CHIETI-PESCARA	12	1	11	92%	FERRARA	22	9	13	59%
VERONA	55	6	49	89%	MILANO	49	21	28	57%
PIEMONTE ORIENTALE	18	2	16	89%	MILANO-BICOCCA	22	11	11	50%
ROMA CAMPUS	7	1	6	86%	SASSARI	12	6	6	50%
GENOVA	27	4	23	85%	MODENA REGGIO EMILIA	23	13	10	43%
PARMA	23	4	19	83%	TORINO	36	23	13	36%
NAPOLI VANVITELLI	28	5	23	82%	ROMA CATTOLICA	20	16	4	20%
FIRENZE	43	8	35	81%	CATANIA	15	13	2	13%
NAPOLI FEDERICO II	21	4	17	81%	BOLOGNA	23	23	0	0%
MILANO HUMANITAS	20	4	16	80%	PALERMO	7	7	0	0%
TRIESTE	25	5	20	80%	ROMA TOR VERGATA	4	4	0	0%
ROMA SAPIENZA M-P	24	5	19	79%					
BARI	27	6	21	78%	<b>TOTALE</b>	<b>855</b>	<b>266</b>	<b>589</b>	<b>69%</b>
PAVIA	31	7	24	77%					

Un terzo ulteriore drammatico dato riguarda l'entità delle scuole che non hanno nemmeno uno specializzando assegnato; parliamo di scuole che sono letteralmente "deserte" e sono ben 103, oltre a 127 ulteriori scuole con meno del 25% di specializzandi assegnati. "È mortificante constatare che ben 44 scuole di Anatomia patologica, Patologia



clinica e Microbiologia saranno senza nessun medico specializzando, certificando il depauperamento di figure professionali che sono state protagoniste durante la pandemia Covid. È infine interessante notare che questa scellerata suddivisione dei contratti a bando abbia portato al capolavoro di avere scuole di specializzazione deserte anche in Università notoriamente definite "ambite" come Milano San Raffaele (4 scuole), Humanitas sempre di Milano (2 scuole) oppure Campus Biomedico di Roma (4 scuole) e infine la Cattolica di Roma (4 scuole)", spiegano.

Scuole di specializzazione che durante le assegnazioni 2023 non hanno avuto nessuna assegnazione					
Anatomia patologica	CHIETI PESCARA	Medicina d'emergenza urgenza	ROMA La Sapienza F/M/M/O	Microbiologia e virologia	ROMA La Sapienza F/M/M/O
Anatomia patologica	FOGGIA	Medicina d'emergenza urgenza	S. Raffaele MILANO	Microbiologia e virologia	S. Raffaele MILANO
Anatomia patologica	INSUBRIA	Medicina di comunità e	Cattolica del Sacro Cuore	Microbiologia e virologia	TORINO
Anatomia patologica	PIEMONTE ORIENTALE	Medicina di comunità	VERONA	Microbiologia e virologia	TRIESTE
Anatomia patologica	ROMA "Tor Vergata"	Medicina e Cure Palliative	CAMPANIA "L. Vanvitelli"	Microbiologia e virologia	VERONA
Anatomia patologica	S. Raffaele MILANO	Medicina e Cure Palliative	Cattolica del Sacro Cuore	Patologia e Biochimica Clinica	BRESCIA
Audiologia e foniatria	PADOVA	Medicina e Cure Palliative	CHIETI PESCARA	Patologia e Biochimica Clinica	CAMPANIA "L. Vanvitelli"
Chirurgia Generale	MOLISE	Medicina e Cure Palliative	FOGGIA	Patologia e Biochimica Clinica	Cattolica del Sacro Cuore
Chirurgia Generale	SIENA	Medicina e Cure Palliative	L'AQUILA	Patologia e Biochimica Clinica	FERRARA
Chirurgia Toracica	PERUGIA	Medicina e Cure Palliative	ROMA "Campus Bio Medico"	Patologia e Biochimica Clinica	FOGGIA
Chirurgia Toracica	ROMA "Tor Vergata"	Medicina e Cure Palliative	ROMA "Tor Vergata"	Patologia e Biochimica Clinica	INSUBRIA
Chirurgia Toracica	SIENA	Medicina interna	UDINE	Patologia e Biochimica Clinica	MILANO
Farmacologia e Tossicologia	CAMPANIA "L. Vanvitelli"	Medicina nucleare	MILANO	Patologia e Biochimica Clinica	MILANO BICOCCA
Farmacologia e Tossicologia	ARENZE	Medicina nucleare	MILANO Humanitas	Patologia e Biochimica Clinica	MODENA e REGGIO EMILIA
Farmacologia e Tossicologia	INSUBRIA	Medicina nucleare	MILANO BICOCCA	Patologia e Biochimica Clinica	NAPOLI "Federico II"
Farmacologia e Tossicologia	MESSINA	Medicina nucleare	Politecnica delle MARCHE	Patologia e Biochimica Clinica	PARMA
Farmacologia e Tossicologia	NAPOLI "Federico II"	Medicina nucleare	ROMA "Tor Vergata"	Patologia e Biochimica Clinica	PIEMONTE ORIENTALE
Farmacologia e Tossicologia	PERUGIA	Medicina nucleare	SASSARI	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA "Campus Bio Medico"
Farmacologia e Tossicologia	PISA	Microbiologia e virologia	BRESCIA	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA "Tor Vergata"
Farmacologia e Tossicologia	Politecnica delle MARCHE	Microbiologia e virologia	CAMPANIA "L. Vanvitelli"	Patologia e Biochimica Clinica	ROMA La Sapienza F/M/M/O
Farmacologia e Tossicologia	ROMA "Campus Bio Medico"	Microbiologia e virologia	CATANZARO	Patologia e Biochimica Clinica	S. Raffaele MILANO
Genetica medica	CAMPANIA "L. Vanvitelli"	Microbiologia e virologia	FOGGIA	Patologia e Biochimica Clinica	SIENA
Genetica medica	CATANZARO	Microbiologia e virologia	GENOVA	Radioterapia	BRESCIA
Genetica medica	CHIETI PESCARA	Microbiologia e virologia	INSUBRIA	Radioterapia	Cattolica del Sacro Cuore
Genetica medica	NAPOLI "Federico II"	Microbiologia e virologia	MILANO	Radioterapia	FOGGIA
Genetica medica	PIEMONTE ORIENTALE	Microbiologia e virologia	MILANO Humanitas	Radioterapia	PAVIA
Genetica medica	SIENA	Microbiologia e virologia	MOLISE	Radioterapia	PERUGIA
Geriatra	Politecnica delle MARCHE	Microbiologia e virologia	NAPOLI "Federico II"	Radioterapia	PIEMONTE ORIENTALE
Geriatra	SASSARI	Microbiologia e virologia	PADOVA	Radioterapia	ROMA "Campus Bio Medico"
Malattie Infettive e Tropicali	FOGGIA	Microbiologia e virologia	PARMA	Radioterapia	SIENA
Malattie Infettive e Tropicali	INSUBRIA	Microbiologia e virologia	PAVIA	Statistica sanitaria e Biometria	BARI
Malattie Infettive e Tropicali	SASSARI	Microbiologia e virologia	PERUGIA	Statistica sanitaria e Biometria	FIRENZE
Medicina d'emergenza urgenza	FOGGIA	Microbiologia e virologia	ROMA "Campus Bio Medico"	Statistica sanitaria e Biometria	PAVIA
Medicina d'emergenza urgenza	L'AQUILA	Microbiologia e virologia	ROMA "Tor Vergata"	Statistica sanitaria e Biometria	PIEMONTE ORIENTALE
				Urologia	SASSARI

"Una Caporetto, anche questa da noi ampiamente preventivata nelle scorse settimane, poiché il semplice aumento dei contratti stanziati in medicina d'emergenza, associata ad un aumento globale dei contratti ed in assenza di una riforma della formazione medica, avrebbe non solo non risolto il problema della carenza di specializzandi d'emergenza ma l'avrebbe addirittura peggiorata dandole il colpo di grazia, in un contesto concorsuale mal gestito e con controlli poco adeguati in cui vi sono già diversi casi di concorrenti iscritti a una specializzazione che si sono visti assegnare i punteggi curriculari, concorrenti che hanno dichiarato requisiti per accedere a contratti finanziati da più regioni e concorrenti che hanno erroneamente auto-dichiarato essere portatori di handicap, certificando pertanto una graduatoria falsata che ci auguriamo non sia oggetto di ricorsi con ulteriori ritardi e disservizi".

"In questa evidente gestione errata del Ministero dell'Università, chiediamo un incontro ad horas non solo con i funzionari del Miur e dell'Osservatorio Nazionale della Formazione, come avvenuto nelle scorse settimane, ma anche e soprattutto in presenza dei funzionari del Ministero della Salute e della Fnomceo per evitare di trovarci nelle prossime tre settimane ad un aggravamento di questa situazione già compromessa", scrivono Anaao Giovani, Als e Gmi.

Le associazioni scriventi chiedono nuovamente e con maggiore forza ciò che è stato "urlato da centinaia di giovani medici nella manifestazione del 25 settembre davanti al Miur: la proroga della presa di servizio al 1 dicembre di tutti i neo specializzandi, l'aumento a 5 degli scaglioni straordinari prima della presa di servizio (aumento promesso e non verificatosi) e soprattutto l'integrazione di rappresentanti dei medici in formazione nel tavolo di riforma già istituito e composto ad oggi solo di accademici. La risoluzione del problema NON è aumentare gli ingressi a medicina o peggio ancora abolire il numero chiuso: l'unico modo è riformare il sistema della formazione medica, ferma al 1999, che ha oggettivamente fallito essendo governata da migliaia di Direttori di scuola che non intendono rispettare le più semplici regole e norme, prime tra tutte l'utilizzo della rete formativa che esistono solo su carta e con specializzandi "ammassati" in poche strutture universitarie, in rapporto medici in formazione: letti anche di 10:1 svolgendo mansioni ripetitive, demansionanti e soprattutto poco formative".

Dopo la manifestazione davanti al Mur, "siamo pronti a manifestare nuovamente in contemporanea in diverse città italiane per dimostrare al mondo politico, accademico e civile che una intera generazione di giovani medici è stanca di assistere al dibattito surreale dell'abolizione del numero chiuso, dell'istituzione di fantomatiche nuove specializzazioni come 'la chirurgia dei microchip', e soprattutto non può più tollerare la strenua e coriacea difesa dello status quo da parte del mondo universitario che intende ancora tenerci inquadriati come studenti con molti doveri e pochi diritti invece che come professionisti qualificati che si specializzano, al pari dei loro colleghi europei, con un contratto di formazione



lavoro.

La manifestazione del 25 settembre, corredata di una sottoscrizione che ha raggiunto oltre le 5000 firme, ha dimostrato anche a noi stessi che uniti possiamo riuscire a risolvere le ben note problematiche in merito al mancato rispetto della nostra dignità retributiva, formativa e lavorativa. Siamo pronti anche a organizzare il primo sciopero generale degli specializzandi, dimostrando che se tutti i medici in formazione specialistica incrociassero le braccia anche solo per 3 giorni migliaia di reparti universitari andrebbero in tilt e tutti i policlinici universitari andrebbero al collasso, dimostrando che la nostra categoria è una delle colonne portanti del Ssn poiché quotidianamente e contrariamente alla legge siamo costretti a fungere da tappabuchi sostituendo il personale universitario di ruolo", concludono.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117341](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117341)

**quotidianosanita.it**

## **I soldi non comprano l'abbattimento delle liste di attesa**

**Claudio Maria Maffei**

**18 OTT -**

Gentile direttore,

la campagna per l'abbattimento delle liste di attesa sono spesso per la politica una campagna destinata a sicuro insuccesso. Chi entra in politica senza sapere niente di sanità e si trova per caso a governarla (questo è ad esempio il caso della Presidente Meloni) trova subito nelle liste di attesa un bersaglio cui dare enfasi nella convinzione (peraltro giustificata) che sia un tema su cui ci si gioca buona parte dei consensi, che sono la cosa cui gran parte della politica attribuisce più importanza.

E così il mantra della coalizione di governo secondo cui non è vero che nella manovra non ci sono risorse per la sanità si è trasformato nella affermazione fatta dalla Presidente Meloni secondo cui, [come abbiamo letto due giorni fa qui su Qs](#), "Sulla sanità ci sono 3 mld in più rispetto a quanto previsto e sono tutti destinati ad una priorità: l'abbattimento delle liste d'attesa ed è una priorità che intendiamo perseguire con due misure: rinnovo del contratto comparto (2,3 mld) e detassazione straordinari e dei premi risultato legati all'obiettivo per abbattere liste d'attesa".

[Pierino Di Silverio](#), come rappresentante autorevole della Anaa Assomed, ha subito commentato questa affermazione da un punto di vista sindacale ricordando come lasci perplessi il fatto che "per accorciare i tempi di attesa, la cui lunghezza ha cause strutturali, si pensa di chiedere più ore a un personale stremato da una carenza di organico drammatica e un peggioramento senza precedenti delle condizioni lavorative".

Altrettante se non maggiori perplessità nascono quando si valutano le affermazioni della Presidente e della maggioranza sulle liste di attesa da un punto di vista tecnico.

Provo allora a fare qualche considerazione anche io sul fenomeno delle liste di attesa, avendo ricordato subito che si tratta di un tema che affligge tutto il Servizio Sanitario Nazionale, ma che si presenta con caratteristiche molto diverse tra le varie Regioni e Province, come si ricava facilmente [dal Portale Statistico dell'Agenas](#) che alle liste di attesa dedica diverse elaborazioni sia su quelle ambulatoriali che su quelle relative agli interventi chirurgici.

Anticipo subito che questo breve intervento ha come unico obiettivo quello di richiamare l'attenzione sulla necessità di non ridurre il problema delle liste di attesa a un mero problema economico e di volumi di produzione.

Innanzitutto forse varrebbe la pena quando si parla di tempi di attesa di specificare della attesa "di che cosa" si parla. Di solito la si fa coincidere con quelli delle prestazioni ambulatoriali, ma ci sono anche quelli per i ricoveri specie di area chirurgica e soprattutto ci sono quelli mai presi in considerazione delle prestazioni residenziali che influiscono nella vita delle famiglie non meno degli altri.

Già nel 2012 qui su Qs [la CGIL aveva segnalato](#) che "I tempi di attesa per l'accesso presso una struttura residenziale o semiresidenziali sono lunghi. Per quelle rivolte agli utenti non autosufficienti questi possono raggiungere di media anche dai 90 ai 180 giorni. Solo nel Lazio le liste di attesa arrivano fino ad 11 mesi." La situazione nel frattempo è probabilmente peggiorata, ma il fenomeno non è monitorato il che non lo rende meno pesante per le famiglie.

Una seconda considerazione riguarda la carenza di informazioni disponibili per il cittadino e quindi anche per i decisori sulla effettiva durata delle liste di attesa a livello regionale e di singola Azienda/area. Qui si sconta la grande disomogeneità nei sistemi di reporting regionali sulle liste di attesa.

Se la Regione Emilia-Romagna ha un [sito dedicato](#) a tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, nella Regione Marche non esiste nulla di simile. Purtroppo le stesse elaborazioni dell'Agenas sono tardive e sono afflitte da importanti problemi di comparabilità dei dati a causa della diversa qualità dei flussi regionali. Stupisce come un problema così coperto dalle intenzioni e dalle promesse come quello delle liste di attesa sia così scoperto come dati ed analisi.

Una terza considerazione riguarda il rapporto tra scelte programmatiche e liste di attesa. Un sistema dell'offerta tendenzialmente sbilanciato verso una dispersione delle strutture ospedaliere ha come suo inevitabile effetto come quello di disperdere anche le risorse umane impegnandone una grande quantità nei sistemi ospedalieri di continuità assistenziale che riducono in modo consistente quelle disponibili per l'attività programmata sia ambulatoriale che chirurgica.

Non è certo un caso che le Marche che hanno una rete ospedaliera ridondante che eccede di molto i parametri del DM 70 si ritrovi con gravi problemi di liste di attesa per le prestazioni programmate in area cardiologica (dalle visite ed ECG fino alle coronarografie e angioplastiche) nonostante le 14 Cardiologie, le 12 UTIC e le 5 emodinamiche (in predicato di diventare sei) in una Regione di un milione e mezzo di abitanti.

Una quarta considerazione riguarda il rapporto tra modelli organizzativi nel territorio e in ospedale e tempi di attesa. Per quanto riguarda il territorio l'enorme appesantimento burocratico del lavoro dei medici di medicina generale ne riduce drammaticamente il "tempo clinico" il che inevitabilmente si traduce nel rischio dell'eccessivo ricorso al livello specialistico.

Ha scritto benissimo qualche mese fa qui su Qs [Ornella Mancin](#) "E' tempo di invertire la rotta: la medicina del territorio ha bisogno di essere sgravata della burocrazia e di essere meno amministrata; il medico di famiglia deve per poter dedicare il massimo del proprio tempo e delle proprie competenze alla cura delle persone, alla visita medica, al ragionamento clinico, alla diagnosi e alla terapia e deve poter farlo in scienza e coscienza".

Le novità introdotte dal Pnrr dovrebbero contribuire a portare a questa inversione di rotta, ma anche qui non basteranno i soldi perché oltre ai muri (Case della Comunità) e al personale (Infermieri di famiglia o di comunità) bisognerà intervenire sui fattori culturali (il lavoro interprofessionale ad esempio) e quindi organizzativi.

Ma lo stesso vale anche per il livello specialistico che dovrebbe puntare molto più sulla presa in carico multi specialistica che non sulla produzione spinta di singole prestazioni frammentate.

Una quinta e ultima considerazione (mi e vi risparmio le molte altre considerazioni possibili) riguarda il rapporto tra attività specialistica privata e liste di attesa. Più le liste di attesa si allungano e più cresce il ricorso al privato, ma questo ricorso tende ad allungare ulteriormente le liste di attesa perché per sua natura la prestazione erogata in regime privato tende a favorire la moltiplicazione delle prestazioni per due motivi: la tendenza a favorire la fidelizzazione di quello che è di fatto un cliente e la deresponsabilizzazione che la prescrizione comporta tanto è il medico di medicina generale a farla. Insomma, anche quando si parla di liste di attesa non è coi soldi si faccia tutto. Se poi sono pochi...

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117610](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117610)

**quotidianosanita.it**

## **Medici gettonisti. La Lombardia spende oltre 27 mln all'anno, 3,5 mln solo a Bergamo**

*I dati della direzione generale Welfare della Regione resi noti dal PD. Casati: "L'esternalizzazione sia una pratica emergenziale, non sostenibile nel lungo termine. Bisogna agire sulle modalità di reclutamento dei medici, rendendo in primis più attrattiva la professione, anche dal punto di vista economico". E il tema, sottolinea il Pd Lombardia, riguarda anche infermieri e Oss.*

**05 OTT** - Tanti, troppi turni 'scoperti' nei reparti di emergenza degli ospedali lombardi e le ASST locali sono costrette a ricorrere ai medici gettonisti, ovvero professionisti 'a chiamata' che vengono pagati a singola prestazione. Risultato: una spesa che grava per oltre 27 milioni annui sui conti di Regione Lombardia.

I dati arrivano dalla direzione generale Welfare della Regione. A renderli noti è il Gruppo consiliare PD, che ne aveva fatto richiesta per comprendere meglio l'entità del fenomeno. La fotografia che emerge, commenta il Pd in una nota, è di "una situazione critica, all'interno della quale il picco di spesa si registra proprio a Bergamo".

**A livello lombardo, infatti, l'Asst con più ore esternalizzate è la Bergamo Est con 3.185.446 euro di costi (di cui 2.633.980 di euro per il reparto di anestesia e 551.466 euro per il reparto di pronto soccorso). A seguire l'Asst di Mantova e l'Asst Valle Olona. L'Asst Papa Giovanni XXIII ha rendicontato invece 402.928 euro.**

**"È evidente che** l'esternalizzazione sia una pratica emergenziale e come tale non sostenibile a lungo termine - dichiara il consigliere Dem **Davide Casati** - ; non c'è altra soluzione se non quella di agire sulle modalità di reclutamento dei medici, rendendo in primis più attrattiva la professione, anche dal punto di vista economico. Perché oltretutto non è accettabile che un medico in organico all'azienda sanitaria abbia uno stipendio mensile

pari a quello che un gettonista, ingaggiato per le stesse mansioni, guadagna in pochi turni, visto che per questi ultimi il compenso lordo per un solo turno arriva talvolta a 1200/1300 euro".

**Medici ma non solo, sottolinea infine il Pd Lombardia**, ricordando come anche infermieri e Oss sono spesso reclutati attraverso cooperative esterne. "Anche in questo caso - aggiunge Casati- paghiamo a caro prezzo la mancanza di programmazione a livello regionale e nazionale. Regione Lombardia da parte sua deve agire al più presto sulla formazione, tornando a finanziare i corsi per ASA e OSS che oggi sono a carico degli iscritti, in modo da aumentare a stretto giro l'offerta di professionisti".

[https://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo\\_id=117241](https://www.quotidianosanita.it/lombardia/articolo.php?articolo_id=117241)

**quotidianosanita.it**

## **Medicina interna. "Il sistema è ormai tutto da rivedere"**

*Il 70% delle medicine interne gestisce pazienti complessi. Una complessità che andrebbe declinata in attività concrete che rimangono al palo perché ancorate ad un decreto ministeriale dell'88. Mentre quelle 'non a elevata complessità' vanno rimodulate per dare risposte migliori al bisogno di cura dei pazienti. La Società Italiana di Medicina Interna chiede che vengano affrontate le criticità del settore a partire dalla carenza di medici*

**18 OTT -**

*Sono circa mille i reparti di medicina interna, distribuiti all'interno di 995 strutture ospedaliere italiane, che gestiscono circa 30mila posti letto (su un totale di 220 mila posti letto ospedalieri). Il 13% di tutti i ricoveri di tutte le specialità mediche e chirurgiche e con un carico di lavoro che aumenta nel periodo estivo di circa il 35%. Una parte di questi reparti, circa 30%, si trova in ospedali generalisti a bassa intensità o in zone 'disagiate', che spesso riferiscono i pazienti più complessi a strutture di secondo livello, secondo un modello spoke and hub.*

*Medicine interne 'non a elevata complessità' che vanno rimodulate per dare risposte migliori al bisogno di cura dei pazienti. Il 70% delle medicine interne italiane si trova invece all'interno di strutture ospedaliere di elevato livello, dove si gestiscono pazienti complessi.*

*Una complessità che andrebbe declinata in attività concrete che rimangono al palo perché ancorate ad un decreto di 35 anni fa (decreto ministeriale Donat Cattin sugli standard ospedalieri del 13/08/1988) che, nella tabella che indica la complessità dei reparti, pone la medicina interna tra quelle a bassa specialità*

*Questi i messaggi lanciati dalla **Società Italiana di Medicina Interna** Simi alla vigilia del 124° Congresso nazionale a Rimini.*

*"Nelle medicine interne gestiamo pazienti complessi – spiega **Gerardo Mancuso**, vice-presidente della Società Italiana di Medicina Interna, Simi e presidente eletto – con più patologie. E il loro elevato indice di complessità è testimoniato da un peso medio del DRG molto alto; oggi il peso medio del DRG per quasi tutti i pazienti ricoverati in medicina supera l'1,1 e la gran parte delle strutture internistiche genera pesi di 1,3. Per fare un raffronto, reparti considerati ad alta complessità come le UTIC (unità di terapia intensiva coronariche) hanno un DRG di 1,2, spesso inferiore dunque a quello dei pazienti internistici".*

### **Quelle leggi da rivedere perché penalizzanti per la medicina interna 3.0.**

*"Ma questa complessità – prosegue il professor Mancuso – andrebbe declinata in attività concrete. E invece, rimaniamo ancorati ad un decreto di 35 anni fa (decreto ministeriale Donat Cattin sugli standard ospedalieri del 13/08/1988) che, nella tabella che indica la complessità dei reparti, pone la medicina interna tra quelle a bassa specialità".*

*Ma questo non è più così, le cose sono cambiate. "Chiediamo dunque la revisione di questa tabella – afferma Mancuso – perché ha ricadute anche sulle piante organiche dei sanitari (medici, infermieri, OS), che vengono definite in funzione di questa tabella".*

### **Istituzionalizzare l'attività subintensiva internistica.**

*Con oltre il 70% dei pazienti Covid in Italia assistiti in medicina interna, la pandemia da Covid-19 ha messo decisamente sotto gli occhi di tutti che il servizio sanitario ha necessità di organizzare anche una assistenza di tipo sub-intensiva. Questa viene svolta quotidianamente nelle medicine interne ad alta intensità, ma con carenze di organico e di dotazioni.*

“La nostra proposta – afferma il professor Mancuso – è di istituire delle unità di subintensiva internistica, alla stessa stregua di quelle esistenti in cardiologia o in pneumologia. Attualmente queste unità di subintensiva internistica sono presenti in meno del 10% dei reparti di medicina interna italiani, ma sono strategiche perché rispondono al bisogno di assistenza dei pazienti più complessi che, nei nostri reparti, vediamo con sempre maggiore frequenza e che hanno bisogno di monitoraggio e di strumenti adeguati. Abbiamo dunque proposto di istituzionalizzare delle unità di subintensiva in quel 70% dei reparti di medicina interna in Italia che gestiscono i pazienti più complessi. Anche questa proposta era stata accolta favorevolmente dal Ministero, poi si è tutto arenato perché anche questo provvedimento è legato alla revisione del DM 70/2015”.

**La nuova vocazione dei reparti di medicina interna ad alta e bassa intensità.** “I reparti di medicina interna a bassa intensità – sostiene poi Mancuso – hanno una necessità di revisione del loro ruolo. Quelli che si trovano in zone disagiate devono rimanere attivi, potenziando magari il pronto soccorso di questi ospedali. Ma molte Regioni hanno chiuso molti di questi reparti a bassa intensità e li hanno riconvertiti in lungodegenze. Al contrario, i reparti di medicina interna ad elevata intensità di cura vanno invece potenziati attraverso la revisione della legge Donat Cattin e attraverso la revisione della rete ospedaliera italiana e l’inserimento della subintensiva internistica. Questo consentirebbe di fare un passo in avanti nell’assistenza e di avvicinarci a quanto già avviene nei Paesi del nord Europa e anglosassoni”.

#### **Piante organiche.**

Il piatto della medicina interna piange anche rispetto al numero degli specialisti. E se al Nord la carenza è del 10%, al Sud arriva e supera il 20%. Colpa anche dei tagli delle piante organiche degli ultimi anni. “È una situazione difficilmente sostenibile – afferma il professor Mancuso – perché le attività e la loro qualità sono in funzione del numero delle persone. A risentirne ad esempio può essere l’attività ambulatoriale, se il personale deve essere dedicato alle attività di assistenza ai pazienti ricoverati e questo va a gravare sulle liste d’attesa, che non potranno mai essere abbattute se non c’è personale sufficiente da dedicare all’attività ambulatoriale. Anche questo riporta alla necessità di revisione della legge Donat Cattin che è quella che individua il numero di personale da assegnare ad ogni unità operativa”. Negli ospedali italiani mancano 30.000 medici di cui il 7% di Medicina Interna e questo mette in difficoltà l’organizzazione del lavoro e l’erogazione dei servizi di assistenza sanitaria”.

“Lo ‘Specialista Internista’ – commenta il professor **Giorgio Sesti**, presidente della Società di Medicina Interna – in quanto specialista dei pazienti complessi è il primo e ideale interlocutore del medico di medicina generale, sia nella fase diagnostica e gestionale di quadri complessi, sia nel coordinamento dei diversi specialisti d’organo coinvolti nel piano di cura dei pazienti. L’uso della Telemedicina e del Teleconsulto potrebbe consentire l’invio dei pazienti complessi verso percorsi ospedalieri ambulatoriali/Day Hospital/PAC evitando ricoveri inappropriati e sovraffollamento degli Ospedali”.

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117603](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117603)

**quotidianosanita.it**

## **Il paradosso dei gettonisti: lavorare meno per guadagnare di più**

**Adolfo Pagnanelli**

**18 OTT -**

Gentile Direttore,

il beneficio della flat tax, aliquota fissa del 15% fino ad un reddito di 85.000 euro, sta provocando disastri in sanità ed in particolare nei Pronto Soccorso che più di tutti ricorrono a Medici che hanno scelto questa modalità di lavoro. In pratica su una retribuzione di €85.000 per questi Colleghi il reddito, al netto delle tasse, è di € 72.250, mentre con le normali aliquote la stessa cifra è raggiunta con un reddito lordo di € 113.820!

	Normale Tassazione		Flat Tax 15%		differenza
RETRIBUZIONE LORDA	aliquota	€	aliquota	€	
0-28.000	23	6.440	15	4.200	-2.240
28-50.000	35	7.700	15	3.300	-4.400
50-85.000	43	15.050	15	5.250	-9.800
Totale IRPEF		29.190		12.750	-16.440

**RETRIBUZIONE  
NETTO IRPEF**

**AL**

**55.810**

**72.250**

**16.440**

*Quindi calcolando una retribuzione media oraria di 85 euro, il gettonista guadagna con 1000 ore di lavoro quanto un Medico con normale tassazione guadagna con 1340 ore di lavoro. Venendo meno i benefici della Flat Tax al superamento di questa soglia, quando un dipendente, e sono ogni giorno di più, ci lascia per dedicarsi a questa modalità lavorativa in pratica "sottrae" al sistema di emergenza il 30% dell'orario: un buon modo anche per alimentare il fabbisogno di gettonisti!*

*Immagino che la Flat Tax sia stata pensata per favorire l'avvio di nuove attività, non per dare un contributo significativo a sfasciare il sistema dei Pronto Soccorso! Non è possibile escludere la nostra categoria da questi benefici?*

*E' deprimente vedere come ad ogni livello delle istituzioni e della politica manchino impegno ed ingegno per salvare il nostro Sistema di Emergenza, pur se qualche soluzione almeno parziale sarebbe realistica, praticabile ed efficace anche per rendere più appetibile il nostro lavoro che vedo bistrattato, anche da alcuni incauti colleghi di Pronto Soccorso, ben oltre il giustificato.*

*Provo brevemente a riassumere qualche proposta prendendola dal dibattito tra professionisti senza soffermarmi sul tema importante, ma forse non decisivo, degli aspetti economici:*

*-ridurre l'orario di lavoro con ferie aggiuntive o più banalmente rendendo obbligatorio usufruire delle 4 ore settimanali dedicate alla formazione: avremmo Medici più bravi e meno stanchi;*

*-reinserire questa attività tra quelle considerate usuranti;*

*-prevedere che a 50-55 anni a chi ha lavorato in Pronto Soccorso per un periodo congruo, sia reso possibile il passaggio nelle fila dei MMG: chi ha più expertise per svolgere questa attività in particolare nelle diverse articolazioni proposte nel PNRR anche con l'obiettivo di ridurre proprio l'accesso alle strutture di emergenza?*

*- consentire a chi già lavora in Pronto Soccorso senza essere specialista di iscriversi alla specializzazione continuando a lavorare. Una soluzione simile a quella attuata per i MMG che dal primo anno di corso possono acquisire assistiti;*

*-considerare la specificità del Pronto Soccorso nell'applicazione della Legge Gelli, per ridurre il fenomeno della cosiddetta "Medicina Difensiva", dove il Medico rischia di essere più attento al Giudice che incombe rispetto al paziente che gli sta davanti, che causa maggiori costi per il sistema e sicuramente non comporta nessun beneficio per i pazienti.*

*L'impressione è che si prendano decisioni in assenza di valutazioni serie su efficacia e possibili effetti negativi.*

*Ad esempio di recente è stato deciso di concedere fondi per benefici economici destinati a chi lavora in Pronto Soccorso solo alle strutture pubbliche.*

*Pur se è discutibile distinguere tra chi lavora nelle medesime situazioni, comunque questa scelta potrebbe anche avere un senso, ma qualcuno ha pensato cosa comporta in realtà come Roma dove Accreditati e Classificati gestiscono il 40% degli accessi in Pronto Soccorso? Non credo, per questo dico più ingegno e maggior impegno.*

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117606](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117606)





# Decolonizzazione nelle case di cura per prevenire infezioni e ospedalizzazione

Loren G. Miller, James A. McKinnell, Raveena D. Singh, Gabrielle M. Gussin, Ken Kleinman, Raheeb Saavedra, Job Mendez, Tabitha D. Catuna, James Felix, Justin Chang, Lauren Heim, Ryan Franco et al.

## Astratto

### Sfondo

I residenti nelle case di cura sono ad alto rischio di infezione, ricovero ospedaliero e colonizzazione con organismi multiresistenti.

### Metodi

Abbiamo eseguito uno studio randomizzato in cluster sulla decolonizzazione universale rispetto al bagno di routine nelle case di cura. Lo studio prevedeva un periodo di riferimento di 18 mesi e un periodo di intervento di 18 mesi. La decolonizzazione prevedeva l'uso di clorexidina per tutti i bagni e le docce di routine e la somministrazione di iodio-povidone nasale due volte al giorno per i primi 5 giorni dopo il ricovero e poi due volte al giorno per 5 giorni a settimane alterne.

L'outcome primario era il trasferimento in ospedale a causa di un'infezione.

L'esito secondario era il trasferimento in ospedale per qualsiasi motivo. Per ciascun risultato è stata eseguita un'analisi delle differenze intenzionali (come assegnato) con l'uso di modelli misti lineari generalizzati per confrontare il periodo di intervento con il periodo di riferimento tra i gruppi di studio.

### Risultati

I dati sono stati ottenuti da 28 case di cura per un totale di 28.956 residenti. Tra i trasferimenti in ospedale nel gruppo sottoposto a cure di routine, il 62,2% (la media tra le strutture) era dovuto a infezione durante il periodo di riferimento e il 62,6% era dovuto a infezione durante il periodo di intervento (rapporto di rischio, 1,00; intervallo di confidenza al 95% [CI], da 0,96 a 1,04). I valori corrispondenti nel gruppo decolonizzato erano 62,9% e 52,2% (rapporto di rischio, 0,83; IC al 95%, da 0,79 a 0,88), per una differenza nel rapporto di rischio, rispetto alle cure di routine, del 16,6% (IC al 95%, 11,0 a 21,8;  $P < 0,001$ ).

Tra le dimissioni dalla casa di cura nel gruppo delle cure di routine, il trasferimento in ospedale per qualsiasi motivo ha rappresentato il 36,6% durante il periodo di riferimento e il 39,2% durante il periodo di intervento (rapporto di rischio, 1,08; IC al 95%, da 1,04 a 1,12).

I valori corrispondenti nel gruppo decolonizzato erano 35,5% e 32,4% (rapporto di rischio, 0,92; IC al 95%, da 0,88 a 0,96), per una differenza nel rapporto di rischio, rispetto alle cure di routine, del 14,6% (IC al 95%, 9,7 a 19,2). Il numero necessario da trattare era 9,7 per prevenire un ricovero correlato a infezione e 8,9 per prevenire un ricovero per qualsiasi motivo.

### Conclusioni

Nelle case di cura, la decolonizzazione universale con clorexidina e iodoforo nasale ha comportato un rischio significativamente inferiore di trasferimento in ospedale a causa di infezione rispetto alle cure di routine.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2215254?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX18%2BTGhuE59WP1MHlBxdm65RrBWFssbon8Vkh%2B9wPax1yBHfIF%2F1Vr1K6MRdlZC%2BqrBUGhe8OFxCRNONMyq6fpy7N>

## Non basta la sola specializzazione per innovare la medicina generale

Ornella Mancin

09 OTT -

Gentile direttore,

si è appena concluso l'81° congresso nazionale della Fimmg e di fronte ai tanti problemi che sta vivendo la medicina di famiglia, era logico aspettarsi degli interventi capaci di impattare sulla nostra professione. Non mi pare sia stato così. La Fimmg ha condotto il congresso sotto lo slogan "rompere i muri per arrivare alla cura".

Da non iscritta mi chiedo quali siano questi muri, immagino virtuali più che reali, che la Fimmg voglia rompere dal momento che dal Congresso escono delle mozioni già note, prive di elementi innovativi.

Si parte dal no secco alla dipendenza: "Per FIMMG è imprescindibile la conferma dell'attuale stato contrattuale di Convenzione oggi previsto, confermando l'assoluta contrarietà alla trasformazione dei sistemi territoriali convenzionati verso la dipendenza o sistemi misti".

Nulla di nuovo quindi su questo fronte, neanche un tentativo di spingere verso un recupero della libera professione (oggi il convenzionato è di fatto soggiogato alle direttive Asl) né tantomeno un tentativo di recuperare alcune delle tutele dei lavoratori (oggi per un medico di famiglia è sempre più difficile fare le ferie, quasi impossibile mancare per malattia ...). Nessuna apertura né in un verso né in un altro. Evidentemente alla Fimmg questa situazione in cui non siamo né carne né pesce, piace.

Se poi si cerca di capire quali "muri" è necessario rompere, sembra di capire che siano quelli che portano ad un maggior "accesso alle cure" che per la medicina di famiglia si traducono sulla "necessità di organizzare una risposta degli studi medici a maggiore intensità di offerta (diagnostica di primo livello) e temporale (H12 e H16)".

Anche qui nulla di nuovo. Da tempo Fimmg chiede finanziamenti per l'acquisto di strumentazione per rendere gli studi medici più attrezzati e capaci di diagnostica di primo livello: elettrocardiografi, ecografi, spirometri. Il tutto senza tener conto che la maggior parte dei medici di famiglia oggi attivi non ha alcuna preparazione adeguata allo scopo e che il sovraccarico di lavoro attuale legato alla mancanza di medici rende pressoché illusorio che uno possa dedicare tempo a una diagnostica per la quale non dispone di una adeguata formazione.

La possibilità di realizzare aperture h 12 o addirittura h16 sembra essere affidato alla creazione delle famose case di comunità Hub o spoke, per le quali non è ancora chiaro come si dovrà essere presenti (a quota orario?) o alle AFT entità ancora fumose di difficile definizione.

Un'attenzione a parte è stata riservata alla digitalizzazione ponendo una particolare enfasi sulla telemedicina come strumento di lavoro che ci può aiutare "a gestire al meglio i nostri pazienti riducendo distanze e tempi di intervento"

L'unico dato di "novità" se così si può definire è l'apertura della Fimmg ad una scuola di "specializzazione" in Medicina di famiglia in collaborazione con l'Università, cosa che fino a pochi anni fa veniva vista come fumo negli occhi.

Del resto, questa è l'idea portata avanti dal ministro Schillaci ed evidentemente qualche concessione è stata necessaria; anche se l'idea lanciata da Scotti di "rendere strutturale per tutti i tirocinanti la formazione-lavoro, oggi limitata ai soli medici che vivono in una realtà di carenza e che volontariamente accettano gli incarichi" rende assai confusa l'idea di Fimmg su una reale apertura a una vera Specializzazione.

Chi oggi ha accettato di fare la formazione -lavoro di fatto lavora gestendo 1000-1200 pazienti in proprio, frequentando una volta la settimana lo studio del tutor con cui in teoria dovrebbe tenere un dialogo aperto per una supervisione. Il tutto è ben diverso dal vedere e discutere i casi insieme e svilisce totalmente il valore della formazione.

Nulla di particolarmente nuovo quindi esce da questo convegno e più che rompere muri sembra che la Fimmg gli voglia costruire. Si legge infatti nella mozione conclusiva che "La medicina generale è al bivio tra mura e cura. Investimenti e digitalizzazione nel rispetto dei valori umanistici e professionali".

La proposta dell'Enpam di finanziare l'acquisto di immobili per i medici che lo richiedano per farci delle case di comunità spoke ovviamente si sposa perfettamente con questa mozione.

Dal congresso Fimmg nessuna risposta quindi ai problemi spinosi in cui versa la medicina di famiglia: mancanza di medici, scarsa attrattiva della professione, mancanza di tutele, nessun aumento salariale a fronte di un aumento orario di apertura degli studi che andrà a sommarsi a tutte le attività extra ambulatorio (visite domiciliare, risposta a email e/o whats app dei pazienti, compilazione dei piani terapeutici, telemedicina etc).

Come dovrebbe ben sapere chi guida un sindacato fare il medico di famiglia sta diventando sempre più faticoso e opprimente, ragion per cui i giovani non ne sono attratti e chi è vicino alla pensione spesso lascia anticipatamente.

Suona piuttosto sconcertante quindi che Scotti, nel suo discorso di apertura del Congresso, alla domanda del perché "una generazione di studenti svaluta automaticamente questa preziosa carriera" si risponda dicendo che dipende dal fatto che "nessuno, al di fuori di noi, si occupa di rappresentare dall'esterno il prestigio di essere un MMG"

Viene da chiedersi se il segretario del più grosso sindacato dei medici di famiglia sia oggi ancora adeguato a rappresentare la nostra professione.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117321](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117321)

**quotidianosanita.it**

## **Quale integrazione tra sistemi territoriali?**

**Tiziana Frittelli**, Presidente di Federsanità-Confederazione delle Federsanità Anci regionali

*Il SSN è in mezzo al guado, alle prese con una riforma, agganciata alla realizzazione del PNRR, che avrà difficoltà a decollare, se non si smarcano i punti nodali, senza i quali nessuna vera riorganizzazione potrà realizzarsi.*

**10 OTT -**

*La Nota di Aggiornamento al Documento di Economia e Finanza pone ancora una volta il problema della sostenibilità dell'intera finanza pubblica e mostra il volto di un Paese in grave difficoltà, che sta sempre più ipotecando il futuro delle giovani generazioni. Le uniche due voci di spesa in pesante tendenziale incremento sono le pensioni e gli interessi sul debito pubblico, ambedue con radici lontane. Il SSN è in mezzo al guado, alle prese con una riforma, agganciata alla realizzazione del PNRR, che avrà difficoltà a decollare, se non si smarcano i punti nodali, senza i quali nessuna vera riorganizzazione potrà realizzarsi: il ruolo delle cure primarie, la loro collocazione, i processi di formazione; la valutazione di un processo di task shifting e la conseguente politica delle risorse umane necessaria per attirare e formare adeguatamente quelle numericamente sufficienti; la corretta programmazione dei luoghi necessari per offrire sufficienti cure intermedie; il tutto sullo sfondo di una transizione digitale che non sarà né semplice né automatica, eppure unico strumento per garantire la casa come luogo di cura e per assistere la popolazione delle aree interne, che riguardano la metà dei comuni italiani.*

*Tutto questo avviene in un contesto di gravissima denatalità, invecchiamento della popolazione, frenata del Pil, quadro di instabilità mondiale che certo non aiuta alcun Paese europeo. Certamente sappiamo che qualunque abbassamento del Pil incide pesantemente sui determinanti di Salute ed è lecito chiedersi quale SSN vogliamo ed in quale contesto di welfare, in una situazione di finanza pubblica che sta erodendo i trattamenti pensionistici dei nostri figli.*

*Oggi la sfida è trovare un equilibrio tra sostenibilità del SSN, welfare di comunità adeguato alle esigenze dei più fragili, misure che tendano all'incremento del Pil, primo motore di crescita e, dunque, di sostenibilità del SSN e del welfare.*

*Per questo motivo oggi più che mai è necessario ripensare alle politiche dell'integrazione socio sanitaria in materia profonda, perché su questo versante il nostro Paese gioca il destino della fascia più debole della popolazione: gli anziani non autosufficienti, destinati ad aumentare nel breve periodo, spesso aggravati da malattie croniche; le fragilità sociali di chi, per motivi economici, rinuncia alle cure; la salute mentale, con uno spettro sempre più inquietante sulla fascia infantile e adolescenziale.*

*Anche a voler valutare queste situazioni solo sotto l'aspetto economico, trattasi, in tutti i casi, di situazioni che, se non gestite con una strategia nuova, sono ad altissimo assorbimento di risorse.*

*Il DM 77 prevede strumenti nuovi di integrazione: il Punto Unico di Accesso presso le case di comunità, dove avverrà la valutazione multidimensionale congiunta tra aziende sanitarie ed enti locali; le Centrali Operative Territoriali, strumento fondamentale di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali, sanitari e sociosanitari, in dialogo con la rete dell'emergenza urgenza; il 116117, per ogni esigenza sanitaria e socio-sanitaria a bassa intensità assistenziale.*

*Tuttavia, se il panorama degli strumenti di integrazione tra il sanitario e il sociale rimane lo stesso, il grande rischio è che i risultati continuino ad essere modesti, con la sanità costretta ad intervenire nelle situazioni di presa in carico sociale carente o inesistente, in un quadro di gravissime disuguaglianze nella distribuzione della spesa sociale tra i comuni, ancora una volta dettata dal pil presente nei diversi territori.*

*Il momento per riflettere su quale SSN e quale welfare vogliamo è questo e le scelte non possono essere procrastinate e non possono essere fatte con sguardo strabico, pensando che le grandi riforme richieste dall'Europa per l'erogazione del PNRR per la missione 6 (sanità territoriale) e per la missione 5 (disabilità, non autosufficienza e marginalità sociale) siano autonome tra loro.*

*Il dibattito tra Ministeri, Regioni e mondo degli enti locali deve essere affrontato congiuntamente sui tre temi che condizioneranno il grado di civiltà del nostro paese: la riforma dell'assistenza territoriale, la messa a terra della legge sugli anziani, i leps (livelli essenziali di prestazioni sociali) secondo fabbisogni e costi standard, al fine di individuare una nuova governance, sulla base di nuove modalità di finanziamento.*

Non ci possiamo più permettere di ipotizzare che l'integrazione tra il mondo sanitario e quello sociale si basi su volontaristici rapporti di vicinato o su leggi regionali, senza alcun raccordo alto e necessitato a livello nazionale e, soprattutto, senza una definizione chiara e precisa di quali leps questo Paese vuole garantire, a prescindere dalla spesa storica. Il dibattito sui leps si è riaperto a seguito del dibattito sul regionalismo differenziato.

La base dei LEPs e dei LEA riguarda il loro legame con i 'diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale' ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, con la prioritaria definizione dei fabbisogni e, quindi, dei costi standard.

Esiste una profonda asimmetria tra lea e leps: il finanziamento del FSN è riferito ai LEA, che sono declinati con elenchi prestazionali (DPCM del 2017, in vigore dal 1 gennaio 2024) e vengono utilizzati per monitorare e regolare i sistemi sanitari regionali in base agli indicatori del Nuovo Sistema di Garanzia; al contrario, il grosso degli attuali finanziamenti comunali sul sociale non è influenzato, se non indirettamente, da un avvio di definizione dei LEPs attualmente riferiti ai tre fondi nazionali dedicati (piano sociale, di contrasto alla povertà e della non autosufficienza), a cui si aggiunge una limitata e accessoria risorsa perequativa recata dagli obiettivi di servizio.

La Legge 234/2021, comma 159 recita 'I livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) sono costituiti dagli interventi, dai servizi, dalle attività e dalle prestazioni integrate che la Repubblica assicura, sulla base di quanto previsto dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione e in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328, con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità.'

Questa definizione ci porta direttamente alla costruzione di sistemi territoriali integrati. Per stare al livello di questi obiettivi occorre generare una visione diversa e più evoluta dei Livelli Essenziali di Assistenza Sociale sul piano culturale, direzionale, professionale e organizzativo, con una visione più integrata e consapevole con i sistemi di altre funzioni fondamentali e con altri Livelli Essenziali, come i LEA sanitari, anch'essi a garanzia di diritti soggettivi.

Federsanità sta lavorando a questo progetto, anche attraverso il confronto con il Comitato scientifico dell'Osservatorio sull'integrazione socio-sanitaria, e sta organizzando un tavolo di discussione in seno al Forum risk di Arezzo, propedeutico a proprie proposte programmatiche.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117371](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117371)

**quotidianosanita.it**

## **Innegabili sovrapposizioni tra casa della Comunità e Casa della Salute**

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

**04 OTT** - Gentile Direttore,

la meccanica quantistica, si sa, è una fra le teorie più controintuitive. E' strano che una particella possa comparire in due posti contemporaneamente anche a distanze siderali oppure che un fenomeno come l'entropia possa contraddire il tempo potendosi sviluppare in due direzioni opposte: in avanti rispettando il fenomeno dell'incremento del disordine (invecchiamento) ma anche, paradossalmente per il tempo che scorre, indietro o quasi.

Si sostiene che tutto questo dipenda dalla doppia natura delle particelle sub atomiche che sono nello stesso tempo porzioni di materia ma anche onde di energia. Tutto ciò, assicurano i fisici, è stato ampiamente dimostrato e potrebbe valere anche per "corpi" di dimensioni maggiori (batteri, esseri umani, corpi celesti) pur comportando, in questi casi, una documentazione della "sovrapposizione" terribilmente complicata.

Restando con i piedi ben piantati nella meccanica fisica classica non si può dire, come più volte sostenuto ex cathedra, in pubblico, dai cosiddetti esperti del settore che le Case della Comunità siano un netto miglioramento del modello Casa della Salute come è intuitivamente evidente osservando la schematizzazione delle due tabelle sinottiche a fondo pagina (CdS "Grande" vs CdC "hub").

Il PNRR ha consentito il proliferare di narrazioni normativamente corrette ma soffocanti in favore del fatto che l'innovazione sia data soprattutto dalle Case della Comunità "spoke" (programmate in grande numero) che si collegheranno/integreranno con le Case della Comunità "hub" ( progettate in numero significativamente scarso) così da riproporre un infinito frattale "piramidale" che non ha nulla a che fare con i bisogni delle comunità/quartieri/zone.

Evidentissimo invece il vantaggio per il Distretto inteso non come area geografica ma come apparato amministrativo per altro invocato da molti come modello "salvifico" probabilmente non avendo mai sperimentato i vincoli egemonici possibilmente agiti. Come già approfondito a suo tempo è una questione di potere. Di norma l'obiettivo del potere non può esimersi dall'incremento del potere stesso fino all'esaurimento delle risorse disponibili.

Si replica inoltre la tragedia (a grande richiesta) già sperimentata nella stagione delle Case della Salute. Il racconto, tutto concentrato sulle Case della Comunità "spoke", nasconde nelle pieghe dell'affabulazione la sventura della differenziazione (alcuni la definiscono discriminazione) professionale ed assistenziale.

Infatti non è equivalente o sovrapponibile essere un professionista o un paziente affiliato ad una CdC spoke o assegnato ad una CdC hub in merito a opportunità professionali, servizi o assistenza offerti. Sorge inoltre un dilemma: chi ha deciso dove collocare una CdC hub o spoke? I professionisti? I cittadini assistiti/le comunità?

Non sembra proprio ma "Così va il mondo" (Noam Chomsky, Piemme 2017) dove si è portati a ratificare, attraverso alcune ritualità formali, decisioni già prese e comunque separate dalla "policy" del bene collettivo. I cittadini sono intimoriti e smarriti di fronte ai depositari istituzionali "della verità sulla salute" a cui delegano, a causa dello squilibrio di conoscenze e mezzi, senza indugio, le scelte assistenziali/organizzative.

Ciò nonostante, emerge, molto intimo, un singolare pensiero quasi filosofico-stoico: ma è proprio vero che quando c'è la struttura burocratica/amministrativa sanitaria c'è tutto? Si può raggiungere la salute in modo diverso per essere felici? Il benessere può essere conquistato seguendo vie o indicazioni più personalizzate, orientate a stili di vita molto corretti e a sistemi riabilitativi bio-psico-sociali? Per vivere con passione e gusto l'esistenza forse occorre che ci sia qualcosa di grande, un ideale, un bene che renda la vita degna e piena. Paradossalmente per questo ideale spirituale una persona potrebbe essere disposta anche a ridurre la medicalizzazione, sempre più indiscreta, della vita stessa (C. Sanguineti 2021) ed accettare lo scorrere della vita o, se si vuole, la volontà di Dio.

Nel complesso l'impianto normativo sanitario attuale (ACN, DM77, Documenti di Agenzie e di Gruppi portatori di interessi ecc.) appare estremamente fragile, senza fondamenta culturali solide e condivise.

Di tutto ciò è stato appuntato già numerose volte e verosimilmente può non rappresentare nemmeno, dal punto di vista intellettuale, la "questione medica" attualmente più pregnante. Ipotesi e modelli alternativi di organizzazione territoriale sono stati presentati nel tempo da molti commentatori ( il medico "autore", il vero "welfare di comunità" e l'autonomia territoriale, la dipendenza, rapporto fiduciario e libera scelta, la discrepanza tra la qualità formale, percepita, risultante...).

Mette comunque ora apprensione il destino delle persone che vivono in una comunità che si relaziona, per le questioni di salute, con i propri medici curanti di base. Nondimeno vi è una scarsa consapevolezza, tra gli assistiti, di quello che le normative istituzionali stanno prospettando per il territorio.

Il contatto tra cittadini e istituzioni, quando esiste, è sempre estremamente sbilanciato. Le ricchezze esperienziali delle comunità non vengono considerate e si preferisce proseguire con liturgie autoreferenziali addirittura bocciate dalla globalizzazione neoliberalista che tenta di ricostruire un nuovo equilibrio mondiale dopo l'esperienza della pandemia, della fragilità energetica e della guerra.

Il coraggio di confrontarsi con i cittadini non si esaurisce in una o due riunioni assembleari annuali. Non implicano nemmeno autorevolezza quelle figure che si autoproclamano rappresentanti dei cittadini o che vengono calate dall'alto dalle onnipotenti aziende sanitarie.

Eppure il sapere all'interno dei sistemi complessi come quello sanitario ed assistenziale si crea anche dall'esperienza consapevole degli individui che costruiscono singolarmente più tipi di intelligenze (H. Gardner, *Formae mentis*, Feltrinelli 1988).

Se la complessità è un dato di fatto è necessaria una pluralità di approcci per comprenderla. Non si può affrontare la complessità con un solo metodo o con un pensiero unico o con modalità lineari rigide e verticistiche/gerarchiche. Le comunità grazie alle "intelligenze multiple" possono costruire con i loro medici di fiducia "la salute dei quartieri" da diversi punti di vista e in modo flessibile.

L'autonomia delle comunità nei processi decisionali è sempre più vitale per il servizio pubblico di medicina generale (di base) ed è una netta alternativa alle attuali normative legislative e ai numerosi "stakeholders" molto interessati alle opportunità utilitaristiche che possono emergere dalle normative ufficiali ma che spesso non hanno nulla a che fare con i professionisti e con le comunità territoriali.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117157](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117157)



## **Magi (Sumai), entro 2025 via 38.667 medici, investire subito sul personale. Il monito: la sanità pubblica rischia di saltare. Schillaci: la sanità resterà pubblica**

«Entro il 2025 perderemo fisiologicamente 14.493 medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, 3.674 specialisti ambulatoriali, 20.500 dirigenti medici per un totale di 38.667 medici senza contare i prepensionamenti, le dimissioni volontarie e i medici che emigrano all'estero». Lo ha dichiarato il segretario generale del Sindacato unico Medicina ambulatoriale italiana e professionalità dell'Area sanitaria, Antonio Magi, in occasione del 55esimo congresso nazionale del Sumai Assoprof. L'evento, dal titolo "Specialistica ambulatoriale. Quale futuro: pubblico o privato?", è in corso a Roma e si concluderà il 12 ottobre. «La sensazione di abbandono che provano oggi i medici dopo il Covid, come tutto il personale sanitario, e la scarsa attenzione alla manutenzione del Servizio sanitario nazionale - ha proseguito- sta portando molti medici e professionisti della sanità, soprattutto quelli più giovani ma non solo, a cercare strade alternative per vivere la loro professione con meno burocrazia, più sicurezza, migliore retribuzione e migliore organizzazione. Se non ci saranno subito investimenti seri e decisivi sul personale sanitario- ha ammonito - la sanità pubblica italiana che conosciamo oggi, anche se in crisi, dal 2025 rischia di saltare realmente poiché, come abbiamo visto mancheranno quasi 39mila medici.

### **Il ministro Schillaci: la sanità resta pubblica.**

La prima assicurazione è arrivata dal ministro della Salute Schillaci: «La sanità italiana è e resta pubblica. Credo però che dobbiamo anche regolamentare l'out-of-pocket, ovvero la spesa dei cittadini, che è diventato molto importante». Garanzie che arrivano proprio nel giorno della presentazione, sempre a Roma, del [6° Rapporto della Fondazione Gimbe sul Servizio sanitario nazionale](#). «Con l'attuale governo - ha sottolineato Schillaci - c'è un'attenzione inedita verso la Sanità che è definita una priorità. Ma ci sono storture inaccettabili come i medici gettonisti, pagati tre volte di più di chi è assunto». E «bisogna mettere il personale al centro del percorso, nell'arco di questa legislatura vogliamo dare risultati concreti». Quanto al Pnrr che è stato rimodulato con lo stralcio di parte delle strutture previste per dare attuazione al Dm77, «non è stato defanziato nulla - ha precisato il ministro -: siamo in regola con i target; è stato diminuito il numero delle case di comunità, per l'aumento dei costi, ma quelle che non saranno non realizzate con i fondi Pnrr, saranno fatte con fondi non spesi dalle Regioni dal 1988 (cioè i fondi ex legge sull'edilizia sanitaria, ndr)».

Parole preziose, quelle del ministro, per tutti gli operatori della sanità, alle prese con una crisi di motivazione che non ha eguali. La fuga è massiccia e va a sommarsi al fisiologico pensionamento e alla perdita di appeal sui giovani delle professioni di medico e di infermiere. «Dimissioni volontarie, prepensionamenti, concorsi pubblici che vanno deserti, mancanza di sostituti per la specialistica ambulatoriale- ha continuato Magi- sempre più aree carenti per la medicina generale, sempre più medici che scelgono di lavorare nel privato, in cooperative o di andare all'estero da dove arrivano proposte economiche che permettono qualità di vita nettamente migliori. Continuare a proporre ancora le stesse ricette che fanno più di ideologia che di concretezza è una scelta suicida con un esito ampiamente prevedibile». Secondo il segretario generale del Sumai Assoprof «appare necessaria una riforma del percorso formativo che potrebbe essere strutturata, ad esempio, dai primi 4 anni teorici uguali per tutti, seguiti poi da 4 anni di formazione specialistica pratica o come medicina generale o come specializzazione in una specifica branca della medicina a cui seguono 3 anni, facoltativi, di super specializzazione attraverso master universitari. In questo modo - ha concluso - non si avrebbero più camici grigi ma una formazione medica completa per entrare nel Servizio sanitario nazionale. Questo richiede ovviamente una seria programmazione nei numeri dei posti e delle specialità».

### **Senza investimenti dal 2025 la Sanità pubblica può saltare.**

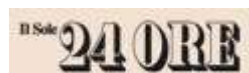
«Senza investimenti decisivi sul personale sanitario la Sanità Pubblica Italiana che conosciamo oggi, anche se in crisi, dal 2025 rischia di saltare» è stato ancora l'allarme lanciato dal segretario generale del Sumai. «Tra due anni, infatti- ha proseguito- circa 39mila medici usciranno dal Ssn a causa di dimissioni volontarie, pensionamenti, concorsi pubblici che vanno deserti, medici che scelgono il privato, le cooperative o di andare all'estero». Magi ha individuato quelle che, dal suo punto di vista, sono le principali criticità del sistema: invecchiamento demografico, finanziamento del Servizio sanitario nazionale, carenza di personale e retribuzione del personale, cercando in un'ottica propositiva di suggerire anche soluzioni.«Senza reali e concrete politiche per il personale e con le scarsissime risorse economiche messe a disposizione - si è domandato il segretario generale del Sumai Assoprof - come potranno attuare la Missione 6 del Pnrr? Oggi ci troviamo davanti a una generalizzata carenza di medici specialisti disposti a lavorare per il nostro Servizio sanitario nazionale. Le scelte fatte finora - ha poi aggiunto - ci stanno portando a un bivio: sanità pubblica o sanità privata? Se la sanità virerà verso il privato questa scelta comporterà per gli italiani maggiori costi a causa delle regole di un mercato spietato fatto solo di profitto. Ciò significa addio all'universalismo, all'equità e all'uguaglianza dei cittadini

davanti alla malattia. Una sanità pubblica debole porterà costi elevati in termini di salute e questo inciderà inevitabilmente sul sistema produttivo per giornate di lavoro perse costando così al nostro Paese molti punti di Pil». Antonio Magi ha inoltre ricordato che «già oggi vediamo un territorio desertificato ridotto, di fatto, nei numeri delle sue figure principali: medici specialisti ambulatoriali, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. In più stiamo assistendo ad un ospedale che si sta svuotando. La desertificazione della sanità sta portando all'estinzione del professionista del Ssn. Nel corso degli anni, infatti, a causa di scellerate scelte politiche, il territorio non è più riuscito a soddisfare efficacemente i bisogni della gente costringendo i pazienti ad andare sempre più in ospedale invece di curarsi a casa o ambulatorialmente». Non solo. «La ridotta offerta specialistica sul territorio, con meno ore nei poliambulatori ha precisato - è uno dei principali motivi che ha generato liste d'attesa interminabili insieme alla medicina difensiva e alla domanda crescente di salute delle persone. «Purtroppo - ha poi detto - il modello sanitario pubblico, istituito con la Legge 833 del 1978, ha vissuto numerosi cambiamenti. Il risultato di questi cambiamenti lo abbiamo sotto i nostri occhi: una sanità sottofinanziata, differenziata, diseguale e poco equa. Sempre più appaltata all'esterno, meno prodotta dalle aziende sanitarie, povera di mezzi e di personale che quasi non riesce a soddisfare i bisogni di salute delle persone. Eppure - ha proseguito - nonostante la sottrazione di risorse economiche, il nostro sistema sanitario ha retto fin che ha potuto. Ma a che prezzo? Scarsi investimenti, retribuzioni tra le più basse in Europa, difficoltà di accedere alle cure, poco personale, difficili condizioni di lavoro, denunce e atti di violenza, anche mortali, contro gli operatori sanitari. Tutto - ha concluso - sta incidendo sulla qualità delle cure, nonostante lo sforzo degli operatori sanitari e sulla percezione dei cittadini, i quali lamentano liste d'attesa infinite, strutture spesso fatiscenti, attrezzature obsolete, scarsa informazione, poco tempo dedicato alla comunicazione medico-paziente, con tutto ciò che ne consegue».

### **Le Regioni propongano più ore ai colleghi senza massimale orario**

«Attualmente gli specialisti ambulatoriali sono titolari di incarichi a tempo indeterminato che vanno dalle 5 alle 30 ore settimanali, con una media di 25 ore. Da subito si potrebbe pensare ad un incremento medio stimato intorno alle 7 ore settimanali che porterebbe l'attuale media oraria dalle 25 alle 32 ore settimanali. Le Regioni che si lamentano delle lunghe liste d'attesa e della mancanza di specialisti invece dei medici stranieri potrebbero proporre ai nostri colleghi che non hanno il massimale orario e che operano a tempo indeterminato, quindi già in servizio nelle loro aziende sanitarie, un incremento orario ai sensi dell'articolo 20 comma 1 del vigente Acn», ha aggiunto Magi. «Chiediamo dunque alle regioni di proporre la trasformazione immediata a tempo indeterminato per i contratti degli specialisti ambulatoriali che attualmente operano a tempo determinato nel Servizio sanitario nazionale. In questo modo le regioni otterrebbero anche un notevole risparmio economico poiché il costo orario del tempo indeterminato è inferiore rispetto a quello del tempo determinato. Alcune regioni - ha poi ricordato Magi - avrebbero potuto utilizzare, e possono farlo ancora, i colleghi specialisti in attesa in graduatoria invece di utilizzare i medici non ancora specialisti o chiamare gli stranieri non abilitati all'esercizio della professione in Italia o peggio i "gettonisti". A proposito di questi ultimi, basta con i contratti di lavoro intermediato dalle cooperative, con costi orari notevolmente più elevati - 150 euro lordi ora dei gettonisti contro i 35,68 euro lordi degli specialisti Sumai - che provocano un evidente danno erariale. Questa risposta probabilmente non risolverebbe totalmente la mancanza di specialisti - ha concluso - ma lo farebbe in buona parte destinando questi specialisti ambulatoriali alle nascenti case della comunità, agli ospedali di comunità e all'assistenza domiciliare».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/gazzetta-ufficiale/2023-10-10/magi-sumai-entro-2025-via-38667-medici-investire-subito-personale-monito-sanita-pubblica-rischia-saltare-schillaci-sanita-restera-pubblica-192940.php?uid=AFJn4CCB&cmpid=nlqf>



## **Medicina Generale al bivio tra mura e cura**

**Silvestro Scotti**, \* Segretario nazionale Fimmg

Vorrei aprire la mia relazione parlandovi di un articolo, pubblicato da un'oncologa australiana sul Guardian, che mi ha molto colpito per le riflessioni espresse sulla medicina di famiglia; riflessioni, che seppur sorte da un contesto sociosanitario lontano e diverso dal nostro, sono assolutamente appropriate e coerenti alla nostra realtà al punto che, non vi nascondo, nel prosieguo avrò difficoltà a differenziare il suo pensiero dal nostro.

Scrivendo la collega: Non ha senso dire "è solo" un medico di famiglia. I medici di famiglia hanno una profonda conoscenza della condizione umana.

L'articolo si apre con un racconto: Il medico di famiglia ha ricevuto la chiamata di una paziente oncologica che gli comunica che "preferisce morire piuttosto che fare una ulteriore chemio", spingendolo in tal modo a chiamare l'oncologa.

*Questa, dopo aver organizzato il supporto necessario, pone alla paziente la domanda che l'aveva incuriosita: di tutti i contatti ospedalieri di emergenza che le erano stati forniti, perché ha chiamato il medico di famiglia che non aveva nemmeno accesso alla cartella degli ospedalieri?*

*Quanti di noi si riconoscono?*

*Ci si aspetta di sentire che ha perso il foglio con i numeri da contattare e invece la paziente risponde: "Perché mi fido di più di lui".*

*Con imbarazzo, la consola dicendo che anche lei è brava, ma, scrive l'oncologa, "i suoi elogi schietti per il medico di famiglia mi scaldano il cuore e sono d'accordo con lei sul fatto che le abbia davvero salvato la vita".*

*Altro flash: alcune settimane dopo, la collega si ritrova a parlare agli studenti.*

*Quasi sempre la loro motivazione per diventare medico è "perché voglio aiutare le persone".*

*Quando gli studenti rivelano che tipo di specialista desiderano diventare, non può fare a meno di notare che tra le centinaia di studenti, quasi nessuno vuole diventare medico di famiglia nonostante sia ragionevole pensare che, data l'età, sia proprio il medico di famiglia il professionista con cui abbiano potuto avere il contatto più probabile e produttivo. La continua carenza di medici di famiglia in Australia è stata definita la "statistica più terrificante" nel settore sanitario. Gli specialisti stanno crescendo a un ritmo molto più elevato rispetto ai medici di famiglia, con una conseguente distorsione dell'occupazione che non è utile né ai pazienti né alla società.*

*Perché una generazione di studenti, non solo in Australia direi, svaluta automaticamente questa preziosa carriera? Se nessuno, al di fuori di noi, si occupa di rappresentare dall'esterno il prestigio di essere un Mmg perché un medico ambizioso dovrebbe accontentarsi?*

*È molto facile valorizzare comunicativamente le specialità a maggiore impatto emotivo, ma così facendo siamo certi che non si rende alla società un disservizio involontario?*

*L'idea che le Università ribaltino il curriculum medico in modo che gli studenti si formino a rotazione tra territorio e ospedale, avrebbe notevoli vantaggi per una popolazione che invecchia e per la sostenibilità dello stesso Ssn. Gli studenti toccherebbero con mano i bisogni assistenziali dei cittadini delle comunità per cui andranno ad operare tanto sul territorio che in ospedale, vedrebbero i danni di una medicina che opera per silos e si renderebbero conto che non esiste "solo" un medico di famiglia.*

*Dobbiamo imparare a dire agli studenti di medicina che, se vogliono aiutare le persone, allora dovrebbero prendere in considerazione la Medicina Generale e proporre loro un contatto con questa esperienza professionale.*

*Dopotutto, non possiamo essere ciò che non vediamo.*

*Quanto ci riconosciamo in queste riflessioni?*

*In questo racconto sono evidenti temi sovrapponibili a quelli presenti oggi in tutti i Paesi che grazie anche ad una risposta di cure primarie possono ancora vantare un Servizio sanitario nazionale a cui il cittadino si può rivolgere. Si rappresenta, infatti, l'analisi dei fattori determinanti la carenza di risorse umane nella medicina di famiglia; carenza su cui poco si interviene in termini di sviluppo vocazionale e di riconoscimento sociale.*

*Si rappresenta un percorso di formazione e informazione che rende sconosciuto o svalutato ai giovani una medicina di famiglia che svolge un ruolo fondamentale nel puzzle assistenziale del nostro Servizio sanitario. È quindi necessario operare una revisione del percorso formativo post-laurea per rendere strutturale per tutti i tirocinanti la formazione-lavoro, oggi limitata ai soli medici che vivono in una realtà di carenza e che volontariamente accettano gli incarichi.*

*Tale possibilità ha ormai ampiamente dimostrato di essere una misura efficace e di fondamentale importanza nel ridurre il problema della carenza dei medici e, se divulgata efficacemente, potrebbe migliorare anche l'attrattività verso questo percorso formativo post-laurea.*

*Abbiamo quindi strumenti per sostenere l'estensione della formazione-lavoro a tutti i medici in formazione in maniera definitiva, anche al di fuori del momento emergenziale.*

*Altri elementi caratterizzanti la revisione del percorso formativo potranno essere il riconoscimento del titolo accademico e la definizione di percorsi formativi, in collaborazione con l'Università, per le proposte di formazione teorico-pratica in tema di rapporto ospedale-territorio.*

*Unica attenzione in questo processo sarà quella di renderlo graduale e combinato. La formazione-lavoro e il titolo accademico non possono che andare di pari passo, l'una non può fare a meno dell'altro.*

*Se viene riconosciuta all'Università la capacità di creare delle skill di competenza teoriche, il medesimo riconoscimento va attribuito alla formazione sul campo negli studi dei medici di famiglia.*

*L'intervento normativo, utile a evolvere l'attuale, dovrà pertanto riconoscere pari dignità di competenza all'unicum teorico pratico del percorso formativo.*

*Non bisogna poi dimenticare che oggi la Medicina generale rappresenta il presidio del Ssn che vanta la maggiore capillarità sul territorio grazie ai nostri 60.000 studi distribuiti su tutto il territorio italiano.*

*Il modello di riorganizzazione territoriale previsto dalla Missione 6 del Pnrr pone una sfida di integrazione tra la proposta assistenziale centralizzata presso la Casa di Comunità, Hub o Spoke che sia, e l'offerta assistenziale dispersa oggi garantita dalla capillarità dei nostri studi medici.*

*Diventa però fondamentale affrontare risposte concrete alla mancanza di medici e al tema delle aree scoperte, temi che rendono critico il mantenimento di questa capillarità.*

*Fimmg sottolinea, ancora una volta da questo palco, l'importanza di introdurre un indicatore, oggi trascurato, nei modelli di offerta di integrazione, centralizzati o dispersi che siano.*

*Non possiamo più ignorare che l'assistenza medica territoriale è fortemente influenzata dalla presenza e dalla disponibilità di un presidio di salute fondamentale, ovvero un indicatore della presenza dello studio di un medico di famiglia in una determinata area geografica calcolato per km<sup>2</sup>.*

*Possibile non si comprenda che questo indicatore influenza accessibilità e qualità delle cure mediche per la popolazione ivi residente e che in nessun documento programmatico di riforma territoriale sia espresso con chiarezza?*

*Questo fattore non è l'unico certamente, va infatti correlato alla densità di popolazione, alle caratteristiche demografiche di quella popolazione e alla disponibilità qualificata di personale sanitario in termini di prossimità.*

*A questo vanno aggiunte l'orografia dei territori, le caratteristiche di viabilità e i servizi di trasporto pubblico, le distanze da percorrere per fare in modo che, in tutti i comuni del nostro Paese, la casa diventi davvero il primo luogo di cura.*

*È chiaro che ci troviamo ad affrontare una serie di sfide che possono mettere in discussione la capacità della medicina di famiglia di fornire cure efficaci ed efficienti.*

*È il momento di esplorare il bivio tra cura e mura, tra barriere e ponti, tra limiti e accessibilità a cure di qualità, che rispondano al bisogno di salute delle persone e non a singoli eventi o a singole patologie.*

*Il concetto di "rompere i muri per arrivare alla cura" richiama l'idea fondamentale dell'accesso universale alle cure sanitarie.*

*Questo principio sottolinea l'importanza di superare le barriere economiche, sociali e geografiche che impediscono a molte persone di ricevere le cure di cui hanno bisogno.*

*Queste persone sono silenziosamente presenti nella nostra attività quotidiana e troppo spesso la nostra azione è una strenua e improba ricerca per rompere le barriere che ne impediscono un equo accesso alle cure.*

*Se veramente vogliamo potenziare l'assistenza territoriale, servono investimenti economici finalizzati alle donne e agli uomini della Medicina Generale impegnati a preservare, in maniera compensativa, universalità, equità e inclusione.*

*Se affrontiamo il tema delle risorse per il personale convenzionato, è fondamentale la immediata conclusione della discussione negoziale del triennio 2019-2021 e la sua concretizzazione nel corrispondente Atto d'Intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni e la contestuale emanazione dell'Atto di Indirizzo per l'apertura della discussione per il triennio 2022-2024.*

*Atto di indirizzo 2022-2024 che dovrà avere chiari i finanziamenti aggiuntivi derivanti da interventi normativi che chiariscano e rendano fruibile contrattualmente la ripartizione delle risorse, tra personale dipendente e convenzionato, del finanziamento previsto dall'articolo 1, comma 274, Legge 30 dicembre 2021, n. 234.*

*Ma tutto questo potrebbe non bastare.*

*Servono investimenti per il personale convenzionato con l'Ssn già nella manovra in discussione in questi giorni.*

*La Medicina Generale, sul tavolo degli ultimi Accordi collettivi nazionali firmati, ha condiviso il riequilibrio percentuale del valore delle quote variabili/accessorie di reddito rispetto alla parte fissa della quota capitolaria che gli stessi Mmg da tempo considerano non più adeguata ai carichi di lavoro e agli oneri organizzativi necessari a sostenerli.*

*Abbiamo dunque raccolto la richiesta degli stessi medici, che sono quindi pronti alla sfida di essere misurati su obiettivi.*

*Ma per poter raggiungere questi obiettivi non bisogna sottovalutare la necessità di strumenti e dotazioni organizzative, individuali e collettive, che richiedono investimenti anche dello stesso professionista a cui però non si può più chiedere di restringere ulteriormente il proprio reddito professionale.*

*Servono quindi meccanismi indiretti di vantaggio fiscale applicabili al reddito accessorio, considerato che gli obiettivi raggiunti con queste progettualità produrranno servizi e conseguenti risultati assistenziali al servizio pubblico, determinando potenzialmente risparmi più che spese.*

*Basterebbe citare a questo proposito i processi di transizione digitale applicata al mondo della sanità, elemento capace di offrire evidenti vantaggi per i pazienti, i loro caregiver, i medici e conseguentemente per le istituzioni sanitarie.*

*È chiaro che una transizione spinta può impattare sui processi e modificare gli equilibri tra i professionisti della sanità, favorendo integrazione ma anche modelli di sovrapposizione di funzioni non coerenti con quelle specifiche dei diversi professionisti.*

*Solo i processi governati dagli stessi professionisti possono favorirne il cambiamento senza determinarne l'involuzione o peggio la subordinazione intellettuale.*

*È dunque essenziale che la Medicina Generale, forte delle proprie caratteristiche, sia coinvolta nel modello per la transizione digitale e definisca se stessa nell'ambito di un ecosistema informatico come componente integrata, in coerenza con la propria funzione ma anche con gli obiettivi della programmazione nazionale, regionale e aziendale.*

*Una tale integrazione si sommerà ai benefici dei processi d'innovazione e formazione connessi, risolvendo nuovi compiti e funzioni solo se sostenuti da concetti di fiduciarità digitale e non da fenomeni di disintermediazione digitale.*

*Una medicina di famiglia così integrata potrà portare al sistema dell'assistenza territoriale, grazie a meccanismi di trasferimento fiduciario, una percezione di maggiore prossimità per il paziente, potrà sostenere e monitorare processi di domiciliarità a distanza facilitando una risposta concreta nelle aree scoperte, rendendosi fulcro dello sviluppo di una vera rete di medicina d'iniziativa monoprofessionale e multiprofessionale.*

*Questa rete, se sostenuta da piattaforme professionali proprie della Medicina Generale, potrà avvantaggiarsi di sistemi di segmentazione e analisi del rischio di popolazione, amplificati anche da processi di connessione digitale medico-*



paziente.

Esperienze di questo tipo sono state condotte con successo durante la pandemia Covid per consentire la prioritizzazione all'accesso vaccinale e all'uso degli antivirali mettendo chiaramente in evidenza come i classici Clinical Trial possano essere affiancati da modelli di Ricerca dinamica, basati su grandi numeri, flessibilità adattativa e informazioni tratte dal mondo reale attraverso il contributo della Medicina generale.

È di questi giorni, infatti, la firma di un Protocollo d'intesa tra l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa) e la Federazione italiana Medici di medicina generale (Fimmg), finalizzato a costruire eventi informativi e formativi rivolti ai Mmg e ai Dirigenti Sanitari dell'Agenzia (medici, farmacisti, biologi, chimici), per promuovere la partecipazione dei Mmg a progetti di ricerca. Questa collaborazione contribuirà a rispondere al bisogno terapeutico dei pazienti, a rendere più equo l'approccio al farmaco, a favorire la sostenibilità economica del nostro Ssn e Ssr, con il fondamentale contributo della Medicina Generale.

Impossibile non concludere la relazione con il tema che caratterizza l'attività di una rappresentanza contrattuale, ovvero le nostre proposte di evoluzione attraverso l'Acn di una Medicina Generale che scelga di evolvere e rompere muri interni ed esterni.

Per Fimmg è imprescindibile la conferma dell'attuale stato contrattuale di Convenzione oggi previsto, confermando l'assoluta contrarietà alla trasformazione dei sistemi territoriali convenzionati verso la dipendenza o sistemi misti. Appare però necessario che la Medicina Generale si interroghi al proprio interno sulla impellente necessità di organizzare una risposta degli studi medici a maggiore intensità di offerta (diagnostica di primo livello) e temporale (H12 e H16) rendendolo sostenibile e compatibile con un soddisfacente equilibrio tra vita privata e vita lavorativa.

Questa organizzazione deve trovare risposte di relazione e coordinamento con i modelli di sviluppo delle Case di Comunità Hub e Spoke, delle Centrali Operative Territoriali e con gli Ospedali di Comunità, ricordando che il DM 77 sostiene tali modelli come integrativi e non sostitutivi dell'attuale offerta di medicina generale.

Si potrebbero prevedere interventi normativi che possano modificare i contenuti dell'art. 8 comma 1 del D.Lgs 502/1992, riportando alla contrattazione nazionale l'identificazione dei livelli massimali e ottimali, di compatibilità tra svolgimento dell'attività oraria e di scelta (Ruolo Unico), senza trascurare lo sviluppo della capacità di libera professione dei medici convenzionati.

Vanno definiti gli standard minimi di composizione, organizzazione e strumenti che rendano coerente l'offerta assistenziale/territoriale all'estensione in km<sup>2</sup> dell'area di assistenza sia per la risposta del singolo medico (area disagiata) sia per i medici appartenenti alle stesse Aggregazioni Funzionali Territoriali (concetto di medico/medici per km<sup>2</sup>).

La AFT diventerebbe pertanto soggetto contrattuale nella organizzazione complessa, sia per l'erogazione diretta di servizi aggiuntivi rispetto alle attività ordinarie previste per il singolo studio medico, sia nel rapporto con le attività previste nelle Case di Comunità Hub e Spoke.

Serve uno strumento normativo e contrattuale che dia forma alla AFT come soggetto monoprofessionale medico, capace pertanto di erogare prestazioni sanitarie e caratterizzandosi come una forma giuridica di interesse sociale e pubblico. In un breve titolo "la Medicina Generale al bivio tra mura e cura" c'è tutto il senso della sfida che abbiamo di fronte. Potremo trovarci al bivio di un'evoluzione digitale che con automatismi predeterminati sembra aiutarci e semplificarci il lavoro ma, di fatto, ci ruba la nostra anima professionale.

Potremo trovarci al bivio di un'evoluzione digitale che grazie alla telemedicina, all'empowerment digitale del paziente arricchiti dal rapporto fiduciario ci aiutano a gestire al meglio i nostri pazienti riducendo distanze e tempi di intervento. Nel bivio tra l'isolamento professionale e l'integrazione multiprofessionale dovremo implementare il valore di un lavoro di équipe che, definendo correttamente ruoli, relazioni, competenze, ne crei un effetto amplificativo di funzione per tutti i professionisti sanitari partecipanti.

Potremo dover rompere mura esterne che vogliono predeterminare le nostre azioni, i nostri comportamenti, in sintesi il nostro essere dei professionisti intellettuali appartenenti a un ambito ordinistico e costituzionale, che attribuisce autonomia professionale ma richiede sempre ruolo e responsabilità.

Potremo dover rompere mura interne a noi stessi, che ci appaiono protettive e invece non ci permettono di guardare a quello che intorno a noi evolve, rendendoci immobili in un mondo che cambia.

Negli anni 2000 Jack Folla sosteneva: "un uomo solo che guarda il muro è un uomo solo. Due uomini che guardano il muro è il principio di una evasione".

Fimmg c'è.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-10-04/medicina-generale-bivio-mura-e-cura-164138.php?uid=AFpczc6&cmpid=nlqf>



## Laureati delle Professioni sanitarie: occupazione quasi stabile e sempre primi in classifica

04/10/2023 in Professioni

**L'area delle Professioni Sanitarie che negli ultimi 2-3 anni ha dovuto fare fronte alla pandemia da Covid19 continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni.**

**Angelo Mastrillo**, Docente in Organizzazione delle Professioni Sanitarie dell'Università di Bologna; Segretario della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

È quasi stabile attorno all' 80% 'occupazione per l'area delle Professioni sanitarie che lo scorso anno era all' 81%. Lo evidenzia il XXV Rapporto annuale del Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea di Bologna, sul Profilo e sulla Condizione Occupazionale dei Laureati, che è stato presentato all'evento: "Mobilità territoriale dei laureati: quale sostenibilità?" che si è svolto lo scorso il 12 giugno all'Università di Palermo alla presenza del Rettore Massimo Midiri, dal Presidente del Consorzio AlmaLaurea, Ivano Dionigi, e dal Direttore Marina Timoteo. In particolare per i 16.856 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2021 si rileva (**tabella 1**) che, rispetto agli 11.720 laureati che hanno risposto all'indagine (70%) si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.205), pari a -2,4 punti percentuali, essendo sceso al 78,5% rispetto all' 80,9% dello scorso anno, quando si era invece registrato un incremento di 2,6 punti percentuali sul 78,3% rilevato tra i laureati del precedente anno 2019.

In generale per l'insieme delle varie aree disciplinari si rileva un aumento della quota di occupati con +4,9 punti percentuali che riguarda il totale di 167.467 laureati di primo livello, di cui hanno risposto 115.006 (quasi il 70%), con 46.714 occupati, numero quasi uguale rispetto ai 41.130 dello scorso anno, quando i laureati erano 164.024 e le risposte 115.076.

**Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari.**

Resta in ogni caso la diminuzione rispetto a 15 anni fa, di -8,5 punti percentuali, dall' 87,0% del 2007 al 78,5% del 2021, mentre era all'80,9% tra i laureati dell'anno 2020 (**tabella 2**).

**Tra i laureati del 2021, rispetto a quelli del 2020, si osservano valori di livello occupazionale diversi fra le quattro aree:** -4,4 punti percentuali per l'area Infermieristica che scende dall' 84,3% al 79,9%; lieve calo per le professioni della Riabilitazione con -1,0 punti percentuali, dal 78,9% del 2020 al 77,9% del 2021.

Mentre al contrario è più alta l'occupazione, di +2,5 punti percentuali, per l'area tecnica dal 71,6% al 74,1% e soprattutto per l'area della Prevenzione, di ben +10,5 punti percentuali, dal 66,3% del 2020 al 76,8% del 2021.

### Differenze fra le 22 Professioni sanitarie

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2021 (**tabella 3**), si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti e sopra la media del 78,5%: Assistente sanitario con 84,1%, probabilmente per l'incidenza del periodo di pandemia che ha richiesto un deciso aumento del personale, con netto aumento anche rispetto al 56,8% dell'anno 2007.

A seguire al secondo posto, con 81,3%, Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva che era all' 83,3% nel 2020 e al terzo Igienista Dentale con 81,2%, quindi al quarto posto Infermiere con 80,6% seguito da Tecnico di Radiologia con 80,4%.

Mentre, al contrario, agli ultimi cinque posti, fra il 72,3% e il 52,9%, si trovano: Ortottista con 72,3% che era al 58,9% nel 2020, Tecnico Audioprotesista con 71,1%, Ostetrica con il 70,2%, Tecnico di Fisiopatologia cardiocircolatoria con il 54,9% e a chiudere Dietista con 52,9%.

Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni sugli ultimi 15 anni, fra i laureati dal 2007 al 2021 abbiamo ai primi cinque posti: Logopedista e Igienista Dentale con 86% per entrambi, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%.

A seguire, con 79% Podologo, 78% Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva, nonché Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%. Mentre sono sotto la media del 74% le restanti 13 Professioni: Terapista Occupazionale 73%, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica 68%, Infermiere pediatrico 63%, Assistente sanitario 62%, Tecnico Radiologia 61%, Ortottista 60%, Tecnico Prevenzione 59%, Tecnico Audiometrista con 57%, Dietista 56%, Tecnico Neurofisiopatologia 53%, seguiti agli ultimi tre posti da Ostetrica con 53%, Tecnico Laboratorio 49% e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria al 40%.

In conclusione, l'area delle Professioni Sanitarie che negli ultimi 2-3 anni ha dovuto fare fronte alla pandemia da Covid19 continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni.

<https://www.panoramasanita.it/2023/10/04/laureati-delle-professioni-sanitarie-occupazione-quasi-stabile-e-sempre-primi-in-classifica/>

THE LANCET Regional Health  
Europe

## **Passare dalla crisi del personale sanitario al successo del personale sanitario: il momento di agire è adesso**

**Natasha Azzopardi-Moscato, Tommaso Zapata e Hans Kluge**

**Pubblicato: 26 ottobre 2023**

**DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2023.100765>**

L'Europa è nel mezzo di una crisi del personale sanitario.

Ma questa crisi è composta da molte crisi contemporaneamente: è una crisi del lavoro, una crisi della salute mentale, una crisi dell'istruzione, una crisi dell'uguaglianza di genere e una crisi degli investimenti finanziari.

In primo luogo, si tratta di una **crisi del lavoro** perché i paesi hanno difficoltà a trattenere gli operatori sanitari e assistenziali esistenti nel sistema sanitario e ad assumerne di nuovi per rispondere adeguatamente alla crescente domanda di servizi sanitari negli ultimi anni.

Si registra un crescente abbandono degli operatori sanitari dovuto a: invecchiamento della forza lavoro (in 13 paesi europei più del 40% dei medici ha più di 55 anni); aumento dell'assenteismo e delle dimissioni (aumento del 62% durante la pandemia di COVID-19); aumento del numero di decessi durante la pandemia di COVID-19 (si stima che siano morti 50.000 operatori sanitari in Europa); e una maggiore migrazione degli operatori sanitari e assistenziali in alcuni paesi (aumento del 27% e del 79% nella migrazione globale verso i paesi OCSE dopo la pandemia di COVID-19).

In secondo luogo, si tratta di una **crisi di salute mentale** perché gli operatori sanitari e assistenziali stanno sperimentando un elevato burnout (il 52% degli operatori sanitari riferisce di aver sperimentato il burnout).

Gli operatori sanitari erano esposti a carichi e orari di lavoro elevati prima della pandemia di COVID e la situazione si è aggravata durante e dopo la pandemia di COVID. Stress, ansia e depressione sono stati sintomi comuni sperimentati dagli operatori sanitari e assistenziali e che contribuiscono ad aumentare l'attrito, l'insoddisfazione e la ridotta produttività.

In terzo luogo, si tratta di una **crisi dell'istruzione** perché molti istituti di istruzione in Europa non si sono ancora adattati per educare e formare le nuove generazioni di operatori sanitari e assistenziali con le capacità e le competenze necessarie per essere adeguati alle esigenze presenti e future del sistema sanitario. .

Un esempio è l'inclusione delle competenze sanitarie digitali nei curricula.

In quarto luogo, è una **crisi di uguaglianza di genere**. Le donne costituiscono il 75% del personale sanitario in Europa, tuttavia, si trovano ad affrontare un divario retributivo del 24% rispetto agli uomini, hanno condizioni di lavoro più sfavorevoli, subiscono una maggiore violenza sul posto di lavoro e molestie sessuali e occupano meno posizioni di leadership rispetto agli uomini.

Infine, è una **crisi degli investimenti finanziari**. Dopo la crisi finanziaria del 2008, i tagli al bilancio sanitario e ai salari degli operatori sanitari hanno ridotto il potere d'acquisto degli operatori sanitari e diminuito il numero di posti di lavoro per gli operatori sanitari. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato una finestra di opportunità per maggiori investimenti nel settore sanitario e nella sua forza lavoro, ma la recente guerra e l'aumento dell'inflazione rappresentano una sfida per gli investimenti necessari nel settore sanitario e nella forza lavoro.

Ma questa quintupla crisi del personale sanitario è anche una grande opportunità per trasformare e rafforzare il personale sanitario dei paesi europei per contribuire a sistemi sanitari più forti e più resilienti. Come abbiamo affermato nel nostro precedente rapporto regionale dell'OMS sul personale sanitario e assistenziale, "il momento di agire è adesso".

L'OMS Europa, insieme ai suoi Stati membri, ha dato priorità al personale sanitario e ha prodotto un "Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale 2023-2030" per guidare la trasformazione richiesta. Il quadro, che ha cinque pilastri, mette al centro gli operatori sanitari e assistenziali. Il pilastro centrale è "**Retain and Recruit**". Comprende azioni

politiche volte a migliorare le condizioni di lavoro degli operatori sanitari e assistenziali per invertire la crisi del lavoro, della salute mentale e dell'uguaglianza di genere. Il miglioramento delle condizioni di lavoro implica, tra le altre cose, la riduzione dei carichi di lavoro pesanti, la riduzione degli orari di lavoro eccessivi, una maggiore flessibilità negli accordi contrattuali e la garanzia di un'equa remunerazione. Queste azioni contribuiranno a migliorare la salute mentale e il benessere degli operatori sanitari e ad aumentare l'attrattiva dei lavori sanitari, anche nelle zone rurali, per gli operatori sanitari esistenti e per le nuove generazioni di giovani studenti.

Il secondo pilastro è **"Ottimizzare le prestazioni"**. Comprende azioni politiche per aumentare l'efficienza dei limitati operatori sanitari disponibili nel sistema sanitario. Si tratta di riconfigurare i servizi sanitari, utilizzando le tecnologie sanitarie digitali e ridefinendo i team e il mix di competenze per massimizzare le risorse umane limitate e garantire che le azioni che svolgono aggiungano valore.

Il terzo pilastro è **"Build Supply"** e riguarda la modernizzazione dell'educazione e della formazione sanitaria, compresa la creazione di competenze sanitarie digitali per creare una forza lavoro sanitaria adatta allo scopo per le richieste e le esigenze dei servizi sanitari presenti e futuri.

Gli ultimi due pilastri sono i pilastri abilitanti, **"Piano"** e **"Invest"**. La pianificazione del personale sanitario è essenziale per anticipare le esigenze future del sistema sanitario e iniziare ad agire su di esse ora. Il rafforzamento della capacità delle risorse umane per le unità sanitarie dei ministeri della Sanità, comprese le altre parti interessate, e il miglioramento delle risorse umane per i sistemi informativi e i dati sanitari sono alcune delle azioni volte a migliorare la pianificazione del personale sanitario. Aumentare gli investimenti nel personale sanitario sarà una preconditione per migliorare le condizioni di lavoro e l'educazione sanitaria. Allo stesso tempo sarà necessario investire in modo più intelligente, investendo in quelle aree che aggiungono valore.

Durante il recente Comitato Regionale dell'OMS tenutosi ad Astana, Kazakistan, dal 24 al 26 ottobre, tutti i paesi della Regione Europea dell'OMS hanno preso atto della **"Dichiarazione di Bucarest sulla forza lavoro sanitaria e assistenziale"**, hanno approvato il **"Quadro d'azione per il personale sanitario e assistenziale 2023-2030"** e hanno adottato all'unanimità una risoluzione per attuare il quadro e rafforzare il personale sanitario. I paesi di tutta la regione si sono impegnati politicamente ad agire sui cinque pilastri per trasformare la quintuplice crisi del personale sanitario in una situazione in cui gli operatori sanitari sono valorizzati, rispettati e protetti e possono contribuire a migliorare i sistemi sanitari e i risultati sanitari delle persone.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(23\)00184-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(23)00184-9/fulltext)

quotidianosanita.it

## **Infermieri. "In Italia ne mancano all'appello da 170 a 250mila. Una voragine senza precedenti". Lo studio del Nursing Up**

*"La politica decida finalmente di accogliere le legittime istanze degli infermieri e degli altri professionisti dell'area non medica. Solo un aumento degli stipendi può arginare la fuga delle nostre migliori eccellenze verso paesi stranieri". Questo il messaggio arrivato dal Congresso Nazionale Quadri Dirigenti del Nursing Up*

**13 OTT -**

*"Gli infermieri e gli altri professionisti dell'assistenza non intendono arretrare di un solo millimetro sulle proprie legittime posizioni e chiedono finalmente una radicale valorizzazione economico-contrattuale che la politica ha il dovere di non procrastinare ulteriormente, dal momento che in ballo non c'è solo il futuro dei professionisti dell'area non medica dove, gli infermieri, da soli, rappresentano oltre la metà del comparto sanitario, ma soprattutto in gioco c'è più che mai la stabilità della tutela della salute della collettività".*

*Questa la richiesta che arriva dal Congresso nazionale Quadri Dirigenti del Nursing Up che si è svolto oggi a Roma e nel corso del quale -alla presenza del Sottosegretario alla Salute, On. Gemmato - sono stati presentati da **Antonio De Palma**, Presidente Nazionale i risultati di uno studio targato Nursing*

**Voragine senza fondo, in Italia mancano 250mila professionisti**

*"Gli attuali riscontri dello studio – ha detto – sono in sintonia con il recente 18esimo Rapporto Crea Sanità, ma anche con i dati Eurostat 2020, che indicano un gap di ben 337 infermieri ogni 100mila abitanti rispetto agli standard europei (in Italia ce ne sono 626 rispetto ai 963 dei paesi Ue).*

Le stime dello studio, aggiornate ai dati dell'anno 2022 ultimi disponibili, che tengono conto anche di pensionamenti, PNRR, esigenze infermieri di famiglia, ed assunzioni intercorse in periodo Covid, mettono in evidenza che nel nostro Paese si parte da una carenza strutturale non inferiore ai 175.600 infermieri, se il confronto è con la media dei paesi Europei, per arrivare a non meno di 227,200, se il confronto si limita solo ai paesi dell'Unione Europea.

Peraltro, come è emerso chiaramente dal rapporto, il costante invecchiamento della popolazione aumenta e aumenterà a dismisura il fabbisogno di infermieri e renderà ancor più indispensabile il ruolo chiave per tutela della collettività da parte dei professionisti dell'assistenza, dentro e soprattutto fuori dalle realtà ospedaliere, giustificato dalle elevate competenze di cui i nostri professionisti sono legittimi titolari.

La politica non può continuare a minimizzare le gravi carenze del nostro SSN che si abbattono come colpi di mannaia sul futuro dei professionisti della sanità e sulla tutela della salute della collettività. Inutile girarci intorno, inutile perdersi in chiacchiere improduttive. Solo un congruo e legittimo aumento di stipendio per infermieri, ostetriche e per gli altri professionisti dell'area non medica può arginare l'emorragia di infermieri in atto, tra fughe delle nostre migliori eccellenze all'estero e dimissioni volontarie.

La professione infermieristica continua a essere tra quelle che offre maggiori sbocchi lavorativi in Italia, lo rivelano report autorevoli, soprattutto siamo e continueremo a essere capaci di formare professionisti di altissimo profilo, naturalmente ambittissimi all'estero. E cosa invece succede? Ce li lasciamo scappare, permettiamo ad altri Paesi, con offerte che da noi sono pura utopia, di privarci delle fondamenta su cui ricostruire la sanità del presente e del futuro".

A livello nazionale il calo degli iscritti al corso di laurea in Infermieristica ha raggiunto il 10,5%, passando dalle 25.539 domande dello scorso anno alle attuali 22.870 su 19.860 posti disponibili complessivi. Rispetto alla media annuale sugli ultimi 11 anni, i Laureati in infermieristica sono 11.436 sui 15.464 posti messi a bando, pari al 74%.

"E' palese – conclude De palma – che, con i pensionamenti e i concorsi che finiscono praticamente deserti, a causa di offerte ritenute troppo spesso poco edificanti, rischiamo concretamente di perdere addirittura il 30% di infermieri nei prossimi tre anni".

[https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=117540](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=117540)

**quotidianosanita.it**

## **Professioni sanitarie: dopo la laurea l'80% trova subito lavoro**

**Angelo Mastrillo**, Docente in Organizzazione delle Professioni Sanitarie dell'Università di Bologna  
Segretario della Conferenza Nazionale dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie

In conclusione, l'area delle Professioni Sanitarie che negli ultimi 2-3 anni ha dovuto fare fronte alla pandemia da Covid19 continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni. Ai primi 5 posti per tassi di occupazione: Assistente sanitario con 84,1%; con 81,3%, Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva; Igienista Dentale con 81,2%; Infermiere con 80,6%; Tecnico di Radiologia con 80,4%.

**04 OTT -**

È quasi stabile attorno all' 80% 'occupazione per l'area delle Professioni sanitarie che lo scorso anno era all' 81%. Lo evidenzia il XXV Rapporto annuale del Consorzio Interuniversitario AlmaLaurea di Bologna, sul Profilo e sulla Condizione Occupazionale dei Laureati, che è stato presentato il 12 giugno 2023 all'Università di Palermo alla presenza del Rettore Massimo Midiri, dal Presidente del Consorzio AlmaLaurea, **Ivano Dionigi**, e dal Direttore **Marina Timoteo**.

In particolare per i 16.856 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2021 si rileva (tabella 1) che, rispetto agli 11.720 laureati che hanno risposto all'indagine (70%) si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.205), pari a -2,4 punti percentuali, essendo sceso al 78,5% rispetto all' 80,9% dello scorso anno, quando si era invece registrato un incremento di 2,6 punti percentuali sul 78,3% rilevato tra i laureati del precedente anno 2019.

In generale per l'insieme delle varie aree disciplinari si rileva un aumento della quota di occupati con +4,9 punti percentuali che riguarda il totale di 167.467 laureati di primo livello, di cui hanno risposto 115.006 (quasi il 70%), con 46.714 occupati, numero quasi uguale rispetto ai 41.130 dello scorso anno, quando i laureati erano 164.024 e le risposte 115.076.

Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari.

Resta in ogni caso la diminuzione rispetto a 15 anni fa, di -8,5 punti percentuali, dall' 87,0% del 2007 al 78,5% del 2021, mentre era all' 80,9% tra i laureati dell'anno 2020 (tabella 2).

Tra i laureati del 2021, rispetto a quelli del 2020, si osservano valori di livello occupazionale diversi fra le quattro aree: -4,4 punti percentuali per l'area Infermieristica che scende dall' 84,3% al 79,9%; lieve calo per le professioni della Riabilitazione con -1,0 punti percentuali, dal 78,9% del 2020 al 77,9% del 2021.

Mentre al contrario è più alta l'occupazione, di +2,5 punti percentuali, per l'area tecnica dal 71,6% al 74,1% e soprattutto per l'area della Prevenzione, di ben +10,5 punti percentuali, dal 66,3% del 2020 al 76,8% del 2021.

### **Differenze fra le 22 Professioni sanitarie**

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2021, si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti e sopra la media del 78,5%: Assistente sanitario con 84,1%, probabilmente per l'incidenza del periodo di pandemia che ha richiesto un deciso aumento del personale, con netto aumento anche rispetto al 56,8% dell'anno 2007. A seguire al secondo posto, con 81,3%, Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva che era all' 83,3% nel 2020 e al terzo Igienista Dentale con 81,2%, quindi al quarto posto Infermiere con 80,6% seguito da Tecnico di Radiologia con 80,4%.

Mentre, al contrario, agli ultimi cinque posti, fra il 72,3% e il 52,9%, si trovano: Ortottista con 72,3% che era al 58,9% nel 2020, Tecnico Audioprotesista con 71,1%, Ostetrica con il 70,2%, Tecnico di Fisiopatologia cardiocircolatoria con il 54,9% e a chiudere Dietista con 52,9%.

Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni sugli ultimi 15 anni, fra i laureati dal 2007 al 2021 abbiamo ai primi cinque posti: Logopedista e Igienista Dentale con 86% per entrambi, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%.

A seguire, con 79% Podologo, 78% Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva, nonché Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%. Mentre sono sotto la media del 74% le restanti 13 Professioni: Terapista Occupazionale 73%, Tecnico Riabilitazione Psichiatrica 68%, Infermiere pediatrico 63%, Assistente sanitario 62%, Tecnico Radiologia 61%, Ortottista 60%, Tecnico Prevenzione 59%, Tecnico Audiometrista con 57%, Dietista 56%, Tecnico Neurofisiopatologia 53%, seguiti agli ultimi tre posti da Ostetrica con 53%, Tecnico Laboratorio 49% e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria al 40%.

In conclusione, l'area delle Professioni Sanitarie che negli ultimi 2-3 anni ha dovuto fare fronte alla pandemia da Covid19 continua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso degli anni.

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117189](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117189)



## **Servizi di telemedicina condotti da infermieri professionali: una scoping review**

**Julia Charalambous, Olivia Hollingdrake, Jane Currie**

**Disponibile online dal 19/10/2023**

**Scopo:** Esplorare la preparazione degli infermieri per fornire servizi di telemedicina e il loro impatto sull'accesso alle cure.

**Progetto:** Scoping review

**Metodi:** Una ricerca è stata intrapresa il 4 aprile 2022. Studi primari incentrati sugli infermieri e sui loro pazienti impegnati in servizi di telemedicina in qualsiasi contesto sanitario o area clinica in Australia, Nuova Zelanda, Stati Uniti, Canada, Regno Unito e Irlanda, pubblicati tra Dal 2010 al 2022 sono stati inclusi. I risultati dello studio sono stati analizzati utilizzando il metodo Levesque et al. (2013) quadro sull'accesso alle cure e



framework sui modelli, progressi, lacune, prove per la pratica e raccomandazioni di ricerca (Bradbury-Jones et al., 2021). La checklist PRISMA-ScR è stata utilizzata per guidare la rendicontazione.

**Origine dei dati:** Database CINAHL, Medline, Scopus ed Embase.

**Risultati:** Sono stati inclusi quarantadue studi. Gli studi (n = 28) relativi all'accesso alle cure si sono concentrati su adeguatezza/capacità di impegnarsi (n = 14), accessibilità/capacità di pagare (n = 1) e disponibilità/capacità di raggiungere (n = 13). Sono stati segnalati elevati livelli di soddisfazione per la telemedicina, tra cui tempi e costi di viaggio ridotti e flessibilità degli appuntamenti. La soddisfazione della telemedicina era ridotta quando era presente una necessità percepita di valutazione fisica o problemi di privacy. I fornitori di servizi hanno segnalato una diminuzione delle presentazioni di emergenza, un minor numero di appuntamenti mancati e un maggiore coinvolgimento dei consumatori. Quattordici studi relativi alla formazione degli infermieri, utilizzando una serie di approcci come moduli di formazione didattica, simulazioni ed esperienze cliniche, tutti pubblicati negli ultimi 3 anni.

**Conclusioni:** I risultati suggeriscono che la telemedicina guidata da infermieri ha migliorato l'accesso alle cure. Alti livelli di soddisfazione indicano che i pazienti accettano la telemedicina guidata da infermieri. Gli impatti sull'uso dei servizi sanitari e sul coinvolgimento dei pazienti supportano ulteriormente la fattibilità della telemedicina guidata da infermieri. Il recente aumento degli studi sulla formazione in telemedicina riflette la rapida adozione dell'assistenza in telemedicina nel mainstream.

**Implicazioni per la professione e/o la cura del paziente:** I pazienti percepiscono la telemedicina come accettabile e adeguata a soddisfare le loro esigenze sanitarie e migliorare l'accesso alle cure. È probabile che la telemedicina costituisca un pilastro nell'erogazione continua dell'assistenza sanitaria, pertanto gli infermieri professionisti devono avere una preparazione educativa per fornire la telemedicina.

**Impatto:** Questa revisione di ambito fornisce informazioni sulle modalità con cui gli infermieri forniscono servizi di telemedicina, su come vengono formati per fornire servizi di telemedicina e sul loro impatto sull'accesso alle cure. La telemedicina guidata da infermieri migliora l'accesso alle cure attraverso la fornitura di servizi e gli ambiti della prospettiva del consumatore. La formazione in telemedicina degli infermieri è un argomento emergente. Questa ricerca è preziosa per gli infermieri che utilizzano la telemedicina, per i formatori degli infermieri e per i decisori politici della telemedicina.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16898>

## Interventi educativi a domicilio per prevenire le complicanze nei pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare: una revisione sistematica

G Franceschini, G Talevi, S Maso, D Comparcini, M Porfiri, G Cicolini, V Simonetti

*Pubblicato il 24 ottobre 2023*

DOI:10.7416/ai.2023.2582

**Premessa:** L'impianto di dispositivi di assistenza ventricolare è l'unica alternativa efficace al trapianto cardiaco nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica, in termini di sopravvivenza e qualità di vita. Tuttavia, il loro impianto può portare a complicazioni fisiche e psicologiche, potenzialmente prevenibili, soprattutto a lungo termine, attraverso l'educazione dei pazienti. Questa ricerca si proponeva di riassumere le migliori evidenze attuali sulle strategie educative nei confronti dei pazienti dopo l'impianto di dispositivi di assistenza ventricolare, in un contesto di assistenza domiciliare, per ridurre le principali complicanze correlate, ovvero infezioni della linea di trasmissione, emorragie gastrointestinali e complicanze psicologiche.

**Disegno dello studio:** Revisione sistematica.

**Metodi:** La selezione dei titoli e degli abstract, lo screening dei testi completi, la valutazione della qualità degli studi e l'estrazione dei dati hanno seguito il protocollo PRISMA e il Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. La ricerca è stata condotta attraverso la consultazione di banche dati quali Medline, Scopus, EMBASE e Web of Science, nel periodo compreso tra marzo 2022 e dicembre 2022, in relazione ad articoli in lingua inglese, dall'elaborazione delle stringhe di ricerca e dei criteri di inclusione ed esclusione.

**Risultati:** Dei 1.231 articoli identificati, 9 sono stati selezionati perché coerenti con i criteri di inclusione. Sono stati identificati gli interventi educativi più efficaci per i pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare, erogati da team multidisciplinari coordinati da un professionista esperto nella gestione dei dispositivi di assistenza ventricolare e condotti regolarmente. In particolare, le emorragie gastrointestinali e le infezioni della guaina potrebbero essere prevenute e ridotte da interventi educativi complessi e multimodali, compresi interventi telefonici e tramite app. Le strategie educative basate su istruzioni verbali, dimostrazioni pratiche, tecnologie innovative e coinvolgimento attivo delle famiglie/caregiver sono risultate particolarmente efficaci nella prevenzione delle complicanze psicologiche.

**Conclusioni:** Investire tempo e risorse nell'educazione dei pazienti con dispositivi di assistenza ventricolare è obbligatorio, dato l'impatto significativo dei risultati educativi sulla riduzione delle complicanze. Inoltre, gli interventi educativi orientati al benessere psicologico del paziente hanno effetti positivi anche sulla sua compliance, con risultati clinici promettenti. Tuttavia, sono necessarie ricerche più approfondite per supportare i professionisti nello sviluppo di piani educativi efficaci per pazienti così fragili e complessi.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37885355/>

## Nuove fragilità digitali: le proposte della FNOPI

19/10/2023

**Publicato online: 19 ottobre 2023**

C'è un nuovo rischio soprattutto per i 14 milioni di malati cronici più gravi (in tutto le cronicità colpiscono oltre 22 milioni di italiani) e anche per i 13 milioni di abitanti nelle aree interne dove la qualità dell'offerta sanitaria è spesso difficile: *la fragilità digitale*.

La soluzione che il nuovo modello di sanità disegnata dal PNRR ha pensato soprattutto (ma non solo) per loro è la teleassistenza, e sulla cosiddetta "connected care" negli ultimi due anni sono state bandite gare già per oltre 2,5 miliardi di euro.

Ma come avviene nei modelli tradizionali, dopo la diagnosi e la prescrizione della terapia, chi assiste, soprattutto sul territorio, il cittadino? Chi verifica le sue condizioni di salute e l'aderenza alle terapie? Chi controlla, registra e interviene nel caso di ulteriori bisogni di salute perché non sia lasciato solo?

Nelle nuove strutture e nel modello disegnato dal PNRR con il decreto 77/2022 di riordino dell'assistenza sul territorio a farlo è l'infermiere, in particolare quello di famiglia e comunità, presente nei vari target e a domicilio con precise responsabilità a tutti i livelli e che dà supporto all'assistito per tutte le sue necessità cliniche, assistenziali e anche sociali. Altrettanto deve avvenire nella "connected care": come realizzarlo la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) lo ha messo nero su bianco in un documento presentato a Roma in occasione di "Welfare – La fiera del fare Sanità".

“La Sanità Digitale – spiega Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI – è, a certe condizioni, un'occasione per la tutela della salute nel Paese, alla quale le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate.

Per questo la Federazione ha esplicitato la propria posizione per il successo della sanità digitale, in particolare di tutta quella parte che si attua sul territorio: lo sviluppo delle competenze relazionali digitali deve diventare parte dei percorsi formativi delle professioni di cura e in questo ambito la partecipazione della persona assistita e del caregiver al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità perché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto “.

Il documento FNOPI definisce "ultimo miglio" il luogo di prossimità che ha inizio dal domicilio della persona assistita ("la casa come primo luogo di cura") e si sviluppa attorno a esso con servizi in forma diretta per i cittadini, facilmente accessibili e con il minor impatto possibile sulla loro organizzazione di vita, determinando il criterio guida nelle scelte di investimento, organizzative e tecnologiche di sanità digitale.

È necessario sviluppare un modello organizzativo che preveda la partecipazione attiva della persona assistita e della sua rete privata in una logica di *co-progettazione*, perché la sua partecipazione e quella del caregiver al processo di cura è elemento centrale: la consapevolezza è un'opportunità, influisce sugli esiti di cura e migliora anche la sua percezione del servizio ricevuto.

I nuovi setting di sanità digitale, sottolinea il documento FNOPI, devono sviluppare la reciprocità dei processi di cura. *La qualità della relazione* è strumento di fiducia, motivazione, aderenza terapeutica ed esito generale del processo di cura.

Lo sviluppo delle competenze relazionali digitali deve diventare parte dei percorsi formativi delle professioni di cura e, da queste, deve essere "insegnato" ai cittadini, specie ai più fragili, altrimenti la diffusione di servizi digitali e dei sistemi on line rischia di aprire, nel breve e medio periodo, un nuovo divario, escludendo molti cittadini che presentano diverse forme di fragilità (deficit sensoriali, di reddito, di istruzione, di connettività, di lingua, ecc.).

E sulla responsabilità professionale legata alla sanità digitale, il documento FNOPI sottolinea la necessità di una modifica alla *Legge 24/2017* (quella, appunto, sulla responsabilità professionale in sanità), perché deve essere considerata come la responsabilità presente in qualunque setting di cura, dove è limitata ai casi di dolo o colpa grave, proprio perché si basa sul rapporto diretto e concordato con l'assistito e non su modelli precostituiti.

<https://www.fnopi.it/2023/10/19/welfare-fnopi-digitale/>



### Promoting physical activity and healthy diets for healthy ageing in the WHO European Region

#### Abstract

*Lo stile di vita e i progressi della medicina che contribuiscono alla longevità sono conquiste da celebrare, ma hanno comportato sfide sociali, economiche e sanitarie considerevoli e non intenzionali poiché l'aspettativa di vita aumenta più rapidamente degli anni di vita trascorsi in buona salute. In questo contesto, l'invecchiamento in buona salute – definito dall'OMS come un processo di sviluppo e mantenimento delle capacità funzionali per favorire il benessere negli anziani – non solo aumenta il benessere degli anziani, ma influenza anche direttamente i costi dell'assistenza sanitaria e dell'assistenza a lungo termine. . Sebbene lo stato di salute in età avanzata dipenda principalmente dagli stili di vita determinati durante l'età adulta e giovanile, anche il livello di attività fisica e la qualità della dieta in età avanzata sono importanti determinanti della salute, del benessere, dell'abilità funzionale, della mobilità e dell'indipendenza. Per la maggior parte degli anziani, un invecchiamento in buona salute significa molto di più della semplice assenza di malattie; rappresenta anche il mantenimento di una buona capacità funzionale. Questo rapporto sostiene gli investimenti nella promozione di stili di vita sani nella popolazione anziana per incoraggiare un invecchiamento sano e attivo e aumentare l'aspettativa di vita sana. Vengono presentati esempi stimolanti di innovazioni nella promozione dell'attività fisica e di un'alimentazione sana provenienti da tutta la regione europea dell'OMS per supportare l'implementazione e l'ampliamento degli interventi da parte degli Stati membri.*

<https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2023-8002-47770-70520>

## **Garantire i diritti per le persone disabili: metodi e strumenti innovativi per promuovere le opportunità e l'inclusione sociale**

**Roberta Salvadori**, dirigente medico, coordinatore medico Unità Valutazione Multidimensionale – Disabilità zona Empolese Valdarno Inferiore, Azienda USL Toscana Centro

**Paolo Amico**, dirigente medico, Direttore SOSD Coordinamento Sanitario Servizi Territoriali zona Empolese Valdarno Inferiore

**Sonia Iapichino**, dirigente medico, coordinatore medico Unità Valutazione Multidimensionale zona Empolese Valdarno Inferiore, Azienda USL Toscana Centro

**Parole chiave:** Inclusione, disabilità, autodeterminazione, diritti, opportunità

### **ABSTRACT**

Al fine di garantire l'empowerment e l'inclusione sociale della persona con disabilità, nel 2021 è stata istituita la Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (UVMD), unica per tutto il territorio Empolese Valdarno Valdelsa (EVV), con doppia declinazione "Minori" e "Adulti". Potenziali beneficiari tutte le persone con disabilità intellettiva, neuro-motoria e soggetti affetti da autismo residenti nel territorio EVV.

L'accesso alla valutazione è sia diretto tramite Segretariato Sociale che indiretto da segnalazione di soggetti della rete dei servizi (sociale/sanitario) che hanno in carico la persona e ne ravvisano un bisogno complesso. Il percorso si delinea con l'elaborazione – condivisione e sottoscrizione del Progetto di Vita comprensivo di: profilo di funzionamento, pianificazione interventi e loro durata, criteri/indicatori di valutazione ed entità di compartecipazione /valore del contributo.

Legato al Progetto di Vita è il budget di salute – innovativo **strumento organizzativo/gestionale** in grado di garantire l'**esigibilità del diritto alla salute** attraverso l'attivazione di **interventi socio-sanitari integrati**. Il termine budget non va inteso esclusivamente come insieme di risorse economiche, dal momento che nel budget rientrano anche quelle risorse professionali attivate al fine di promuovere contesti socio-familiari-relazionali idonei a garantire l'ottimale inclusione sociale della persona con disabilità.

Al fine di perseguire l'obiettivo ultimo di garantire l'empowerment della persona con disabilità e la sua inclusione sociale, con determina SDS del 2021, è stata costituita la Unità di Valutazione Multidimensionale Disabilità (di seguito UVMD) – unica per tutto il territorio di riferimento (Empolese Valdarno Valdelsa- di seguito EVV), con una doppia declinazione "Minori" e "Adulti" e che prevede:

- Nucleo componenti stabili UVMD – medico di comunità, assistente sociale e amministrativo.
- Componenti stabili UVMD con declinazione Minori – oltre al nucleo stabile, almeno un rappresentante/referente (psicologo, neuropsichiatra, fisiatra, fisioterapista) della micro-equipe di riferimento rispetto alla morbidità prevalente (autismo, disabilità intellettiva e disabilità neuromotoria)
- Componenti stabili UVMD con declinazione Adulti – oltre al nucleo stabile, la presenza di uno specialista psichiatra di riferimento per l'autismo e uno specialista fisiatra di riferimento per la disabilità neuromotoria e intellettiva in base alla co-morbilità prevalente.

Ai componenti stabili si possono aggiungere i componenti "a chiamata" qualora la valutazione necessiti di ulteriori competenze cliniche e assistenziali:

- esperti, infermiere, fisioterapista, neurologo, MMG, operatori del terzo settore (di seguito partner) coinvolti nell'offerta dei servizi, associazioni di volontariato (sportive, culturali), imprese locali (coinvolte nell'inserimento socio lavorativo)

Potenziali beneficiari sono tutte le persone con disabilità intellettiva, disabilità neuro-motoria e soggetti affetti da autismo residenti nel territorio di competenza della zona Empolese Valdarno Valdelsa.

L'accesso alla valutazione è unitario e universalistico e con modalità uniformi di accoglienza della segnalazione. Viene garantito sia un accesso diretto del cittadino, in prima istanza attraverso il Segretariato Sociale sia un accesso indiretto a seguito di segnalazione di altri soggetti della rete dei servizi del sistema sociale o sanitario che hanno in carico la persona e ravvisano un bisogno complesso.

Alla richiesta di valutazione della persona disabile finalizzata alla presa in carico segue l'attivazione della UVMD che procede con la definizione del profilo di funzionamento e l'elaborazione del Progetto di vita il cui obiettivo è proprio quello di garantire risposte ai bisogni e desideri della persona disabile e della sua famiglia e quello non meno importante di creare opportunità per mantenere le capacità funzionali residue e/o l'implementazione delle autonomie.



*Il percorso socioterapeutico-assistenziale complessivo appropriato al bisogno si estrinseca nel progetto di vita che si articola su tre direttive del funzionamento degli individui: la casa, il lavoro, la socialità.*

*Nel Progetto di vita sono contenuti:*

- profilo di funzionamento*
- pianificazione degli interventi (servizi e/o contributi) e loro durata*
- criteri e indicatori di valutazione*
- entità della compartecipazione o valore del contributo*

*Il profilo di funzionamento è elaborato secondo un algoritmo informatizzato che deriva dalla integrazione dei valori di valutazione di tutte le schede sopradescritte. Dall'elaborazione del profilo di funzionamento emerge un quadro che riassume la "fotografia" della persona. Si generano così le dimensioni emergenti che rappresentano il "potenziale di lavoro" su cui basare le priorità degli interventi e le modalità di risposta maggiormente orientate ad uno dei tre assi, a due o ai tre contemporaneamente e/o inseriti in un asset di offerta progressivo. Il progetto così come elaborato, viene condiviso e sottoscritto da commissione, interessato/ rappresentante legale e partner terzo.*

*Oltre alla normativa di supporto e alle risorse tradizionali, lo strumento innovativo legato al Progetto di Vita è il budget di salute. Il budget di salute è uno **strumento organizzativo-gestionale** in grado di garantire **l'esigibilità del diritto alla salute** attraverso l'attivazione di **interventi sociosanitari integrati**. Il termine budget non va inteso come strumento esclusivamente economico dal momento che, oltre alle **risorse economiche**, rientrano nel budget salute anche quelle **professionali ed umane** che, integrandosi, mirano a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione sociale della persona con disabilità. Presuppone la costruzione delle reti attivabili e termina con la disponibilità di un "paniere" di risorse a disposizione a cui poter attingere a seconda del progetto di vita impostato. A scopo esplicativo di seguito si riporta il modello di rete in implementazione sul territorio di competenza del presente progetto.*

*L'approccio prevede anche una **crescita delle capacità e della responsabilizzazione delle comunità locali** finalizzata a evitare la medicalizzazione dei disagi e delle fragilità sociali; attribuisce al **sistema dei servizi** il compito di creare le condizioni per garantire la **presa in carico** e la **continuità delle cure e dell'assistenza** ed il passaggio da un approccio di cura a quello di tutela del **bene-essere possibile** per quella persona in quel determinato contesto di vita.*

*In conclusione, il progetto è centrato da un lato sulla valutazione del profilo di funzionamento della persona (utilizzando strumenti come l'ICF), sul contesto familiare e di vita e su tutti gli elementi che impediscono la piena partecipazione; dall'altro sui sostegni in termini di facilitare l'accesso ai diritti, sostenere l'empowerment e l'abilitazione, anche con nuove figure di sostegno come i consulenti alla pari e gli assistenti personali. Il punto di vista e la modalità di approccio viene quindi profondamente trasformato.*

*La persona, la famiglia e la comunità sono il centro della progettazione, i professionisti e i servizi offrono sostegni appropriati per affrontare e superare barriere ostacoli e discriminazioni che impediscono il godimento dei diritti.*

*Il paradigma di lavoro risulta completamente esportabile in ogni contesto sociosanitario. Trattandosi prevalentemente di una metodologia organizzativa, risulta estremamente vantaggioso nei termini della circolarità dell'informazione, della globalità della presa in carico, delle economie d'intervento e della soddisfazione degli stakeholder interni ed esterni. Infine, con lo strumento budget di salute, il coinvolgimento dell'associazionismo e delle imprese locali il livello di integrabilità aumenta esponenzialmente fino a cogliere opportunità fin qui inesplorate.*

*Con questa diversa prospettiva di approccio al paziente si rende necessario favorire un cambiamento culturale ed andare verso un nuovo sistema di assessment, ancor oggi basato su barème di patologie misurato in percentuale per definire una soglia numerica oltre la quale si assegnano benefici.*

*Occorre continuare a lavorare sulla co-progettazione pubblico-privato sociale, al fine di garantire un punto di equilibrio tra i bisogni di autonomia della persona, la capacità progettuale del privato sociale e l'interesse di sostenibilità e di appropriatezza dei percorsi del sistema pubblico.*

*Infine, l'intero modello organizzativo è inoltre coerente con l'investimento 1.2 **PERCORSI DI AUTONOMIA PER PERSONE CON DISABILITA'** nell'azione AZIONE "PROGETTO INDIVIDUALIZZATO" – attività rafforzamento équipe/valutazione multidimensionale/progettazione individualizzata/attivazione sostegni del PNRR.*

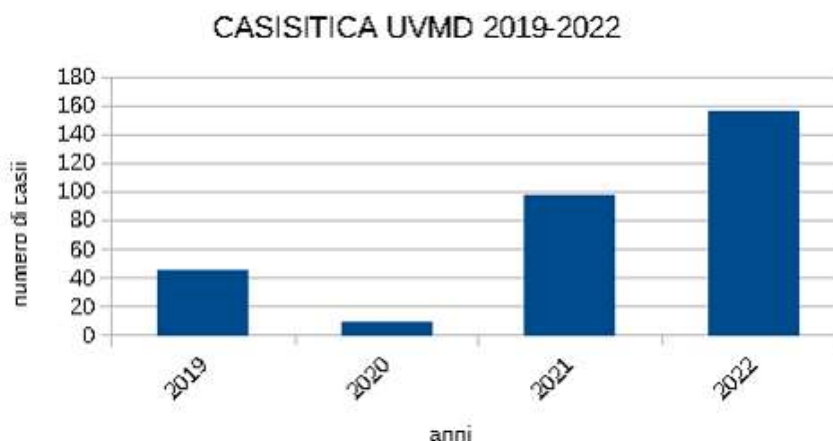


Fig. 1 – Dati di attività 2019-2022

Nell'anno 2020 si è registrata una netta diminuzione della attività a causa della pandemia Sars-COVID. Fino al 2021 l'output delle valutazioni consisteva in progetti dei diversi servizi del sistema dell'offerta sociosanitaria trattati in maniera separata fra loro. Dal secondo semestre 2021 invece, con l'avvio del sistema organizzativo sopradescritto, la risposta sociosanitaria si è concretizzata nella elaborazione di progetti di vita che sintetizzano e coalizzano in sé tutte le risposte sociosanitarie assistenziali offerte alla persona e alla propria famiglia.

Nel 2023, nei primi sei mesi dell'anno, sono stati elaborati 54 progetti di vita dei 68 casi portati a valutazione in UVMD (fig. 2).



Ogni progetto di vita raccoglie in sé diverse azioni che, in funzione del profilo di funzionamento dell'individuo e della capacità compensatoria del contesto, devono essere attivate contemporaneamente o in step successivi variamente descritti a seconda delle situazioni.

Le azioni che si ritrovano funzionalmente attivate e variamente distribuite nei 54 progetti riguardano per lo più lo sviluppo delle autonomie e il mantenimento o l'implementazione delle capacità funzionali residue come può essere osservato nella figura seguente (fig. 3) con una netta prevalenza dei progetti di vita indipendente seguita dai sussidi per gravissime disabilità e progetti dopo di noi.



Sono stati due i progetti realizzati con budget di salute, attualmente in fase start-up ed elaborati nelle zone di competenza territoriale nelle quali era stata completata la rete di supporto definita tramite conferenze di servizio eseguite con le amministrazioni comunali, le associazioni e il volontariato locale.

[roberta.salvadori@uslcentro.toscana.it](mailto:roberta.salvadori@uslcentro.toscana.it)

<https://www.toscanamedica.org/garantire-i-diritti-per-le-persone-disabili-metodi-e-strumenti-innovativi-per-promuovere-le-opportunita-e-linclusione-sociale/>

**quotidianosanita.it**

**Pon Gov Cronicità.**

**Risultati del progetto e prospettive future**

L'auspicio degli esperti è che possa essere costituito un gruppo di lavoro permanente per dare continuità al progetto e affiancare le attività di programmazione che, ad oggi, sono in stato embrionale e che necessitano di sostegno per evolversi

**29 SET -**

Il progetto Pon Gov Cronicità volge al termine. Dopo cinque anni, si chiude il primo grande lavoro di benchmarking avviato in Italia all'interno del Pon Governance e Capacità Istituzionale delle esperienze in ambito sanitario riguardo la presa in carico della cronicità con il supporto dell'ICT.

Abbiamo fatto il punto sui traguardi raggiunti e sulle prospettive future con **Alessia Sciamanna**, referente di progetto per Agenas, ed **Emilio Chiarolla**, NTC ministero della Salute.

Il progetto **PON GOV Cronicità 2018-2023**, a titolarità del ministero della Salute con il coordinamento tecnico-scientifico di AGENAS, nasce nel 2016 per favorire l'attuazione del Piano Nazionale della Cronicità attraverso l'adozione di modelli condivisi, innovativi e sostenibili per la gestione delle cronicità mediante strumenti di ICT. Si pone dunque come **precursore del DM 77** e degli obiettivi contenuti nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Offrire una più efficace gestione del paziente con cronicità sfruttando le potenzialità dell'ICT, individuare Buone Pratiche regionali da mettere a sistema anche grazie a progetti di gemellaggio ed efficientare la pianificazione della gestione delle risorse sono sempre stati il focus del progetto, le linee guida che hanno portato a risultati importanti.

Inoltre, il progetto rappresenta anche un grande sforzo istituzionale di governance condivisa e supporto alla capacità amministrativa, in coerenza con gli obiettivi tematici in cui si inserisce, per un più efficace raccordo tra le azioni poste in essere dal livello centrale e quelle messe in campo a livello territoriale al fine di offrire migliori modelli cura ai cronici.

**I risultati del progetto**

Sono tanti i risultati raggiunti. Tra i principali si possono annoverare la costituzione di una Comunità di pratica, che conta tantissime adesioni tra esperti, professionisti della sanità, responsabili regionali e aziendali; la messa online della

*Piattaforma della Cronicità, un repository strutturato in base ai risultati del progetto, all'interno della quale trovare tutte le Buone Pratiche emerse tra le esperienze italiane censite in tutti i territori; la creazione della seconda versione del manuale operativo, strumento a concreto supporto della creazione delle Comunità di Pratica; un Action Plan, documento pensato per aiutare le aziende ad intercettare i bisogni, fino alla realizzazione di percorsi di gemellaggio tra le varie regioni per la messa a terra delle progettualità.*

*Questi sono solo i principali traguardi raggiunti dal progetto, ai quali si vanno ad aggiungere i glossari su telemedicina e case come primo luogo di cura e i documenti del kit di supporto amministrativo ai territori che vogliono sperimentare i gemellaggi per il trasferimento di pratiche.*

### **La Comunità di pratica**

*Essere riusciti a far collaborare esperti, professionisti della sanità e decisori in una [Comunità di pratica](#) è sicuramente uno dei risultati più importanti del progetto.*

*La Comunità di Pratica ha rappresentato e rappresenta tutt'ora non solo un laboratorio di idee, ma anche un vero e proprio strumento operativo, in grado di mettere a fattor comune le migliori esperienze e le Buone Pratiche condivisibili tra le Regioni, le ASL, i Distretti e tutti i soggetti attuatori.*

*Una comunità che, al di là delle professionalità, dei ruoli e dei territori di appartenenza, ha favorito il confronto tra pari e il knowledge sharing anche nella prospettiva di innescare processi di miglioramento continuo nella risposta ai bisogni di salute dei pazienti cronici.*

### **La Piattaforma della cronicità**

*La Piattaforma della cronicità è prezioso strumento di lavoro a che raccoglie in maniera strutturata le pratiche che affrontano la presa in carico delle cronicità utilizzando strumenti innovativi di sanità digitale che sono state sviluppate nel contesto nazionale, europeo e internazionale.*

*Offre quindi un benchmarking esperienze che restituiscono metodi, tecniche e modelli organizzativi di comprovata efficacia ed integrati con l'ecosistema dei servizi di sanità digitale.*

*La piattaforma offre un sistema di filtri per selezionare le pratiche di interesse e accedere quindi alle schede tecniche di dettaglio per approfondirne i contenuti.*

*È possibile, ad esempio, eseguire le ricerche per patologia, servizi di telemedicina o di sanità digitale, o ancora per età e setting di cura.*

*Nell'arco di tutto il progetto sono state censite complessivamente, tra pratiche italiane e pratiche europee, circa un centinaio di pratiche di cui circa un terzo sono risultate essere buone e risultano distribuite in maniera abbastanza uniforme su tutto il territorio nazionale.*

*Nel momento in cui scriviamo, la Piattaforma contiene circa una sessantina pratiche a livello italiano e comprende anche una ventina di buone pratiche a livello europeo.*

### **Il Manuale operativo**

*Strettamente legato alla Piattaforma della cronicità è il Manuale operativo, strumento a supporto della creazione e dello sviluppo di vere e proprie Comunità di Pratica intorno a una o più priorità strategiche in cui produrre e condividere esperienze, conoscenze e competenze sul tema della gestione della cronicità caratterizzate dall'utilizzo di soluzioni digitali a livello clinico, organizzativo o gestionale.*

*[Il Manuale operativo - Logiche e strumenti gestionali e digitali per la presa in carico della cronicità](#) è il Frutto del lavoro congiunto del Nucleo Tecnico Centrale del Ministero della Salute e di Agenas.*

*La versione aggiornata a settembre 2023 ha come fine ultimo la condivisione con le regioni delle best practice emerse nell'analisi delle buone pratiche censite all'interno del progetto in quell'ottica di change management della cronicità che ha guidato il Pon Gov in tutte le sue fasi.*

*Il Manuale sistematizza, infatti, le dimensioni di analisi delle pratiche e i domini di management pertinenti al fine di supportare i policy maker nell'adozione di modelli innovativi creando un riferimento bidirezionale tra le dimensioni di studio e i case study della piattaforma citati in ciascun capitolo; in tal modo è possibile una lettura integrata tra teoria e prassi a partire sia dalla piattaforma che dal Manuale.*

*[Il documento](#) si compone di tre parti: una di contesto e di scenario programmatico e regolatorio; una di metodi e strumenti a supporto delle attività operative di analisi delle esperienze regionali; una di raccolta di buone pratiche a livello nazionale ed europeo che costituisce una fondamentale base di conoscenza per stimolare processi innovativi e fare benchmark con realtà internazionali.*

*Il manuale, dunque, racchiude i modelli innovativi di cura che integrano i sistemi ICT e pone le basi per una corretta pianificazione strategica in materia di gestione della cronicità, in linea con gli investimenti del PNRR.*

### **L'Action Plan**

*Action Plan costituisce l'elemento di sintesi che racconta e sistematizza in un processo strutturato il percorso di studio, ricerca e sperimentazione dei metodi implementati durante il progetto. Il documento descrive il processo con il quale guidare le aziende o le Regioni per implementare nuovi servizi per la gestione delle cronicità nei diversi setting.*

*Il percorso è per step successivi, quello iniziale prevede l'identificazione dei bisogni e lo studio e l'identificazione di modelli di successo presenti nel portale della cronicità.*

*Dopo aver individuato l'esperienza che sembra rispondere alle proprie esigenze è possibile utilizzare, con il supporto del livello centrale, gli strumenti per misurare, attraverso il Maturity model, la Readiness to Change, ovvero la disponibilità al cambiamento del contesto.*

*Una volta verificati i presupposti di adozione della pratica entra in campo la comunità di pratica, ed in particolare l'azienda detentrica della buona pratica che si mette a disposizione per trasferirla nel nuovo contesto. Questo modello ormai collaudato ha generato una cross contamination tra i diversi contesti regionali.*

*La Comunità di pratica è l'espressione di questo spirito collaborativo, fatto di competenze, esperienza e di grande generosità. Ed è certamente questa la più grande eredità del progetto. Una comunità fatta da tante persone che studiano modelli innovativi in cui la tecnologia riduce le distanze e si mette a servizio della cronicità.*

### **Cosa lascia il Pon Gov Cronicità**

*L'eredità del progetto Pon Gov Cronicità è costituita da un'importante esperienza di messa a fattore comune di idee, Buone Pratiche, competenze e metodologie che hanno già iniziato a produrre, e produrranno ancor più nel futuro, risultati rispondenti all'attuale cambiamento del quadro sanitario nazionale orientato su prossimità, integrazione e trasformazione digitale. È la prima volta, che le diverse metodologie europee di validazione e trasferimento delle buone pratiche vengono veicolate a tutti i territori nell'ambito della stessa progettualità e con obiettivi condivisi.*

*Oltre ai risultati strettamente tecnici, il risultato forse più importante è aver favorito la nascita di uno spirito collaborativo fatto di competenze, esperienze e di grande generosità che ha permeato tutti gli addetti ai lavori e gli stakeholder per creare un ecosistema di salute in cui la tecnologia costituisce un fattore abilitante per migliorare gli esiti di cura e riduce le distanze tra i vari attori del sistema.*

*L'auspicio, dunque, è dunque che questo patrimonio non venga disperso e possa essere raccolto da altre progettualità e tavoli di lavoro per continuare a ispirare i territori a creare innovazione per la cronicità.*



[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117053](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117053)





### **Percezione dello stato di salute**

*La percezione del proprio stato di salute è una dimensione importante della qualità della vita. Dai dati del biennio 2021-2022 risulta che la gran parte della popolazione adulta italiana (75 persone su 100) lo giudica positivo dichiarando di sentirsi bene o molto bene. Una piccola percentuale (meno del 3%) riferisce di sentirsi male o molto male; la restante parte degli intervistati dichiara di sentirsi “discretamente”.*

*I più soddisfatti della propria salute sono i giovani (il 90% dei 18-34enni riferisce di star bene; mentre questa quota scende a 62% fra i 50-69enni), gli uomini (78% vs 71% nelle donne), le persone con un livello socio-economico più elevato, per istruzione o condizioni economiche, i cittadini stranieri rispetto agli italiani e chi è libero da condizioni patologiche croniche fra quelle indagate da PASSI (81% vs 47% fra chi ha una diagnosi di patologia cronica).*

*Il gradiente geografico è poco ampio e non significativo, ma al Nord la P.A. di Bolzano e nel Meridione la Puglia sono le Regioni e P.A. che si distinguono per la più alta prevalenza di persone soddisfatte del proprio stato di salute (oltre l'82%). Dal 2008 è aumentata, ovunque nel Paese e in modo statisticamente significativo, la quota di persone che si dichiarano in buona salute; nel biennio 2020-2021 si registra un aumento di quasi 5 punti percentuali rispetto al 2019, seguito da un lieve decremento nel 2022, che non raggiunge però i valori del periodo pre-pandemico.*

### **Qualità della vita**

*Il numero medio di giorni vissuti in cattiva salute, sia fisica che psicologica, definiti comunemente unhealthy days può considerarsi un indicatore “quantitativo” che dà conto della gravità dei problemi di salute, nella sua accezione più ampia, e dunque della qualità di vita dell'intervistato.*

*Nel biennio 2021-2022 ogni intervistato dichiara di aver vissuto in media quasi 5 giorni in cattiva salute (unhealthy days) nel mese precedente l'intervista, 2 giorni in cattive condizioni di salute fisica per malattie e/o incidenti e 3 giorni vissuti in cattive condizioni di salute psicologica per problemi emotivi, ansia, depressione o stress. Poco più di un giorno al mese è stato vissuto con reali limitazioni nel normale svolgimento delle proprie attività, per motivi fisici e/o psicologici. Il profilo socio-demografico per questo aspetto della salute riflette ed è coerente con quanto emerge dai dati sulla salute percepita: dichiarano meno giorni vissuti in cattiva salute i più giovani (3,7 giorni fra i 18-34enni vs 5,4 fra i 50-69enni), gli uomini (3 vs 6 fra le donne), le persone socio-economicamente più abbienti, per risorse economiche o istruzione e le persone libere da cronicità (3,8 vs 7,8) e mediamente i residenti nel Meridione (3,9 vs 5,4 fra i residenti del Nord).*

*Ovunque nel Paese si osserva un trend in miglioramento, cioè di riduzione di giorni vissuti in cattiva salute fisica e/o psicologica (unhealthy days).*

### **Impatto della pandemia COVID-19 sulla lettura dei dati**

*La pandemia di COVID-19 non è priva di conseguenze sui fenomeni indagati dalle sorveglianze PASSI e PASSI d'Argento. Per questa ragione, anche quest'anno, si è scelto di fornire un aggiornamento al biennio 2021-2022 e non di quadriennio, come invece è stato fatto in passato. In questo modo, per ogni indicatore di ciascuna tematica si disporrà di analisi relative al periodo pre-pandemico, depurate da impatto pandemia (la più recente disponibile resterà riferita al quadriennio 2016-2019), di una prima fotografia riferita alla fase pandemica 2020-2021, più impattante su molti aspetti della vita dei cittadini, e di una seconda fotografia riferita a una fase successiva della pandemia, biennio 2021-2022, con un impatto mitigato dalla disponibilità dei vaccini e dell'estensione della campagna vaccinale con un ritorno verso la normalità delle attività economiche, lavorative e sociali.*

*I dati relativi ai cambiamenti temporali, fino al periodo pandemico, potranno essere letti, come sempre, attraverso i modelli di serie storiche (che utilizzano i dati mensili) o i dati annuali.*

**Indicatori - PASSI 2021-2022**

	Stato di salute percepito positivamente	Numero totale medio di giorni in cattiva salute *	Numero medio di giorni in cattiva salute fisica	Numero medio di giorni in cattiva salute psichica	Numero medio di giorni con limitazione delle attività quotidiane
Abruzzo	75.2	3.3	2.3	1.5	1.1
Basilicata	66.8	4.8	2.9	2.5	1.3
Calabria	70.0	2.8	1.7	1.4	1.3
Campania	74.6	3.2	1.8	1.8	1.3
Emilia Romagna	74.7	5.6	2.6	3.5	1.0
Friuli Venezia Giulia	75.3	4.4	2.5	2.4	1.1
Lazio	72.7	4.0	2.1	2.4	1.2
Liguria	75.9	4.4	2.3	2.7	1.2
Lombardia					
Marche	75.2	5.3	2.6	3.4	1.5
Molise	72.5	6.6	2.8	4.3	1.4
Piemonte	72.6	5.9	3.1	3.5	1.4
Provincia di Bolzano	81.5	5.1	2.8	2.6	1.2
Provincia di Trento	76.7	4.9	2.5	2.8	1.5
Puglia	83.3	4.3	1.3	3.3	0.9
Sardegna	66.2	7.2	3.7	4.6	2.3
Sicilia	74.2	4.0	2.0	2.4	1.4
Toscana	75.9	4.2	2.2	2.5	1.1
Umbria	77.3	4.4	2.1	2.6	1.4
Valle d'Aosta	77.8	3.6	2.1	2.0	2.0
Veneto	75.2	5.5	2.9	3.2	1.3
<b>Italia</b>	<b>74.8</b>	<b>4.5</b>	<b>2.3</b>	<b>2.8</b>	<b>1.2</b>

■ peggiore del valore nazionale     
 ■ simile al valore nazionale     
 ■ migliore del valore nazionale

\* Il numero totale di giorni non in salute è calcolato come la somma dei giorni in cattiva salute fisica e quelli in cattiva salute mentale negli ultimi trenta giorni, fino a un massimo di 30 giorni per intervistato

<https://www.epicentro.iss.it/passi/dati/PercezioneSalute>



EURO-MEDITERRANEAN  
MEDICAL INFORMATICS and TELEMEDICINE

## Disability Care - 5° Meeting (On site-On line)

*Paziente Disabile al Centro dei servizi di cura e assistenza  
Osservatori delle prestazioni e terapie appropriate  
Tecnologie inclusive, Assistive, Riabilitative e rigenerative  
Sport, Riabilitazione, Monitoraggio e Tele-assistenza sanitaria  
20 Ottobre, 2023 (in occasione de Disability Pride Sicilia)  
Università degli Studi di Palermo - Aula A4, Edificio 12  
Viale delle Scienze, Palermo*



Associazione Italiana di Telemedicina ed Informatica Medica



*Epidemiologia, impatto socio-sanitario e nuovi LEA per la disabilità, sperimentazioni e pratiche cliniche, rigenerazione molecolare, Cellule staminali, Stimolazione Elettrica, Magnetica e Laser, tecnologie innovative (Information e Assistive Technology-IAT) e nuovi metodi per la riabilitazione, Bioinformatica NeuroInformatica, Brain-Computer (Brain-Machine) Interfaces, Reti Neurali, Intelligenza Artificiale, robotica, esoscheletri, Realtà Virtuale e Aumentata, Neuroriabilitazione, Telemedicina, IoT, sensoristica e biodevices per telemonitoring e teleriabilitazione, analisi statistica e data mining per studi osservazionali e clinical trials basati su Big Data, ecc.*



Segreteria Organizzativa: **Giacomo Andrea Sicurello** (Terebinto Bio&Diversità), **IITM/OTive**, **NeuroSpine**, **Elisa Vantangoli** (Terebinto Bio&Diversità)

Per ulteriori informazioni e modalità di partecipazione contattare:

[segreteria@otive.it](mailto:segreteria@otive.it)

[neurospine@cryptolab.net](mailto:neurospine@cryptolab.net)

Chair: **Francesco Sicurello** (President IITM/@ITIM, CNR-ITB MilanCo-Chairs: **Donatella Bonaiuti** (SIMFeR), **Nicolò R. Inglese** (Motus Center Castellammare del Golfo. TP), **Marina Rizzo** )Ospedale Villa Sofia Palermo)

*Programma*  
*Venerdì 20 Ottobre, 2023*

**13.45 Indirizzi di saluto ed introduzione al Workshop**

- **Rappresentante Rettore** (Università di Palermo)
- **Salvatore Nicitra** (Presidente AIAS)
- **Francesco Sicurello** (Presidente IITM, ricercatore associato CNR-ITB Segrate-Milano e docente Università di Milano Bicocca)

**14.00 Aspetti clinici, diagnostici e terapeutici nelle disabilità**

- **Antonio Iacono** (Direttore Trauma Center, Ospedali Riuniti Villa Sofia-Cervello, Palermo)
- **Marina Rizzo** (Direttore Neurologia, Ospedale Villa Sofia Palermo)
- **Nicola Rosario Inglese** (Direttore Motus Center riabilitazione, Castellammare del Golfo, TP, Associazione Primavera Onlus), Bivona-AG)
- **Paolo Milia** (Istituto Clinico Tiberino, Umbertide ed Università di Perugia)
- **Donatella Bonaiuti** (Associazione Rinascita e Vita Genova, SIMFeR)
- **Sara Lanza** (Direttore Medicina Fisica e Riabilitazione, Ospedale di Comiso, ASP Ragusa)\*
- **Francesco Pegreff** (Università Kore di Enna)
- **Angela Morreale** (Neurologia, AUSL Romagna)\*

**15.00 Aspetti Tecnologici ed Osservatorio OTive (Tecnologie Inclusive, Assistive, Riabilitative, Rigenerative): Dispositivi medici, Biosensori e sistemi innovativi**

- **Stefano Mazzoleni** (Politecnico di Bari)
- **Mario Bochicchio** (Università di Bari e Direttore Lab. Digital Health CINI)
- **Manfredi Pennica** (BTS Engineering, Milano)
- **Alessandra Pacilli** (QuicklyPro, Dalmine BG)
- **Agostino Craparo, Alfio Gangemi** (Centro Fisioterapia riabilitativa, Favara AG)
- **Matteo Ronchetti, Gianpaolo Tornatore** (E&B Kicaizel SL)
- **Stefano Tortorella** (Fisioterapista osteopata, Roma)
- **Simone Turati** (Neurab)
- **Marco Orsini** (Medico e Docente, Palermo)

**16.00 Esigenze socio-sanitarie e punti di vista di pazienti e loro associazioni**

- **Giacomo Sicurello** (IITM-Neurospine community e OTive)
- **Enrichetta Alimena** (Disability Management, Università di Cosenza)
- **Maria Lucia Parisi** (UICI-Unione Italiana Ciechi Ipovedenti, Reggio Calabria)
- **Davide Manuello** (Paziente, Bardonecchia)
- **Stefano Ricciardi, Mario Ponticello, Marco Biffi** (APL, Milano)\*
- **Giovanni Candido** (Vice-presidente A.R.C.O. 92 Onlus Associazione per la Riabilitazione del Coma, Palermo)
- **Alessandro Melillo** (I.E.R.F.O.P. Onlus, Palermo)\*
- **Salvatore Di Giglia** (Coordinatore dell'Ufficio Nazionale del Garante della Persona Disabile, Palermo)\*
- **Giuseppe Badolato** (Avvocato Tutela Salute, Milano e Palermo, Associazione europea diritti dei disabili)

## 17.00 (Italian Time) Sessione internazionale/International Session (On line):

### Biomedical Technologies in Rehabilitation, ICT, Telemedicine and Sport

- **Matteo Botteghi** (World Connex, University of Bologna/Rimini)
- **Mauro Grigioni** (Direttore Centro Tecnologie ISS, Roma)
- **Andrea Capra** (Caspo Consulting)
- **Peter Andersson** (Tendo, Sweden)
- **Abdeljalil Makhloufi** (Tech Lab, Unità Spinale Ospedale Niguarda Milan, NeuroSpine Community)
- **Riccardo Aggujaro** (Rehabilitation Institute Don Gnocchi, Milan)
- **Alberto Lazzèro** (Hopital de briansçon, France and Univers. Of Torino)
- **Wojciech Glinkowski** (President of Polish Telemedicine Society Warsaw University, Poland)
- **Hassan Ghazal** (President of Telemedicine & eHealth Society, Morocco), **Nihal Habib** (SporTelemed 2023 Morocco)\*
- **Peter J. Tonellato** (University of Missouri and Harvad University)\*
- **Mohamed Abdalla** (Former Senior expert ITU, Cairo, Egypt)

\*Invited

## Denatalità



### Il saliscendi demografico mondiale

**Gabriele Vaccaro**, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Firenze

**Manjola Bega**, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva. Università di Firenze

*È possibile prevedere l'evoluzione demografica mondiale? È sufficiente tracciare il grafico dei secoli passati e proseguirlo algebricamente o sono da contemplare traiettorie inattese?*

Dodici anni fa, [Salute Internazionale](#) (1) analizzava la stima della popolazione nel 2050 con risultati molto interessanti. Mentre il post veniva scritto, nel gennaio 2011, il Demometro di [Neodemos](#), che computa in diretta gli abitanti del pianeta, segnava 6.921.221.873; adesso ne conta 8.047.259.844 e gli esperti, come nell'ultimo Rapporto del Dipartimento degli Affari Economici e Sociali delle Nazioni Unite (UN-DESA), "Global Population Growth and Sustainable Development" (2) o nel World Population Prospects dell'ONU 2022 (3), s'impegnano ancora a pronosticare scenari futuri sulla base di fattori strategici, tra i quali gioca un ruolo determinante la salute nella sua accezione più ampia.

Le ipotesi avanzate nel 2011 sono pressoché confermate, con alcuni aspetti metodologici messi maggiormente a fuoco e con un allungamento della gittata della previsione.

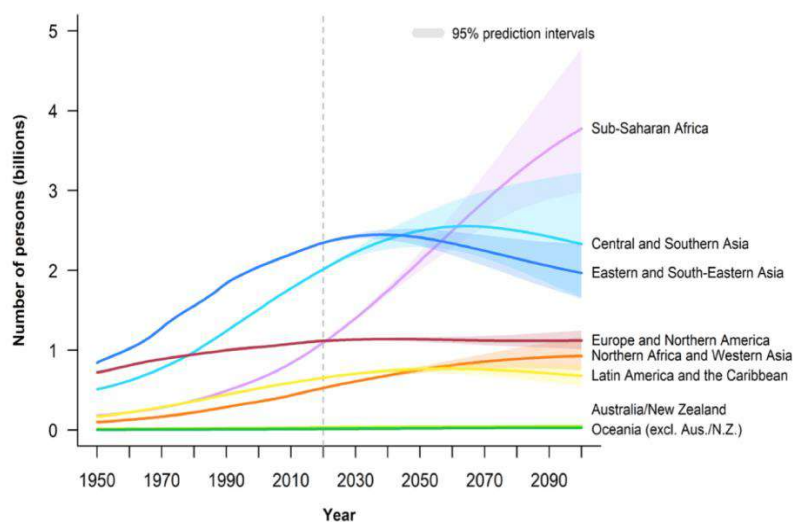
Si stima che il numero degli abitanti della Terra fosse di circa 250 milioni attorno all'anno Mille, di circa 500 milioni nel 1650 per raggiungere, agli inizi dell'Ottocento, il miliardo. La velocità di accrescimento è aumentata nel tempo: il tasso di incremento annuo è stato inferiore allo 0,5% dal 1650 al 1850, crescendo al 0,69% nel periodo 1850-1950. La massima espansione della popolazione mondiale si è registrata nel periodo 1950-2000, dove l'incremento annuo è stato dell'1,79%. Gli anni di massimo incremento sono stati il 1961-1962: +2,2%. Nella Tabella 1 la progressione cronologica dal primo miliardo del 1800, agli attuali 8 miliardi, fino alle stime di 9 miliardi nel 2050. Nella Figura 1 il quadro globale per aree geografiche dell'evoluzione demografica degli ultimi 70 anni e proiezioni future



Tabella 1

Crescita della popolazione mondiale dal 1800 al 2023 e proiezioni al 2050								
1800	1930	1960	1974	1987	1999	2011	2023	2050
1 mld	2 mld	3 mld	4 mld	5 mld	6 mld	7 mld	8 mld	9 mld

Figura 1. Quadro globale per aree geografiche dell'evoluzione demografica degli ultimi 70 anni e proiezioni future. (Fonte: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2021). *Global Population Growth and Sustainable Development*. UN-DESA/POP/2021/TR/NO. 2.



Source: United Nations (2019).

Note: Prediction intervals (shaded area around a projected trend) were derived from a probabilistic assessment of projection uncertainty (see box 3.1). For a given year, the future trend is expected to lie within the predicted range with a probability of 95 per cent.

Cosa compare adesso all'orizzonte?

Lo strumento principe in mano agli studiosi per affrontare la parte hard della questione, cioè la previsione degli sviluppi, è la cosiddetta 'teoria della transizione demografica' (4).

Per ogni popolazione:

- All'inizio vigono livelli di fertilità molto alti, compensati da indici di mortalità analogamente elevati;
- Con lo sviluppo, la società raggiunge una riduzione della mortalità, specie tra neonati e bambini, permanendo sostenuti i tassi di natalità, con un naturale aumento;
- Alla decelerazione della mortalità si accompagna una diminuzione delle nascite, innescata da una cultura della procreazione maggiormente consapevole, il che porta ad un progressivo rallentamento della crescita ;
- Si raggiunge il 'regime moderno', in cui il tasso di natalità è paritario o addirittura inferiore al tasso di mortalità, e entrambi i quozienti sono drasticamente più bassi rispetto alle fasi precedenti.

Ben si capisce dunque come, nella dinamica di tale teoria, svolga un ruolo chiave la dimensione della salute pubblica, perché la transizione demografica interagisce e coinvolge necessariamente la cosiddetta transizione epidemiologica (5), una teoria sorta agli inizi del 1970 che, a grandi linee, tratteggia il cambiamento nel tempo della distribuzione delle cause di malattia e morte in una popolazione.

Secondo essa, in ogni nuova popolazione, all'inizio la mortalità è assai alta a causa di malattie infettive e parassitarie, carestie e scarsa nutrizione, che determinano un'aspettativa di vita oscillante tra i 20 e i 40 anni; poi si accede alla cosiddetta 'età della remissione delle pandemie', con la diminuzione dei picchi epidemici ed un'aspettativa di vita che cresce di circa 10 anni rispetto alla precedente; infine si defluisce nell'epoca delle malattie antropogeniche, caratterizzata da una robusta riduzione delle malattie infettive e da una correlazione stretta della mortalità a malattie cronicodegenerative e cardiovascolari, eventi traumatici e abuso di sostanze.

Sulla base della combinazione di questi due modelli teorici, gli analisti dell'UN-DESA avanzano una proiezione demografica per aree geografiche da qui al 2100. In gran sintesi, lo studio citato prevede la stabilizzazione o il calo della popolazione in Europa e nel Nord America (fino ad un assestamento intorno all'1,14 miliardi di persone); la crescita ancora per due o tre decenni in Asia, prima del graduale declino; un'inversione di tendenza sorprendente per la Cina che, con la stessa velocità con cui è cresciuta, sta andando incontro alla decrescita, ed una diminuzione di popolazione pure in Giappone e Federazione Russa. Insomma, in tutte queste regioni si prevede che il tasso di fertilità del 2,4% del 2017 scenda sotto l'1,7% nel 2100.

La nota in controtendenza più rilevante, a far da contrappeso, riguarda il continente africano.

La regione dell’Africa subsahariana detiene al momento il tasso più alto di crescita annuale, circa il 2,6%, ed è destinato a più che raddoppiare il suo miliardo di abitanti intorno al 2050, per raddoppiare nuovamente nella seconda metà del secolo, sfiorando in questo modo i 4 miliardi di abitanti nel 2100. E la proiezione è perfino cauta! La previsione complessiva mondiale di questa variegata configurazione conduce a prevedere un picco di 9,7 miliardi di abitanti nel 2064 e già una ricaduta pari a 8,7 miliardi nel 2100, con una tendenza generale alla decrescita.

Limitatamente all’Europa, i dati statistici, applicati al nostro secolo, comprovano la bontà delle due teorie della transizione e ci collocano al punto d), denominato ‘regime moderno’.

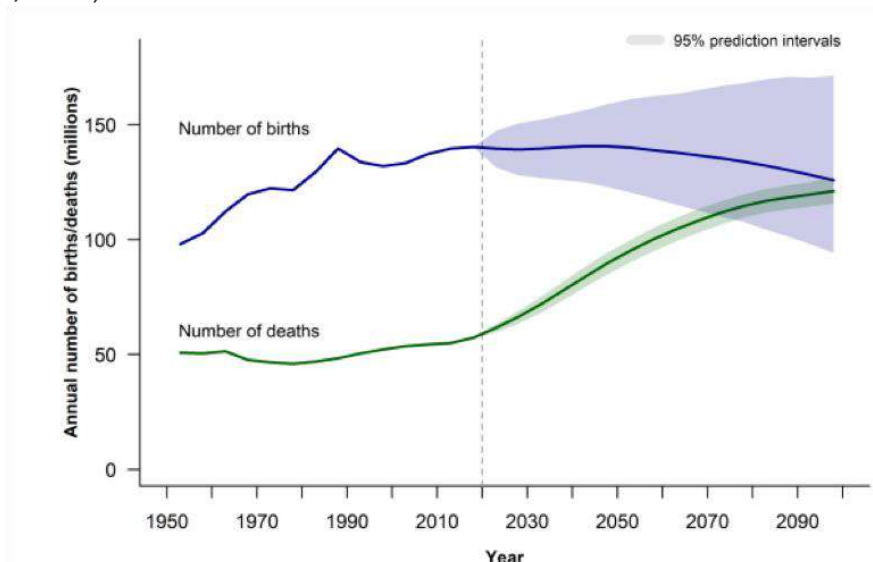
Negli ultimi settant’anni, infatti, il livello di mortalità, sia in età infantile sia tra gli anziani, si è ridotto in maniera significativa: la mortalità dei bambini di età inferiore ai 5 anni continua a diminuire a livello globale (223 decessi su 1000 nati nel 1950 contro i 38 nel 2020); mentre l’aspettativa di vita nell’ultimo ventennio è salita di quasi 9 anni, con chiari segni di una prosecuzione della tendenza, fino a quando la maggioranza della popolazione sarà concentrata in età più avanzata.

Giunti a tal punto, la proiezione UN-DESA prevede un aumento del 50% del tasso grezzo di mortalità da qui al 2050, per poi raddoppiare a fine XXI secolo. Allora, il numero delle nascite convergerà con il numero dei decessi e la popolazione cesserà di crescere a livello globale, raggiungendo quell’intersezione che segna la fine delle fasi di transizione e l’approdo ad un nuovo equilibrio (Figura 2).

Tra le varie componenti impattanti sulla crescita demografica globale, la migrazione internazionale tende ad avere un’influenza modesta; tuttavia nei paesi ad alto reddito diverrà, nei decenni venturi, l’unico motore di tale processo.

I livelli di mortalità, fertilità e migrazione determinano cambiamenti nelle dimensioni di una popolazione e nella sua distribuzione per età; dall’altra parte, quest’ultima può avere un impatto temporaneo, ma importante, sull’andamento della popolazione stessa, a causa del fenomeno del momentum, ovvero lo ‘slancio demografico’.

Figura 2. Quadro globale di nascite e decessi degli ultimi 70 anni e proiezioni future. (Fonte: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2021). Global Population Growth and Sustainable Development. UN-DESA/POP/2021/TR/NO. 2.)



Tale meccanismo, fondamentale per lo studio dell’evoluzione delle popolazioni, è basato sulla considerazione specifica della popolazione femminile: quale percentuale si trovi in età riproduttiva; quale sia in età infantile, cioè in procinto di entrarvi; quale l’abbia ormai superata. Lo slancio di crescita passato, incorporato nell’attuale struttura giovanile della popolazione, ne determinerà i due terzi dell’aumento previsto entro il 2050; ciò si caratterizza come fenomeno di fondamentale importanza, in quanto molto difficile da contenere o da influenzare con interventi di politica socio-economica. A causa del suo avanzato invecchiamento demografico, l’Europa, dove dalla fine degli anni ’70 la fecondità è inferiore al livello di sostituzione, è l’unica regione in cui si prevede che lo slancio contribuirà al declino della popolazione, anziché alla sua crescita.

Una brevissima e poco incoraggiante considerazione è da dedicare alla situazione nazionale, essendo l’Italia iscritta nell’elenco dei 23 Paesi destinati a dimezzare la popolazione entro il 2100 (6).

L’Italia è infatti uno dei Paesi più “vecchi” dell’Ue con un indice di vecchiaia crescente che al primo gennaio 2021 contava 182,6 anziani ogni cento giovani (7). Il 2006 è stato l’ultimo anno in cui nascite e decessi sono risultati in sostanziale equilibrio, mentre il tasso di fecondità è sceso definitivamente sotto la soglia dei due figli per donna già alla fine degli

anni '70, con un minimo storico di 1,19 registrato nel 1995. La progressiva diminuzione delle donne tra 15 e 49 anni spiega il 60% del calo delle nascite dell'ultimo decennio; il resto è determinato dalla riduzione della fecondità. Calo delle nascite e longevity shock sono, soprattutto per l'Italia, dati di primaria importanza, i quali dalla sfera sanitaria e sociale scorrono linearmente in quella politica, dove un monitoraggio costante del panorama demografico risulterà sempre più fondamentale per le direttive economiche e la gestione del welfare.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/il-saliscendi-demografico-mondiale/>

**quotidianosanita.it**

## **Natalità. Istat: nuovo record negativo di nascite nel 2022: -1,7% rispetto al 2021. Di nuovo sotto quota 400.000. Cala anche il contributo degli stranieri**

*Per il totale delle donne residenti l'età media al parto rimane stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni, più alta per le italiane (32,9) rispetto alle straniere (29,6), ma rispetto al 1995 la crescita è di oltre due anni. In misura marcata è cresciuta anche l'età media alla nascita del primo figlio, che oggi si attesta a 31,6 anni, oltre tre anni in più rispetto al 1995.*

**26 OTT -**

*La curva discendente delle nascite non accenna a diminuire nel nostro Paese, che nel 2022 registra **un nuovo superamento al ribasso del record di denatalità**. Le nascite tra la popolazione residente sono infatti, secondo i nuovi dati Istat pubblicati oggi, **393.333** nel 2022, 6.916 in meno rispetto al 2021 (-1,7%). Dal 2008, anno in cui il numero dei nati vivi ha registrato il più alto valore dall'inizio degli anni Duemila, i nati residenti in Italia sono sistematicamente diminuiti. In termini assoluti, la riduzione medio-annua ammonta a circa 13mila unità, quella relativa al 2,7%. Rispetto al 2008 oggi si rilevano oltre 183mila nascite in meno (-31,8%).*

*Il calo delle nascite è in parte causato dai mutamenti strutturali della popolazione femminile in età feconda, convenzionalmente fissata tra 15 e 49 anni. In questa fascia di popolazione le donne sono infatti meno numerose di un tempo. Quelle nate negli anni del baby-boom (dalla seconda metà degli anni Sessanta alla prima metà dei Settanta) sono quasi tutte uscite dalla fase riproduttiva mentre quelle che oggi ancora vi si trovano scontano l'effetto del cosiddetto baby-bust, ovvero la fase di continua riduzione della fecondità del ventennio 1976-1995 che ha portato al minimo storico di 1,19 figli per donna nel 1995.*

*Negli ultimi anni - spiega l'Istat - si è inoltre attenuato l'effetto positivo sulle nascite determinato dalla popolazione straniera, esercitato a partire dai primi anni Duemila. In quegli anni le donne straniere realizzavano i loro progetti riproduttivi contribuendo in modo importante all'aumento delle nascite e della fecondità di periodo. Tale apporto negli ultimi dieci anni tende a perdere di efficacia, mentre aumenta la presenza straniera (oggi pari all'8,6% della popolazione residente totale, contro il 7,6% del 2012) e maturano i processi di integrazione e di adeguamento agli stili di vita del Paese di accoglienza.*

### **Genitori senza esperienza coniugale per oltre un nato su tre**

*Nel 2022, in un contesto di natalità decrescente, prosegue l'aumento dei **figli nati fuori dal matrimonio**: sono 163.317 (+3,5mila sul 2021, quasi 50mila in più sul 2008), pari al 41,5% del totale, di cui il 35% con genitori che non sono mai stati coniugati e il 6,5% da coppie in cui almeno un genitore proviene da una precedente esperienza matrimoniale. Dall'inizio del millennio la quota di nati fuori dal matrimonio sul totale dei nati è sistematicamente aumentata, guadagnando 33 punti percentuali.*

*La quota più elevata di nati da genitori non coniugati si osserva nel Centro (48,7%), seguono Nord-ovest (42,4%) e Nord-est (42,3%). Il Mezzogiorno, dove si registra la quota più bassa (36,8%), riduce il differenziale con le altre ripartizioni per il più sostenuto ritmo di incremento degli ultimi anni. La regione con la più alta proporzione di nascite more uxorio è la Sardegna (53,6%). Nel Centro spiccano l'Umbria (51,1%), il Lazio (49,5%) e la Toscana (48,6%); al Nord-ovest la Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste (49,3%) e al Nord-est la provincia autonoma di Bolzano/Bozen (48,1%). Le percentuali più basse si registrano in Calabria (30,4%) e in Basilicata (29,2%). Tra genitori entrambi italiani i nati fuori dal matrimonio raggiungono il 44,7%. Tra le coppie miste, l'incidenza è più elevata se è il padre a essere straniero (38,3%) rispetto alle coppie con madre straniera (31,8%). Per i nati da genitori entrambi stranieri la quota raggiunge il 26,9%, 18 punti percentuali in meno rispetto alle coppie di genitori entrambi italiani.*

L'aumento della quota dei nati fuori dal matrimonio nell'ultimo anno (+1,6 punti percentuali), è in linea con la crescita media degli ultimi dieci anni (+1,5). La tendenza ad avere figli fuori dal matrimonio è diffusa soprattutto tra i giovani. I nati fuori dal matrimonio costituiscono il 59,5% delle nascite tra le giovani fino a 24 anni e il 41,9% tra i 25 e i 34 anni. Tra le coppie di entrambi italiani si arriva rispettivamente al 73,2% e 45,7%. Dopo i 34 anni di età, la quota di nati fuori dal matrimonio si attesta a 36,6% per il complesso delle coppie e al 38,5% per le sole coppie di genitori italiani.

Le nascite fuori dal matrimonio sono perlopiù quelle da coppie di genitori celibi e nubili (l'84,2% delle 163mila nascite nel 2022 contro un 15,8% da coppie nelle quali almeno uno dei due proviene da precedente esperienza coniugale). Ciò si deve al fatto che, soprattutto tra le coppie più giovani, aumenta l'adesione a un sistema valoriale per il quale il matrimonio rappresenta meno che in passato il passaggio obbligato prima di avere dei figli. Tra le madri fino a 24 anni di età, per esempio, la quota di nascite da genitori mai coniugati rappresenta il 54,6% del totale, contro il 36,4% di quelle di età compresa tra i 25 e i 34 anni e il 28,0% delle over34enni.

La diminuzione dei nati è comunque attribuibile per la quasi totalità al **calo delle nascite da coppie di genitori entrambi italiani** (311.117 nel 2022, quasi 169mila in meno rispetto al 2008). A diminuire sono poi soprattutto le nascite all'interno del matrimonio, pari a 230.016, circa 10mila in meno rispetto al 2021 e 233mila in meno nel confronto con il 2008 (-50,3%). Può dirsi, di fatto, conclusa quella fase positiva che nel primo decennio degli anni Duemila vedeva le donne italiane recuperare le nascite rinviate dagli anni Novanta. La denatalità prosegue anche nel 2023; secondo i primi dati provvisori riferiti a gennaio-giugno, le nascite sono diminuite, rispetto allo stesso periodo del 2022, di circa 3.500 unità (-1,9%).

### **Aumentano i primogeniti, effetto del recupero sugli anni della pandemia**

Da diversi anni in Italia si osservano delle criticità che incidono sulle decisioni delle coppie nel mettere al mondo dei figli, e cioè l'allungarsi dei tempi di formazione, le difficoltà per trovare un lavoro stabile, la bassa crescita economica, il problematico accesso al mercato delle abitazioni. Fattori che stanno oggi contribuendo alla forte contrazione di primi figli nel Paese, dopo una fase, tipicamente di inizio millennio, nella quale le criticità riguardavano soprattutto il passaggio dal primo al secondo figlio. Nel 2022 quasi un nato su due è primogenito. I nati del primo ordine ammontano, infatti, a 192.525 unità, il 48,9% del totale dei nati, registrando una significativa crescita assoluta (+6mila) e relativa (+3,2%) sul 2021. I figli di ordine successivo al primo diminuiscono invece del 6,1% nell'ultimo anno.

L'aumento dei primi figli si deve al recupero dei progetti riproduttivi rinvii dalle coppie a causa della pandemia. Infatti, l'incremento riscontrato tra il 2021 e il 2022 assorbe completamente la riduzione rilevata tra il 2020 (192.142) e il 2021 (186.485 primogeniti) pari al -2,9%. Questo recupero ha agito con impatto diverso nelle aree del Paese. Nel Centro si è concretizzato in una minore diminuzione dei nati del primo ordine tra il 2021 e il 2022 (era -2,3% dal 2020 al 2021, è -0,2% dal 2021 al 2022), nel Nord si manifesta con un riassorbimento completo (da -1,3% a +1,5%) ma è nel Mezzogiorno che si riscontra il salto maggiore (da -5,5% a +7,6%), anche in relazione al fatto che in quest'ultima ripartizione la diminuzione negli anni passati era risultata particolarmente elevata (-4,4% dal 2019 al 2020)

L'aumento dei primogeniti si inserisce, quindi, a sorpresa nel quadro di un trend decrescente di lungo corso. Dal 2008 a oggi, infatti, i nati di primo ordine sono diminuiti del 32,4% mentre quelli di ordine successivo al primo del 31,2%. In tale periodo, il Centro ha presentato la diminuzione di primi figli più intensa, pari al -38,4% (-35,3% negli ordini successivi), con l'Umbria che registra il primato assoluto con una variazione dei nati di primo ordine del -42,4% (-38,2% per i successivi ordini). Nel Nord, dove il calo dei primi figli è del 34,5% (-28,8% per i successivi), la regione che registra la maggiore diminuzione è la Val d'Aosta-Vallée d'Aoste, -43,8% (-35,5% tra gli ordini successivi). Nel Mezzogiorno il calo di nascite di primo ordine nel periodo 2008-2022 è pari al 25,2% mentre per gli ordini successivi si attesta al -32,2%. La regione in cui il calo risulta minore è la Campania, -20,9% per i nati di primo ordine, -31,4% per quelli successivi al primo.

### **Cala il contributo alla natalità da parte dei cittadini stranieri**

I nati da genitori in cui almeno uno dei partner è straniero continuano a diminuire nel 2022, attestandosi a 82.216 unità e costituendo il 20,9% del totale dei nati. Dal 2012, ultimo anno in cui si è osservato un aumento sull'anno precedente, queste nascite sono diminuite di 25.789 unità. I nati da genitori entrambi stranieri sono 53.079 (26.815 in meno sul 2012) e costituiscono il 13,5% del totale dei nati.

I nati in coppia mista, passati da 28.111 nel 2012 a 29.137 nel 2022, presentano nel tempo un andamento tutt'altro che regolare. Il crescente grado di "maturità" dell'immigrazione nel Paese, testimoniato anche dal notevole aumento delle acquisizioni di cittadinanza italiana, rende però sempre più complesso misurare i comportamenti familiari dei cittadini di origine straniera. Si riscontra, infatti, un numero rilevante di acquisizioni di cittadinanza proprio da parte di quelle collettività che contribuiscono in modo più cospicuo alla natalità della popolazione residente. Dai dati più recenti sulle acquisizioni emerge che, nel 2021, circa il 40% delle acquisizioni di cittadinanza da parte di donne straniere riguarda le collettività albanese, marocchina e rumena.

L'incidenza delle nascite da genitori entrambi stranieri sul totale dei nati è notoriamente molto più elevata nelle regioni del Nord (19,3%) dove la presenza straniera è più radicata e, in misura minore, in quelle del Centro (15,1%); nel Mezzogiorno l'incidenza è molto inferiore rispetto al resto d'Italia (5,6% al Sud e 5% nelle Isole). Nel 2022 la regione con la più alta incidenza di nati stranieri rispetto al totale è l'Emilia-Romagna (21,8%). Tra le altre regioni del Nord, quasi un nato su cinque è straniero in Lombardia e Liguria, rispettivamente il 19,9% e il 19,7%; seguono il Veneto (18,9%), il

Piemonte (17,6%) e il Friuli-Venezia Giulia (17,5%). Al Centro spicca la Toscana (17,3%), mentre nel Mezzogiorno la percentuale è decisamente più contenuta, con un minimo in Sardegna del 4,1% e un massimo in Abruzzo del 9,1%. Allargando l'analisi territoriale al complesso dei nati con almeno un genitore straniero si riscontrano analogie con quella sulle nascite da genitori entrambi stranieri ma con intensità più elevate: nel 2022 ha almeno un genitore straniero il 29,6% dei nati al Nord e il 23% al Centro; al Sud e nelle Isole le percentuali scendono invece al 9% e all'8,4%. Considerando la cittadinanza delle madri (Figura 3), al primo posto si confermano i nati da donne rumene (11.804 nati nel 2022), seguono quelli da donne marocchine (8.744) e albanesi (7.768); queste cittadinanze coprono il 38,6% delle nascite da madri straniere residenti. La propensione a formare una famiglia con figli tra concittadini (omogamia) è alta nelle comunità rumena, marocchina, albanese, bengalese e nigeriana.

### **La fecondità delle cittadine italiane rimane al minimo storico**

Nel 2022 le donne residenti in Italia tra i 15 e i 49 anni hanno in media 1,24 figli, valore in lieve calo rispetto all'anno precedente (1,25) e in linea con il trend decrescente in atto dal 2010, anno in cui si registrò il massimo relativo di 1,44 figli per donna. Il calo della fecondità sembra proseguire nel corso del 2023. Sulla base del numero provvisorio di nati rilevato tra gennaio e giugno, il numero medio di figli per donna è stimato in 1,22. Per trovare livelli di fecondità così bassi per il complesso delle donne residenti bisogna tornare indietro ai primi anni Duemila. Tuttavia, in quegli anni la tendenza indicava un recupero dopo il minimo storico di 1,19 figli per donna registrato nel 1995, recupero attribuibile in parte al contributo delle donne straniere. Nel 2006, ad esempio, la fecondità delle straniere era pari a 2,79 figli per donna, ma poi è diminuita sino a raggiungere il valore di 1,87 nel 2022.

Il Centro presenta la fecondità più bassa, pari a 1,16 figli per donna, in calo rispetto al 2021 (1,19). Si osserva un significativo differenziale tra il Nord-est e il Nord-ovest: nel primo si registra il primato della fecondità con un valore di 1,29 figli per donna, superiore all'1,24 del Nord ovest, che è invece in linea con la media nazionale. Il Nord nel suo complesso e il Mezzogiorno registrano nel 2022 un uguale livello di fecondità (1,26), risultato di due variazioni opposte registrate nell'ultimo anno: un calo nel Nord (da 1,28 nel 2021) e un aumento nel Mezzogiorno (il tasso di fecondità era 1,25). Nel Nord, dove la fecondità negli anni Duemila era aumentata, i livelli di fecondità continuano la loro discesa, mentre il Mezzogiorno registra nell'ultimo anno un lieve aumento, dovuto a un recupero di progetti familiari rinviati dal biennio pandemico. La Provincia autonoma di Bolzano/Bozen presenta il massimo valore di fecondità (1,65). Segue, a una discreta distanza, la Provincia autonoma di Trento con 1,37. Nel Mezzogiorno i valori massimi si registrano in Sicilia (1,35) e in Campania (1,33). La Sardegna continua a presentare il più basso livello di fecondità (0,95) e nuovamente in calo sull'anno precedente (0,99). La fecondità delle cittadine italiane nel 2022 non varia rispetto all'anno precedente, rimanendo stabile sul livello di 1,18.

Il numero medio di figli per donna delle italiane è in lieve calo al Nord (da 1,16 a 1,15) in contrapposizione all'aumento che si registra nel Mezzogiorno (da 1,22 a 1,24). Presenta un lieve calo anche il Centro (da 1,13 del 2021 a 1,11 del 2022). Al Nord, a detenere il primato della fecondità delle italiane resta sempre la Provincia autonoma di Bolzano/Bozen (1,55) seguita dalla Provincia autonoma di Trento (1,28). Tra le regioni del Centro, il livello più elevato si osserva nel Lazio (1,13) mentre nel Mezzogiorno spiccano la Sicilia (1,32) e la Campania (1,31); in Sardegna si registra il valore minimo pari a 0,93, in calo rispetto allo 0,97 del 2021.

### **In media si diventa madri a 31,6 anni**

L'evoluzione della fecondità di periodo è fortemente condizionata dalle variazioni nella cadenza delle nascite, ovvero dalle modifiche osservate nel tempo nella distribuzione per età delle madri. L'aumento del numero medio di figli per donna registrato tra il minimo del 1995 e il 2010, ad esempio, si è verificato nei territori interessati dal recupero delle nascite precedentemente rinviate dalle donne italiane, e dove la presenza straniera è più stabile, radicata e con un profilo per età delle madri più giovane (quindi più nati stranieri o con almeno un genitore straniero).

Storicamente, ciò è accaduto in particolare nelle regioni del Nord e del Centro mentre nel Mezzogiorno è proseguito il fenomeno della denatalità a causa della posticipazione delle nascite, ancora in atto da parte delle cittadine italiane, neanche compensata dalla quota, modesta in questa area, di nascite di bambini con almeno un genitore straniero. Per il totale delle donne residenti l'età media al parto rimane stabile rispetto al 2021, pari a 32,4 anni, più alta per le italiane (32,9) rispetto alle straniere (29,6), ma rispetto al 1995 la crescita è di oltre due anni. In misura marcata è cresciuta anche l'età media alla nascita del primo figlio, che oggi si attesta a 31,6 anni, oltre tre anni in più rispetto al 1995.

Scendendo a livello territoriale, l'età media al parto è più alta nel Centro e nel Nord (32,8 e 32,5) rispetto al Mezzogiorno (32,0). Il Lazio è tra le regioni che presentano il calendario più posticipato (33 anni). Nel Nord, è la Lombardia a registrare l'età media al parto più alta (32,6 anni), mentre la Provincia autonoma di Bolzano/Bozen quella più bassa (31,8 anni). Nel Mezzogiorno, l'età media al parto delle residenti in Sardegna e in Molise si attesta a 32,9 anni, superata solo da quelle della Basilicata (33,1 anni). Le madri più giovani d'Italia risiedono in Sicilia, con un'età media al parto di 31,5 anni. Confrontando i tassi di fecondità per età del 1995, del 2010 (italiane e totale residenti) e del 2022 (italiane e totale residenti) si osserva uno spostamento della fecondità verso età sempre più mature. Rispetto al 1995 i tassi di fecondità sono cresciuti nelle età superiori a 30 anni mentre continuano a diminuire tra le donne più giovani (Figura 5). Questo fenomeno è ancora più accentuato se si considerano le sole cittadine italiane, per le quali, confrontando la fecondità del 2022 con quella del 2010, il recupero della posticipazione si osserva solo a partire dai 35 anni.



### **Leonardo e Sofia i nomi preferiti dai neogenitori**

Il nome più scelto dai genitori a livello nazionale è Leonardo, che mantiene il primato conquistato nel 2018; al secondo posto risale Francesco che conquista due posizioni sul 2021. Stabile Tommaso che rimane al terzo posto, mentre Alessandro scende dal secondo al quinto. Situazione immutata tra i nomi femminili rispetto al 2021: stabili Sofia in prima posizione, Aurora in seconda, Giulia in terza e Ginevra in quarta. Leonardo è al primo posto in tutte le regioni del Centro-nord (a eccezione della Provincia autonoma di Bolzano/Bozen, dove primeggia il nome Leo, e dell'Umbria, dove prevale Tommaso). Leonardo è il nome preferito, come nel 2021, anche in diverse regioni del Mezzogiorno: Abruzzo, Sicilia e Sardegna (Figura 6). Il nome Francesco si mantiene stabile al primo posto in quattro regioni del Mezzogiorno (Molise, Puglia, Basilicata e Calabria) mentre Antonio continua a primeggiare in Campania.

Per le bambine, il nome Sofia primeggia in tutte le regioni del Centro-nord (a eccezione della Provincia autonoma di Bolzano/Bozen, dove si conferma ancora Emma, e in Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste, dove si afferma Alice) e in Abruzzo, Calabria, Sicilia e Sardegna. Giulia, stabile al terzo posto in classifica nazionale, mantiene la prima posizione in Campania, Puglia e Basilicata. Aurora, seconda in graduatoria nazionale, è sul gradino più alto del podio soltanto in Molise. I bambini stranieri nati da genitori residenti nel nostro Paese si chiamano prevalentemente Adam, Amir e Rayan, ma anche Leonardo, Matteo e Luca. Anche tra le bambine straniere il primato spetta a Sofia, seguito da Sara, Amira, Emma, Emily e Aurora.

Le preferenze dei genitori stranieri si differenziano a seconda della cittadinanza. Considerando le quattro cittadinanze per maggior numero di nati da genitori entrambi stranieri, la tendenza a scegliere per i propri figli un nome diffuso nel paese ospitante è più spiccata nella comunità rumena. Infatti, i nomi più frequenti tra i nati rumeni sono: Leonardo, David, Luca, Matteo e Gabriel, mentre per le bambine troviamo Sofia (anche nella variante di Sofia Maria), Emma, Amelia e Maria. I bambini albanesi si chiamano prevalentemente Aron e Liam, ma anche Noel, Enea e Alessio mentre le bambine Emily, Aurora, Luna, Chloe, Emma e Amelia.

Un comportamento opposto si riscontra tra i genitori del Marocco e del Bangladesh, che prediligono per i figli nomi legati alle tradizioni del paese d'origine. I bambini maschi marocchini si chiamano soprattutto Amir, Adam, Rayan, Youssef e Jad; le bambine marocchine Amira, Sara, Nour, Jannat e Malak. I genitori del Bangladesh scelgono per i figli maschi soprattutto Ayan, Anas, Arham, Safwan, Zayan e Ayman; per le bambine: Ayesha, Fatiha, Mariam, Fatima, Sara e Arisha. Nonostante ci siano quasi 26mila nomi diversi per i bambini e poco meno di 25mila per le bambine, la distribuzione del numero di nati secondo il nome rivela un'elevata concentrazione intorno ai primi 30 in ordine di frequenza, che complessivamente coprono quasi il 44% di tutti i nomi attribuiti ai maschi e quasi il 38% di quelli alle femmine.

[https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo\\_id=117829](https://www.quotidianosanita.it/cronache/articolo.php?articolo_id=117829)



INFORMAZIONE & ANALISI DEI SISTEMI DI WELFARE

## **In Italia continua il fenomeno della denatalità**

03/10/2023 in *Studi e Ricerca*

**La conferma del Rapporto sulle nascite in Italia del ministero della Salute. Le donne partoriscono prevalentemente in strutture pubbliche, l'età media delle madri italiane al primo figlio è superiore a 32 anni, si riduce la percentuale di parti cesarei.**

L'89,0% dei parti nel 2022 è avvenuto in Istituti di cura pubblici, il 62,2% dei parti in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui. Il 20,0% delle madri sono straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane superiore a 32 anni. È quanto risulta dal [Rapporto sull'evento nascita in Italia](#), realizzato dall'Ufficio di Statistica del Ministero.

Nel Rapporto sono presentate le analisi dei dati rilevati dal flusso informativo del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) dell'anno 2022. La rilevazione – istituita dal Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n. 349 – costituisce a livello nazionale la più ricca fonte di informazioni sanitarie, epidemiologiche e socio-demografiche relative all'evento nascita e rappresenta uno strumento essenziale per la programmazione sanitaria nazionale e regionale, con un livello di copertura pressoché totale.

### **I trend 2012 – 2022**

Nel Rapporto sull'evento nascita in Italia anno 2022, precisa il ministero della Salute, sono stati introdotti alcuni elementi innovativi, relativi agli andamenti di tendenza, dall'anno 2012 all'anno 2022 (sia in veste di rappresentazioni grafiche che di tabelle), delle principali variabili osservate: il luogo del parto, le caratteristiche delle madri, la gravidanza, il parto,

il neonato e le tecniche di procreazione medicalmente assistita. La percentuale dei **parti pretermine** (<37 settimane) passa da circa 7 parti pre-termine ogni 100 parti a 6; aumenta l'**età media delle madri al primo figlio** (sia per le italiane che per le straniere); l'età media al primo figlio per le donne italiane passa da 31,5 del 2012 a **32,2 del 2022**. Per le donne straniere l'età media al primo figlio passa da 27,7 a **29,2 anni**.

Aumenta notevolmente il numero di visite di controllo effettuate in gravidanza, così come le ecografie (seppur meno marcatamente); nel 91,9% delle gravidanze il numero di **visite ostetriche** effettuate è superiore a 4 mentre nel 76,7% delle gravidanze si effettuano più di 3 **ecografie**. Per l'**amniocentesi** invece la percentuale delle madri con più di 40 anni, che ricorre a questa tecnica diagnostica, passa dal 33% del 2012 al 6% del 2022 (e si riduce drasticamente per tutte le classi di età analizzate).

Anche la percentuale di **parti cesarei** si riduce, passando dal 36% del 2012 al **31% circa** del 2022, effetto diversificato a seconda della tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono, di conseguenza si assiste ad un aumento della percentuale di parti vaginali.

La percentuale di donne che ricorre alla **fecondazione in vitro** con successivo trasferimento di embrioni nell'utero (FIVET) passa dal 37% del 2012 al 48% dell'anno 2022 e continua ad essere la tecnica più utilizzata; aumenta invece solo lievemente la percentuale di chi ricorre al metodo di fecondazione in vitro tramite iniezione di spermatozoo in citoplasma (ICSI).

Nel complesso i parti con **procreazione medicalmente assistita** PMA aumentano del 73% nel periodo considerato, ma diminuisce notevolmente la percentuale di parti plurimi in gravidanza con PMA (21% nel 2012, 9% nel 2022). Continua il fenomeno della **denatalità** (535.428 nati totali nel 2012, 393.997 nel 2022), ma diminuisce (seppur lievemente) la percentuale di nati morti.

#### **Dove partoriscono le donne in Italia**

L' **89,0% dei parti** è avvenuto negli **Istituti di cura pubblici** ed equiparati, il 10,8% nelle case di cura e solo lo 0,15% altrove (altra struttura di assistenza, domicilio, etc.). Nelle Regioni in cui è rilevante la presenza di strutture private accreditate rispetto alle pubbliche, le percentuali sono sostanzialmente diverse. Il 62,2% dei parti si svolge in strutture dove avvengono almeno 1.000 parti annui.

#### **Le caratteristiche delle madri: cittadinanza, grado di istruzione e professione**

Nel 2022, circa il **20,0%** dei parti è relativo a **madri di cittadinanza non italiana**. Tale fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con maggiore presenza straniera, ovvero al Centro-Nord, dove più del 26% dei parti avviene da madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate, sono quella dell'Africa (28,7%) e dell'Unione Europea (19,6%). Le madri di origine Asiatica e Sud Americana costituiscono rispettivamente il 19,3% e il 7,9% delle madri straniere.

Delle donne che hanno partorito nell'anno 2022 il **42,5% ha una scolarità medio alta**, il 22,7% medio bassa e il 34,8% ha conseguito la laurea. Fra le straniere prevale invece una scolarità medio bassa (41,3%).

L'analisi della condizione professionale evidenzia che il **58,6% delle madri ha un'occupazione lavorativa**, il 24,7% sono casalinghe e il 14,5% sono disoccupate o in cerca di prima occupazione.

#### **I neonati**

Lo 0,9% dei nati ha un **peso** inferiore a 1.500 grammi ed il 6,2% tra 1.500 e 2.500 grammi. Nei **test di valutazione della vitalità** del neonato tramite indice di Apgar, il 98,5% dei nati ha riportato un punteggio a 5 minuti dalla nascita compreso tra 7 e 10. Sono stati rilevati 994 nati morti corrispondenti a un tasso di natimortalità, pari a 2,40 nati morti ogni 1.000 nati, e registrati 4.332 casi di malformazioni diagnosticate alla nascita.

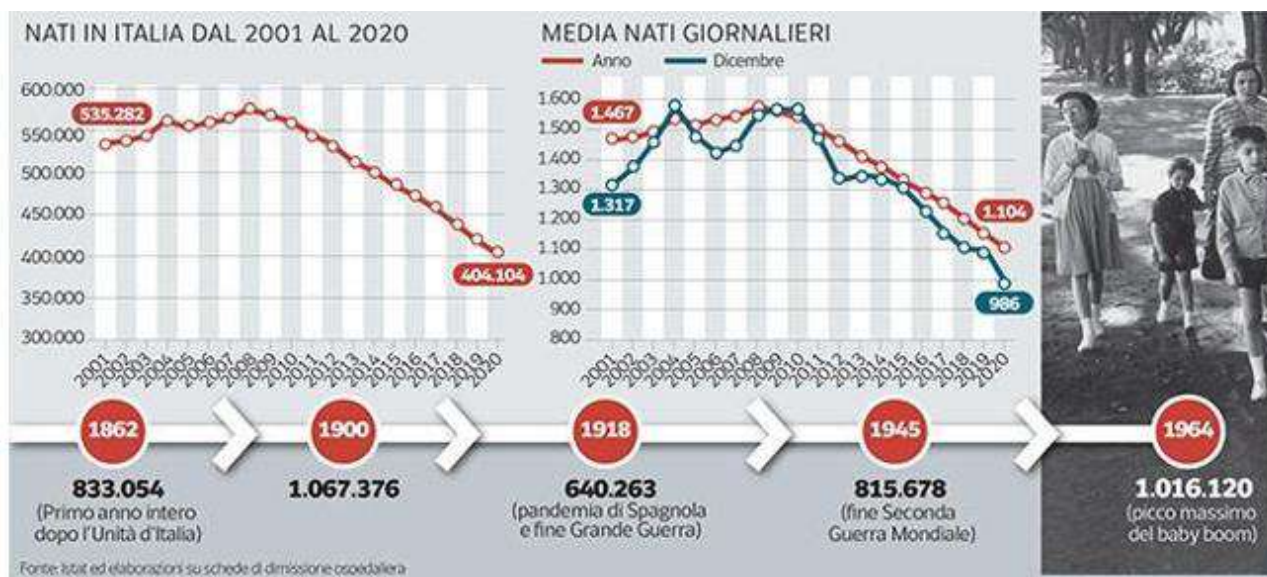
<https://www.panoramasanita.it/2023/10/03/in-italia-continua-il-fenomeno-della-denatalita/>

## CORRIERE DELLA SERA

### L'Italia che fa sempre meno figli: dal baby boom al calo del 60%

I nati nel 2020 sono 404 mila, quasi la metà dei decessi. Nel 1964 il picco massimo di oltre un milione di nascite. La popolazione è scesa sotto i 60 milioni

Federico Fubini



shadow

Forse tra qualche anno capiremo che la **pandemia** è stata una svolta. Oppure, magari, è stata solo un'accelerazione delle tendenze in atto da prima. Di certo i dati ufficiali sulla fertilità in Italia dopo l'avvento di Covid-19 sembrano dire che abbiamo continuato negli stili di vita degli anni scorsi. Solo, di più: **esitiamo ancora più di prima a far nascere figli in Italia**. E la tendenza non fa che accelerare, al punto da diventare una vera e propria emergenza nazionale: per la prima volta l'anno scorso le nascite sono quasi la metà dei decessi. Sono state 404.104 le prime, 746.146 i secondi. A conti fatti potrebbe emergere che, per la prima volta da nove anni, la popolazione è scesa sotto i sessanta milioni.

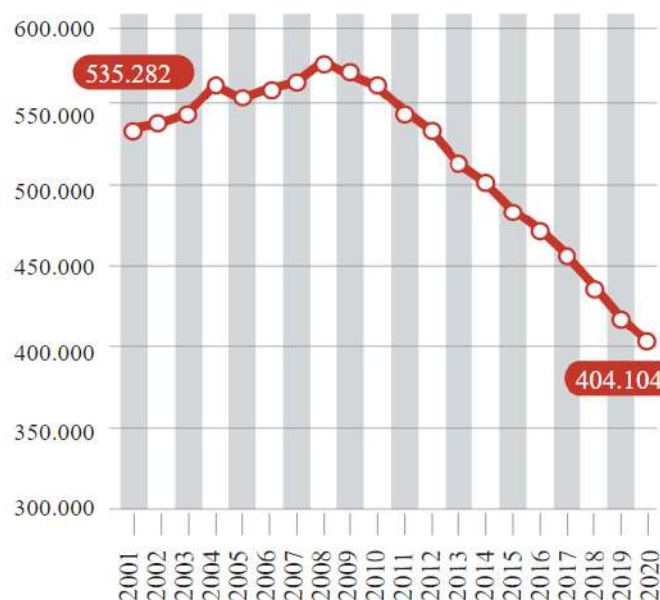
#### Pochi dubbi

Istat, l'istituto statistico, non ha ancora pubblicato dati finali. Ma le schede di dimissione ospedaliera per maternità, raccolte su base nazionale, non lasciano dubbi: **il 2020 è stato il dodicesimo anno consecutivo di calo delle nascite, meno 3,8% sul 2019**. A questo punto siamo del 30% sotto ai livelli del 2008 e del 60% sotto al picco di oltre un milione di nascite registrato all'apice del baby boom. Mai in Italia erano venuti al mondo così pochi figli e la discesa sotto la soglia psicologica di meno di quattrocentomila, prevista nel prossimo decennio, sembra probabile già nel 2021. Le domande sugli squilibri del welfare diventano solo più urgenti e così quelle sulla partecipazione al lavoro in Italia per mantenere il sistema.

#### I dati

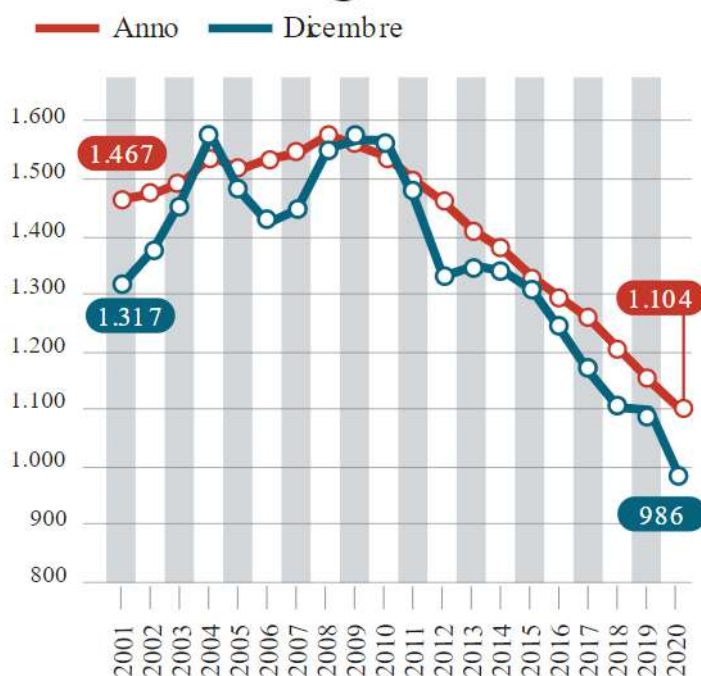
I dati però fanno vedere anche un'altra realtà, più specifica e densa di implicazioni: durante la pandemia, gli italiani hanno rinunciato ancora più di prima a cercare di avere un figlio. I nati in novembre, riferiti in gran parte ai concepimenti di febbraio (il caso del «paziente uno» di Codogno esplose il 20 di quel mese), sono in calo del 6,3% sul febbraio del 2019. I nati di dicembre, riferiti in gran parte ai concepimenti nella prima parte del primo lockdown, sono in calo del 10,3% rispetto allo stesso mese di un anno prima. In pratica a dicembre del 2020 in Italia sono venuti al mondo 986 bambini al giorno, quando erano oltre 1.500 nel 2011.

# Nati in Italia dal 2001 al 2020



Fonte: Istat ed elaborazioni su schede di dimissione ospedaliera

## Media nati giornalieri



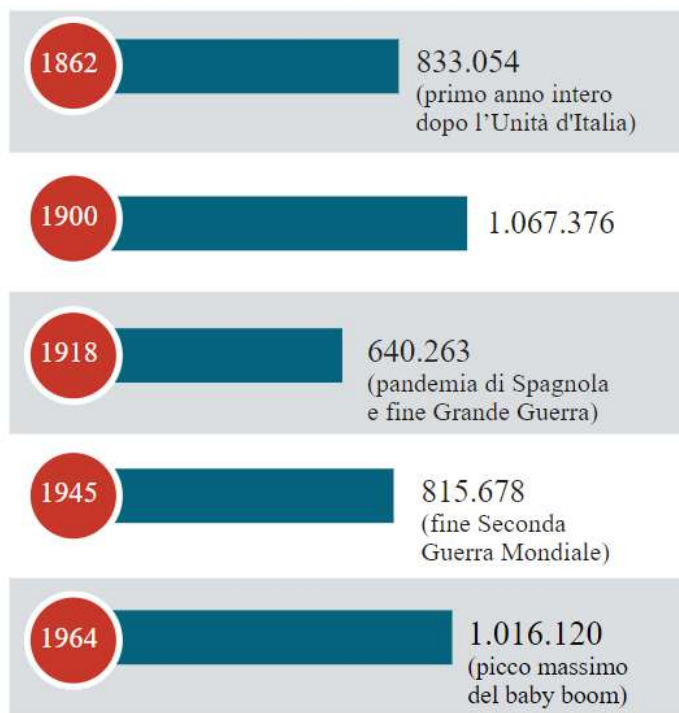
Fonte: Istat ed elaborazioni su schede di dimissione ospedaliera

### Crollo di concepimenti

Non è una sorpresa. Iqvia, una società di analisi del mercato farmaceutico, aveva registrato a marzo scorso un'impennata dell'11% delle vendite in farmacia della pillola anticoncezionale ordinaria. Su Google Trends le ricerche alla parola «gravidanza» in marzo 2020 toccano il punto più basso dal dicembre 2008, quando l'Italia sprofonda nella Grande recessione dopo il crollo di Lehman. Anche allora in effetti i concepimenti crollarono — mostrano i dati Istat — poiché a settembre 2009 le nascite sono del 4% sotto allo stesso mese di un anno prima. Le persone reagiscono alla paura, all'incertezza e alla minaccia della disoccupazione congelando le scelte per il futuro. Uno studio di Giulia Ferrari dell'Institut national d'études démographiques di Parigi (e colleghi) mostra che in tutt'Europa durante il lockdown sono

crollate le ricerche su Google su «test di gravidanza» e altre più riferite alla sessualità occasionale («pillola di emergenza», «condom»).

## Negli anni



### **Solo un rinvio?**

*Resta da capire se il crollo delle nascite legato a Covid — per esempio, i quattromila bambini meno della norma in dicembre — sarà compensato in seguito. Se cioè le coppie hanno solo rinviato la loro scelta di procreazione. Gian Carlo Blangiardo, il presidente dell'Istat che sottolinea da tempo la gravità della crisi demografica, ne dubita: «Temo che in parecchi casi il rinvio possa diventare rinuncia al figlio, specie se è il secondo o il terzo». Pesa l'età media elevata delle coppie in Italia, perché la finestra di fertilità per molte di esse si sta chiudendo e con Covid l'accesso alla procreazione medicalmente assistita diventa più difficile. Di certo in Italia anche con la seconda ondata, a inizio novembre, le ricerche di «gravidanza» su Google sono di nuovo crollate. Massimo Livi Bacci con altri colleghi ha dimostrato in uno studio su Science che i grandi traumi collettivi corrispondono spesso a un crollo delle nascite, seguito da una ripresa negli anni seguenti. È la sfida che adesso l'Italia ha davanti.*

[https://www.corriere.it/cronache/21\\_marzo\\_21/italia-che-fa-sempre-meno-figli-baby-boom-calo-60per cento-389f0c24-8a85-11eb-82d5-215578033673.shtml](https://www.corriere.it/cronache/21_marzo_21/italia-che-fa-sempre-meno-figli-baby-boom-calo-60per cento-389f0c24-8a85-11eb-82d5-215578033673.shtml)





### **Panoramica**

***Gli italiani possono aspettarsi di vivere a lungo, ma i cambiamenti nei comportamenti sanitari possono ridurre ulteriormente la morbilità e la mortalità***

*L'aspettativa di vita ha continuato ad aumentare e ha raggiunto 83,6 anni nel 2019, ma è temporaneamente diminuita nel 2020 a causa del numero di decessi dovuti a COVID-19. Le principali cause di morte in Italia sono le malattie cardiovascolari e il cancro, come nella maggior parte degli altri paesi ad alto reddito, e dal 2020, i disturbi respiratori infettivi. Le differenze regionali negli indicatori sanitari sono marcate e i fattori di rischio comportamentali come le abitudini alimentari, il consumo di alcol e tabacco sono i principali fattori di morbilità: rappresentano circa un terzo di tutti i decessi.*

### **Le regioni sono responsabili del finanziamento, della pianificazione e della fornitura dei servizi sanitari**

*Il Servizio Sanitario Nazionale in Italia (SSN) è altamente decentralizzato e ciascuna regione è responsabile dell'organizzazione e della fornitura dei servizi sanitari alla popolazione. Il governo centrale stabilisce il pacchetto di benefici nazionali e stanziamenti per i sistemi sanitari regionali. Durante la pandemia di Covid-19 si è verificata una centralizzazione del potere in termini di leadership e amministrazione, ma l'attuazione è stata in gran parte lasciata alle regioni.*

### **Sebbene la spesa sanitaria sia relativamente bassa, negli ultimi anni le spese vive sono aumentate**

*Con l'8,7% del PIL nel 2019, la spesa sanitaria in Italia è inferiore a quella di altri paesi dell'Europa occidentale. Nel 2019, circa il 74% della spesa sanitaria totale è stata finanziata da fonti pubbliche e la maggior parte delle spese rimanenti (23%) proveniva da pagamenti diretti delle famiglie. Negli ultimi dieci anni, la percentuale della spesa sanitaria privata è aumentata, con le spese dirette delle famiglie, piuttosto che i ticket, che rappresentano la maggior parte di questa crescita, sollevando preoccupazioni sull'adeguatezza della protezione finanziaria. Tuttavia, dato il livello della spesa sanitaria, il SSN italiano è stato generalmente efficace nel fornire accesso a cure di alta qualità a costi ragionevoli, nonostante le significative variazioni regionali.*

### **Le aree chiave della riforma includono la prevenzione, l'assistenza ospedaliera, la ridefinizione del pacchetto di benefici nazionali e il monitoraggio**

*Recenti iniziative politiche hanno incluso l'espansione della copertura vaccinale, la ristrutturazione dell'offerta ospedaliera e il miglioramento degli standard di cura, la revisione del pacchetto di benefici e l'implementazione di sistemi di monitoraggio delle prestazioni del sistema sanitario. Le principali sfide per il sistema sanitario sono legate alla gestione degli storici sottoinvestimenti nel personale sanitario, alla modernizzazione delle infrastrutture e delle attrezzature obsolete e al miglioramento delle infrastrutture informative. Il governo italiano prevede di utilizzare il Piano nazionale di ripresa e resilienza finanziato dall'UE per rafforzare l'assistenza primaria e comunitaria investendo in strutture, migliorando l'infrastruttura digitale del SSN, aggiornando le attrezzature mediche, nonché per la formazione degli operatori sanitari.*

THE LANCET Regional Health  
Europe

### **La micro simulazione come strumento flessibile per valutare le politiche e il loro impatto sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute**

**Daniele Kopasker, Srinivasa Vittal Katikireddi, João Vasco Santos, Matteo Richiardi, Patryk Bronka, Michael Rostila et al.**

**Publicato: 18 ottobre 2023**

**DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.100>**

*Le disuguaglianze sanitarie sono una preoccupazione globale.*

*Sono prodotti socialmente, potenzialmente evitabili e ampiamente considerati inaccettabili nelle società civilizzate. Ridurli rimane una priorità della politica sanitaria pubblica in molti paesi, soprattutto alla luce dell'impatto ineguale della pandemia di COVID-19.*

*È stato dimostrato che i determinanti sociali, economici e commerciali (collettivamente chiamati determinanti sociali della salute) sono fattori importanti per le disuguaglianze sanitarie in molteplici risultati sanitari, tra cui morbilità, mortalità e salute mentale, in molti paesi e nel tempo.*

*Inoltre, un numero sostanziale di prove suggerisce una relazione causale tra determinanti sociali e risultati sanitari, sebbene l'entità e la direzione degli effetti possano variare a seconda dei contesti istituzionali, delle fasi della vita e delle specifiche condizioni di salute.*

*Nel loro insieme, le prove esistenti indicano fortemente che esiste il potenziale per una significativa riduzione delle disuguaglianze sanitarie attraverso l'attuazione di politiche mirate ai percorsi dei determinanti sociali.*

*Tuttavia, i progressi nell'affrontare le disuguaglianze sanitarie attraverso interventi politici sono stati ostacolati dalla mancanza di ricerche attuabili sugli effetti sanitari delle politiche sociali ed economiche, come l'aumento dei pagamenti della previdenza sociale o i programmi di mantenimento del posto di lavoro durante le crisi del mercato del lavoro. Ciò è in parte dovuto a vincoli pratici ed etici che limitano la fattibilità di esperimenti su larga scala e nel mondo reale. Tuttavia, senza una ricerca che possa informare direttamente il processo decisionale, il campo delle disuguaglianze sanitarie rischia di stagnare, riaffermando gli stessi modelli con dati aggiornati. Pertanto, è imperativo fornire prove che influenzino il cambiamento nei diversi ambiti politici, il che richiede approcci innovativi e nuovi strumenti metodologici. Uno di questi strumenti è la microsimulazione.*

*Le microsimulazioni semplificano il mondo reale sintetizzando le migliori prove, teorie e dati disponibili per proiettare nel tempo una popolazione iniziale di microunità, come individui o famiglie. Nelle microsimulazioni, le microunità vengono sottoposte a cicli attraverso una serie di processi, ciascuno dei quali prevede un risultato specifico. Le transizioni tra i diversi stati si basano sull'evidenza di percorsi chiave modificabili e sull'applicazione di scenari politici personalizzati. Questi modelli possono essere adattati a contesti specifici ed esigenze politiche, rendendoli altamente adattabili. Sono particolarmente adatti per tre compiti: quantificare gli effetti delle tendenze secolari sulle disuguaglianze sanitarie, come l'invecchiamento della popolazione, l'aumento dei livelli di scolarizzazione o il cambiamento della struttura familiare; valutazione ex post dei benefici dell'attuazione delle politiche rispetto a scenari controfattuali in cui la politica non viene introdotta; e la valutazione ex ante delle proposte politiche, prima della loro attuazione, che è particolarmente utile quando le valutazioni empiriche degli impatti sulla salute non sono disponibili o quando le prove impiegherebbero molti anni per emergere.*

*La microsimulazione offre anche una rappresentazione più dettagliata della reattività politica rispetto ai modelli frequentemente utilizzati per valutare il rapporto costo-efficacia della tecnologia medica, come i modelli di transizione statale basati su coorti. Può modellare le interazioni e gli effetti delle politiche che sono basati su regole (ad esempio, limiti sui pagamenti totali di sicurezza sociale) e comportamentali (ad esempio, tasse sui redditi elevati che riducono l'offerta di lavoro). Inoltre, i modelli di microsimulazione possono incorporare aspetti dinamici e spaziali e fornire una descrizione dettagliata del sistema fiscale e previdenziale.*

*Inoltre, poiché qualsiasi combinazione di caratteristiche individuali può disaggregare l'output simulato, la modellazione di microsimulazione è particolarmente adatta alle analisi distribuzionali delle disuguaglianze che si intersecano lungo più assi.*

Inoltre, gli interventi politici mirati alle disuguaglianze sanitarie possono essere costosi e difficili da implementare e valutare. La microsimulazione fornisce uno strumento economicamente vantaggioso per identificare interventi promettenti e ottimizzare la progettazione delle politiche. Sebbene solide valutazioni ex post delle politiche del mondo reale rimangano essenziali, la microsimulazione può guidare l'allocazione delle risorse verso politiche che potrebbero avere un impatto sulla salute della popolazione e sulle disuguaglianze sanitarie.

Gli autori identificano sei aree prioritarie particolarmente adatte per l'analisi di microsimulazione nel contesto delle disuguaglianze sanitarie: 1) politiche di regolamentazione, che valutano come le tasse, i prezzi minimi o le restrizioni sulla promozione di beni malsani riducono le disuguaglianze sanitarie; 2) politiche sanitarie, indagando come i diversi meccanismi di finanziamento influiscono sull'accesso ai servizi sanitari; 3) politiche di sicurezza sociale, identificando il mix ottimale di mantenimento del reddito, trasferimenti di denaro e politiche abitative per prevenire scarsi risultati sanitari derivanti dalla povertà relativa; 4) regimi fiscali, esaminando l'influenza delle imposte dirette e indirette sui risultati sanitari attraverso cambiamenti nell'offerta e nel consumo di lavoro; 5) risposte politiche alle crisi, identificando una serie di politiche per proteggere la salute della popolazione durante crisi come pandemie, recessioni ed emergenze ambientali; 6) migliorare le opportunità di vita, sostenendo l'occupabilità, i risultati scolastici e l'apprendimento permanente.

Ridurre le disuguaglianze sanitarie è probabilmente il "Santo Graal" della sanità pubblica. Tuttavia, esiste un'urgente necessità di colmare il divario tra ricerca e politica, e i politici e le parti interessate hanno ripetutamente chiesto prove attuabili per affrontare le disuguaglianze socioeconomiche nella salute.

Sebbene lo sviluppo di modelli di microsimulazione possa essere ostacolato dalla complessità dei dati e dall'elevata richiesta di risorse, è probabile che questi fattori diminuiscano man mano che l'adozione di modelli di microsimulazione si amplia e il rilascio open source diventa più diffuso. In definitiva, la microsimulazione offre l'opportunità di passare dalla descrizione delle disuguaglianze sanitarie all'affrontare la loro creazione ed evoluzione. Una sua più ampia adozione potrebbe portare a importanti progressi verso decisioni più eque in materia di politica sanitaria pubblica. Gli autori accolgono con favore la collaborazione con ricercatori e politici che mirano a ridurre le disuguaglianze sanitarie utilizzando questo strumento emergente per la ricerca epidemiologica e sulla salute pubblica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(23\)00177-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(23)00177-1/fulltext)



## **I determinanti politici della salute**

Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia e Lorenzo Latella

*I determinanti politici della salute, agendo a monte rispetto ai determinanti sociali, influenzano la salute della popolazione e contribuiscono ad attenuare o esacerbare le disuguaglianze di salute.*

L'influenza dei determinanti sociali sulla salute delle popolazioni è al giorno d'oggi ampiamente riconosciuta. La World Health Organization (WHO) definisce i determinanti sociali di salute come quei fattori non medici che influenzano la salute, comprendenti le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano e, in senso più ampio, l'insieme delle forze e dei sistemi che plasmano le condizioni di vita quotidiane. Questi ultimi includono le norme sociali, le politiche economiche e il sistema politico. [1]

Daniel E. Dawes, uno dei principali promotori dell'Affordable Care Act (ObamaCare), nonché consulente per la COVID-19 Health Equity Task Force della Casa Bianca, ha pubblicato nel 2020 un libro in cui sostiene che i fattori politici dovrebbero essere considerati in modo distinto dai determinanti sociali della salute. [2] Infatti, quelli che Dawes definisce determinanti politici della salute, agiscono a monte rispetto ai determinanti sociali della salute, svolgendo un ruolo fondamentale nel generare, sostenere ed esacerbare i determinanti sociali, che a loro volta influenzano la salute della popolazione, attenuando o incrementando le disuguaglianze di salute.

A livello globale, sono molti gli esempi dell'impatto della politica sulla salute della popolazione: la iniqua distribuzione dei vaccini anti-Covid-19 nel mondo (sottolineati da varie dichiarazioni WHO), il reclutamento di operatori sanitari da parte di paesi sviluppati che soffrono carenze di personale in paesi da cui originano flussi migratori, le politiche di assimilazione razziale di fine '800 in Australia che portarono alla "Generazione Rubata" (vedi Nota) con gravi conseguenze sulla salute fisica e mentale degli individui, le conseguenze della Brexit sulla salute e l'assistenza sanitaria nel Regno Unito e nei paesi dell'Unione Europea (per approfondire: "[La Brexit fa male alla salute](#)"). [3]

### **Una nuova cornice concettuale**

Dawes definisce i determinanti politici della salute come quei fattori "implicanti il processo sistematico di strutturare le relazioni, allocare le risorse e amministrare il potere, che operano simultaneamente, rafforzandosi reciprocamente o

influenzandosi a vicenda, per determinare le opportunità che possono ridurre o esacerbare le disuguaglianze di salute”. I determinanti politici della salute creano le condizioni strutturali e i fattori sociali che, a loro volta, influenzano tutte le dinamiche coinvolte nella salute, come, ad esempio, le condizioni ambientali, la sicurezza nei trasporti, l’insicurezza abitativa e la mancanza di opzioni alimentari sane. Riflettere sul ruolo che svolgono i determinanti politici significa analizzare come il potere, le istituzioni, gli interessi e le posizioni ideologiche possono influenzare la salute nel contesto di differenti sistemi politici e culture, e a diversi livelli di governance.

Per promuovere l’equità nella salute, Dawes ha elaborato una nuova cornice concettuale indirizzata a legislatori, ricercatori, studiosi e decisori politici attuali e futuri, concentrandosi su tre aspetti principali dei determinanti politici della salute: voto, governo e policy.

### Voto

Nonostante in molti Paesi il voto sia considerato un dovere civico fondamentale, molte persone non riconoscono o danno per scontato l’impatto del diritto al voto sulla propria salute, sul benessere e sull’aspettativa di vita. Il voto permette a ognuno di noi di essere rappresentato relativamente a questioni che hanno un impatto diretto non solo sulla nostra salute individuale, ma su quella di tutta la comunità di cui facciamo parte. Purtroppo, il diritto al voto non è garantito in tutti i Paesi e spesso si assiste all’esclusione dal processo democratico di minoranze etniche e delle persone che vivono in condizioni socioeconomiche peggiori, che costituiscono le fasce di popolazione più a rischio per la propria salute e che avrebbero il maggiore bisogno di essere rappresentate. Dai risultati di un’analisi pubblicata dal Lancet nel 2022 emerge che, durante la pandemia, nazioni caratterizzate dalle forme di governo democratico più avanzate e da alti livelli di fiducia nelle istituzioni governative hanno presentato tassi di infezione da SARS-CoV-2 inferiori rispetto alle altre, anche aggiustando i risultati per fattori come la densità di popolazione, il prodotto interno lordo, l’altitudine e una precedente esposizione ad altri coronavirus. [4]

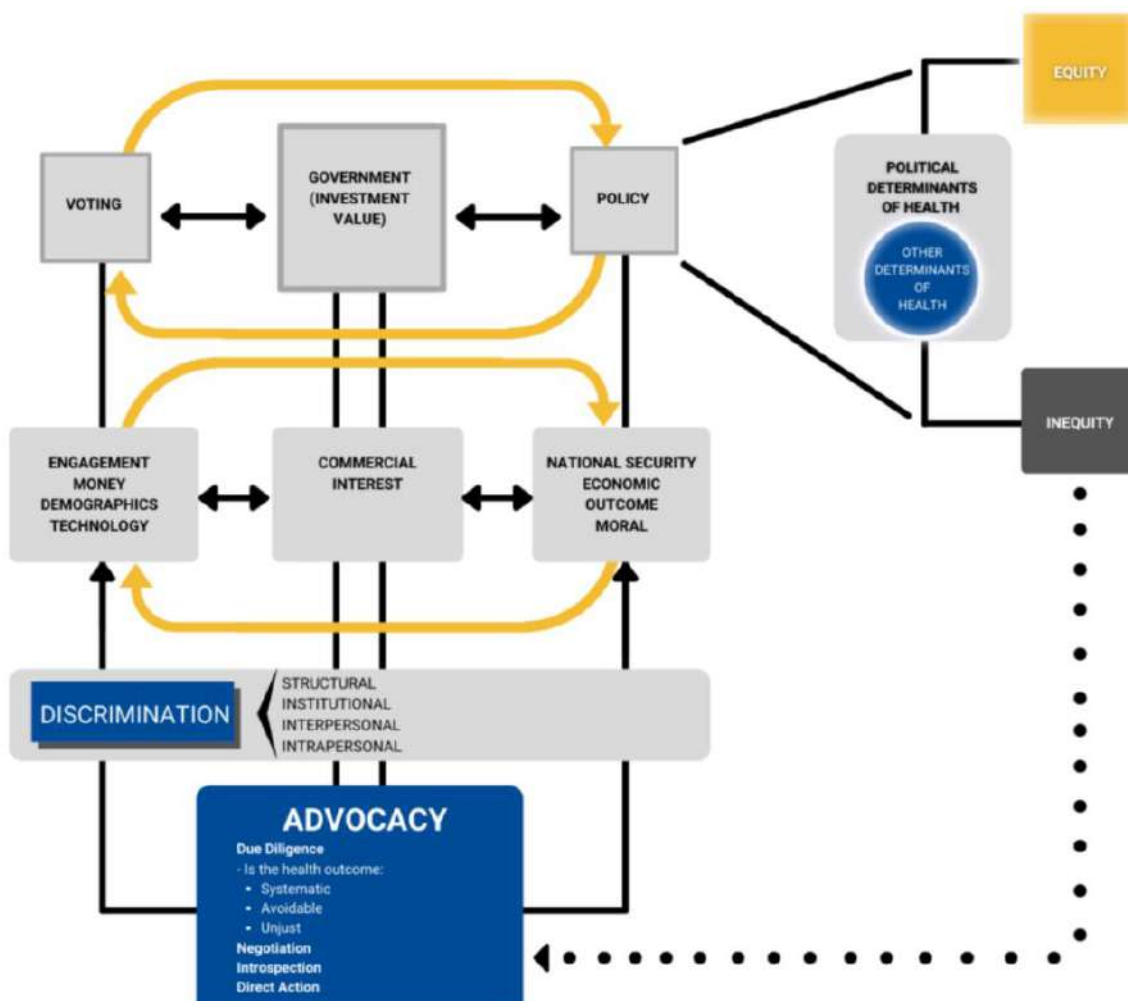


Figura 1. La cornice concettuale dei determinanti politici della salute proposta da Daniel E. Dawes. [2]

### Governo

Garantire il diritto al voto, sebbene sia fondamentale, non basta per affrontare in modo efficace le disuguaglianze di salute. Per questo motivo, Dawes introduce un altro determinante politico della salute: il governo. Se l’impatto del diritto al voto sulla salute è più intuitivo, il ruolo svolto dal governo con il suo complesso funzionamento interno sembra essere

molto più arduo da comprendere. Per cercare di capirlo, possiamo prendere in considerazione come esempio i politici membri del governo federale degli Stati Uniti. Se valutiamo il loro status socioeconomico, ci rendiamo conto che è molto lontano da quello della popolazione che dovrebbero rappresentare. La mancata rappresentanza di tutte le classi socioeconomiche, in particolare delle fasce di popolazione maggiormente interessate dalle disuguaglianze, contribuisce alla scarsità di inclusione e di politiche eque promosse dai politici.

### **Policy**

Le decisioni del governo si concretizzano nelle politiche, che possono essere considerate un ulteriore determinante della salute. Secondo Dawes, non bisogna considerare questo determinante come un fattore a sé stante, ma come parte di un più ampio insieme di determinanti politici che agiscono di concerto. Infatti, un successo sul fronte delle politiche adottate dai governi non equivale necessariamente a una vittoria definitiva, poiché pressioni esercitate a livello dei primi due determinanti politici (voto e governo) potrebbero arrestare le politiche messe in atto. Pertanto, un approccio strategico e l'attività di advocacy rivestono un ruolo di fondamentale importanza nel favorire l'avanzamento delle politiche.

Sono moltissime le problematiche di salute strettamente correlate all'azione o inazione politica: obesità, mortalità materna, mortalità infantile, violenza con armi da fuoco, depressione, dipendenza da oppioidi, diabete, malattie cardiache, cancro, HIV/AIDS, Covid-19 e molte altre. Nella storia americana, un fattore che ha agevolato l'approvazione di politiche per la salute è la presenza di sostenitori con argomentazioni solide, in particolare riguardanti gli ambiti della moralità, della performance, della sicurezza economica e della sicurezza nazionale.

Ogni sistema politico può agire sui determinanti politici per migliorare gli esiti di salute dei suoi cittadini e ridurre le disuguaglianze di salute.

### **I determinanti politici della salute in Italia: la lotta al tabagismo**

L'uso di tabacco è stato normato in maniera organica ed efficace solo in tempi recenti. Le prime leggi che hanno regolato la vendita e il consumo di tabacco sono della metà degli anni '30. Le successive hanno posto blandi limiti regolando l'uso per i minori di 16 anni e in contesti sociali e comunitari, e ponendo le prime restrizioni alle pubblicità. Con le leggi dei primi anni '90 si è posto l'accento sul luogo di lavoro, inasprendo le regole per la commercializzazione. Ma se tutte le leggi fino a questo momento erano di limitata portata e di scarso impatto, con la legge n. 3/2003 (art. 51), "Tutela della salute dei non fumatori" (Legge Sirchia), si pongono le basi per una efficace e duratura riduzione del fumo. Con questa norma il principio della libertà di fumo è stato ribaltato: si può fumare solo dove non si nuoce agli altri, comminando sanzioni per i trasgressori ed i responsabili del controllo. Attraverso questa legge la politica ha fatto sentire il suo peso determinando effetti importanti sulla salute della popolazione adulta: i tabagisti sono passati da 12.570.000 nel 2005 a 11.600.000 nel 2019, facendo registrare un minimo storico di 10.800.000 fumatori nel 2012. Con la legge Sirchia si è sostituito il concetto di welfare state con quello di welfare community, ovvero dall'idea di Stato che dà assistenza e benessere a quello di una comunità intera che vi concorre e se ne assume la responsabilità. [5, 6]

### **Un altro esempio italiano: la legge 194 del 1978**

La questione dell'interruzione volontaria della gravidanza è da sempre connessa in maniera indissolubile alla politica. In Italia, dall'avvento del codice Rocco (1930) fino al 1978 era considerata un reato, determinando varie fattispecie criminali, tra cui "l'aborto di donna consenziente", l'aborto di donna "non consenziente", "l'autoprocurato aborto" e la "istigazione all'aborto". Il 22 maggio 1978, quarantacinque anni fa, dopo un acceso dibattito politico, veniva pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale la legge 194 che detta le "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". Una legge molto avanzata per l'epoca, caratterizzata da un approccio olistico alla salute della donna. Dal 1983 le interruzioni di gravidanza in Italia sono in continua diminuzione e il tasso di abortività nel nostro paese (pari a 5,8 per 1.000 nel 2019) è fra i più bassi tra i paesi occidentali. Le cittadine straniere continuano ad essere una popolazione a maggior rischio di abortire rispetto alle italiane: per tutte le classi di età, le straniere hanno tassi di abortività 2-3 volte più elevati.

L'impatto che la legge ha avuto sui diritti alla salute riproduttiva e su aspetti socioeconomici è stato enorme. Questo fatto è sottolineato dalle crescenti evidenze che mostrano come l'accesso all'aborto volontario e ai metodi contraccettivi sia stato in grado di plasmare i modelli di fertilità, di criminalità, istruzione, il mercato del lavoro e l'autonomia delle donne. [7-10]

### **Conclusioni**

Sebbene non esistano due sistemi politici perfettamente uguali, ogni sistema politico ha la possibilità di influenzare gli esiti di salute dei suoi cittadini e il potenziale per far leva sui determinanti politici per ridurre le disuguaglianze di salute. I determinanti sociali, ambientali, dell'assistenza sanitaria e gli altri determinanti della salute devono la loro esistenza e diffusione ai determinanti politici. Pertanto, è compito dei ricercatori, dei leader politici e di coloro che svolgono attività di advocacy, evidenziare nel modo più efficace il nesso tra i determinanti politici e la salute delle popolazioni, al fine di rendere l'equità nella salute una priorità politica.

Primo Buscemi, Gabriele Cerini, Francesco Giannuzzi, Simone Iadevaia e Lorenzo Latella; Scuola di specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Firenze



Nota: Gli aborigeni australiani vennero espropriati delle proprie terre e costretti ad abbandonare la propria cultura, le proprie tradizioni ed usanze, e la propria lingua, per adottare lo stile di vita europeo ed essere sottoposti ad una politica di assimilazione che aveva, soltanto apparentemente, l'obiettivo di civilizzare e integrare i nativi australiani nella società bianca. Il principio giuridico che aveva legittimato l'invasione era quello della "terra nullius", in base al quale l'Australia veniva considerata a quei tempi una "terra non appartenente a nessuno", disabitata, e pertanto occupabile dagli inglesi che erano, tuttavia, pienamente consapevoli del fatto che il territorio era abitato da gruppi aborigeni (fonte: <https://iari.site/2020/06/25/australia-il-pregiudizio-inconscio-verso-le-popolazioni-aborigene/>).

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/09/i-determinanti-politici-della-salute/>

**quotidianosanita.it**

## **Nuove povertà tra autonomia differenziata, reddito di cittadinanza e mancanze di cure**

**Pina Onotri, Segretario Generale SMI - Ludovico Abbaticchio, Presidente Nazionale SMI**

**05 OTT -**

Gentile Direttore,

siamo di fronte ad uno scenario dove le disuguaglianze nel nostro Paese aumentano tra sud e nord, tra città e aree ai margini, tra persone di diverso genere, tra giovani e meno giovani, tra ricchi e poveri.

I dati sono drammatici: 5,6 milioni di persone sono in povertà assoluta e 8 milioni in povertà relativa. Condizioni che riguardano quasi il 23% della popolazione italiana. Inoltre, sono più di 3 milioni le lavoratrici e i lavoratori che sono poveri anche se lavorano. Per non parlare della disoccupazione giovanile pari al 22% e di quella delle donne pari al 10,2%. Nel Mezzogiorno, secondo la Svimez, con la nuova misura 760 mila persone precipiteranno nelle condizioni di povertà assoluta, senza più alcun sostegno. Non si favorirà una maggiore occupazione, si contribuirà invece a far crescere il numero dei lavoratori poveri, il lavoro nero e precario.

Nel Mezzogiorno che sono più diffuse precarietà, dispersione scolastica, carenza dei servizi pubblici, a partire da quelli sociosanitari e per l'infanzia a queste difficoltà il governo non dà risposte e quelle che prevede, come la flat tax, la liberalizzazione dei contratti a termine, l'estensione dei voucher, acuiscono le povertà.

Alla luce di questo, ci appare indispensabile il ritorno ad una misura universale di reddito minimo. Occorra perseguire la realizzazione di uno strumento che connetta la componente monetaria (il sussidio) con la componente di attivazione e di inclusione sociale e lavorativa (i servizi, sia del sociale sia i servizi del lavoro) e che individui un diverso ruolo dei Comuni e delle comunità, del sistema di welfare locale e dei sistemi di infrastrutturazione dei servizi del lavoro.

Una delle principali conseguenze della condizione di fragilità economica è la povertà sanitaria e la mancanza di cure sanitarie, che sono condizioni particolarmente odiose perché la salute, o meglio, l'accesso alle cure, dovrebbe essere un diritto garantito a tutti. Purtroppo nella realtà non è così e questo non dipende solo dalle barriere economiche ma anche, per esempio, dalla geografia (territorio isolato), infrastrutture (mancanza di ospedali o qualità dell'offerta sanitaria) e dalla scarsa consapevolezza (conoscenza delle strutture e delle cure disponibili).

Una persona indigente, secondo i dati del 2021, ha a disposizione un budget per la salute pari a soli 10 euro al mese, mentre una persona sopra la soglia di povertà ha a disposizione ogni mese quasi sette volte tanto, ovvero 66 euro. Per quanto riguarda unicamente le risorse per l'acquisto di farmaci, un individuo fragile può stanziare ogni mese 5,85 euro mentre uno sopra la soglia quattro volte di più: 26 euro.

La povertà sanitaria è ancora più insopportabile se si considera che perdura in Italia il carattere universalistico del nostro Servizio Sanitario Nazionale. Questo significa che, malgrado la gratuità delle cure sanitarie sancita dall'articolo 32 della Costituzione, una parte consistente della spesa sanitaria resta a carico dei cittadini, soprattutto quella farmaceutica.

Per queste ragioni nel Mezzogiorno occorrono misure stringenti di contrasto alla povertà e allo stesso tempo politiche che permettano agli enti locali e alle Regioni di sviluppare una rete di assistenza medica, con il potenziamento della presenza dei medici di medicina generale e il rafforzamento dei presidi socio sanitari sul territorio.

In questo modo si potrebbero intercettare meglio per l'erogazione delle cure per quella fascia di popolazione che vive in condizioni d'indigenza. Combattere la povertà vuol dire individuare una misura universale di sostegno al reddito, mettere in campo politiche di sviluppo e per nuova occupazione e allo stesso tempo garantire a tutti il soddisfacimento dei bisogni di salute.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117252](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117252)

## Le diseguaglianze nella salute

Antonio Saitta

**09 OTT** - Gentile direttore,

ogni anno, sempre in questo periodo, torna di attualità e con la stessa ritualità il tema di un adeguato finanziamento del SSN: il Ministro della salute chiede al governo un determinato stanziamento per il fondo sanitario, il Ministro dell'Economia fa sapere che purtroppo è possibile finanziare solo in parte la richiesta, tutte le Regioni e le numerose sigle sindacali si schierano con il Ministro della salute, si pubblicano studi sullo scarso finanziamento del SSN italiano rispetto ad altri paesi europei, si sviluppa un aspro confronto, etc.

Ogni anno nel dibattito spesso si sovrappongono, sbagliando, i termini sanità con salute. Abbiamo sicuramente bisogno di migliorare l'assistenza sanitaria pubblica (con finanziamenti adeguati) per curare le malattie, ma è altrettanto importante per la salute della popolazione rimuovere le condizioni economiche e sociali per le quali le persone si ammalano. Michael Marmot, il massimo esperto degli studi sulle diseguaglianze nella salute, avverte con efficacia che l'insufficiente assistenza sanitaria "non è causa dello stato della malattia, così come la mancanza di aspirina non è causa del mal di testa".

Garantire la salute pertanto non è solo un problema di assistenza sanitaria di competenza del solo ministro della sanità di turno. E' un problema più ampio che riguarda le politiche per l'economia, l'istruzione, lo sport, la protezione sociale, l'ambiente, etc. Richiede ai parlamentari e al governo una forte convinzione politica sapendo che i risultati delle politiche sulla riduzione delle diseguaglianze si potranno vedere in un tempo più lungo del loro mandato. "Il governante che sacrifica tutto al desiderio di vedere con i propri occhi il trionfo della sua politica – ha scritto a questo proposito il filosofo Jaques Maritain - è un cattivo governante e perverte la politica, anche se è esente da ogni ambizione personale ed ama il suo paese disinteressatamente: perché commisura il tempo di maturazione del bene politico ai brevi anni della sua attività personale".

Elaborando i dati contenuti nell'ultimo rapporto Istat (2019) sulla salute nelle regioni italiane e immaginando un ipotetico viaggio da Trento a Palermo, risulta evidente la relazione tra salute e diseguaglianze esistente tra Nord e Sud. La speranza di vita alla nascita è maggiore in Trentino: per gli uomini +2,8 anni rispetto alla Campania e per le donne +1,9 rispetto alla Sicilia. Anche per la speranza di vita in buona salute il primato è del Trentino con differenze consistenti: rispetto alla Calabria +12,6 anni per gli uomini e +13,9 per le donne. La percentuale di cittadini in sovrappeso, con età compresa tra i 18 anni e oltre, è più alta al Sud (51,5 in Campania) rispetto al Nord (38,3) e il divario è purtroppo ancora più forte considerando la popolazione con età compresa tra i 6 e 17 anni: +35,2 in Campania e 16,1 in Trentino. E ancora: praticano di più lo sport in modo continuo i cittadini del Nord (30,1% il Trentino) rispetto a quelli del Mezzogiorno (15,9 la Calabria); la stessa tendenza esiste, ma fortemente più accentuata, per la pratica dello sport in modo saltuario: 16,4 nel Trentino e 6,0 in Sicilia.

Lo stesso fenomeno si registra anche all'interno delle grandi aree urbane. Nel 2016 il Servizio della rete di epidemiologia del Piemonte pubblicò i risultati di un'approfondita ricerca su "40 anni di salute a Torino" che fu così sintetizzata: "Torino è caratterizzata da una variabilità geografica nella salute. Si osserva, cioè, un divario fra i quartieri socio-economicamente svantaggiati (le periferie a Nord di corso Regina Margherita e Mirafiori Sud) e quelli più ricchi (collina, centro alto-borghese e quartieri centro-occidentali) che può essere sintetizzato dalla differenza di circa 4 anni nella speranza di vita per gli uomini tra chi vive in collina e chi vive alle Vallette. Le disuguaglianze di salute dentro la città sono tali che se prendessimo il tram della linea 3 che collega i quartieri ricchi della collina a quelli poveri della periferia Nord della città, osserveremmo negli uomini una perdita di circa 5 mesi nella speranza di vita per ogni chilometro percorso".

La politica ha il dovere di occuparsi non solo dell'assistenza sanitaria, ma contemporaneamente anche dei "determinanti" della salute: alimentazione, istruzione, ambiente, disoccupazione, lavoro, reddito, acqua e impianti igienici, servizi sanitari, abitazioni, rete sociale e di comunità, stili di vita individuali, etc. Non si può cioè dimenticare che i grandi progressi nello stato di salute dei cittadini sono stati ottenuti attraverso il miglioramento delle condizioni economiche e sociali, delle condizioni ambientali e dei servizi sanitari.

[https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo\\_id=117312](https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=117312)

## **Eurostat, il 64% delle famiglie italiane arriva con difficoltà a fine mese**

**Rosaria Amato**

*Il dato è superiore di oltre 17 punti percentuali alla media Ue. Il Pd: "Crisi senza precedenti"*

ROMA - L'Italia è l'unico fra i grandi Paesi europei (Francia, Germania e Spagna) in cui la quota di famiglie che riscontra diverse difficoltà a far quadrare i conti nel 2022 è del 64%. Il dato emerge dal Report annuale Eurostat sulle condizioni di vita in Europa.

La percentuale di famiglie che dichiarano difficoltà a far quadrare i conti nel 2022 varia da meno di un quarto in Svezia, Germania, Paesi Bassi, Finlandia e Lussemburgo all'80,3% in Bulgaria e all'89,6% in Grecia. L'Italia non supera solo Francia e Spagna, ma anche Polonia e Portogallo. Ed è oltre 17 punti al di sopra della media europea, che è di 45,5%.

Anche sotto il profilo della povertà siamo più indietro rispetto a gran parte dei Paesi Ue. A rischio di povertà e di esclusione sociale in Italia il 26% delle donne e il 22% degli uomini, contro una media europea rispettivamente del 22,7% e del 20,4%.

A sottolineare appena due giorni fa come l'Italia abbia fatto passi indietro rispetto alla lotta contro la povertà e le disuguaglianze il [Rapporto ASviS](#): per il nostro Paese sarà molto difficile raggiungere gli obiettivi dell'Agenda 2030 dell'Onu, compresi quelli climatici e ambientali.

Insorge l'opposizione, che accusa il governo di non aver saputo affrontare al meglio con la legge di Bilancio le difficoltà del Paese: "I problemi reali di cui deve occuparsi il governo sono questi", scrive su X il responsabile Economia del Pd Antonio Misiani. "Chi sta in questo governo deve rendersi conto che con l'ideologia non si mangia, – aggiunge la deputata Pd Debora Serracchiani – e che se continuano su questa strada mettono il paese a rischio di una crisi sociale ed economica senza precedenti"

<https://www.repubblica.it/economia/2023/10/21/news/eurostat-il-63-delle-famiglie-italiane-non-arriva-a-fine-mese-418404373/>





# Simposi sulla vicinanza della Salute dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Presentazione dei risultati della 1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato

***Presentati i risultati della 1° Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato.***

***Comunicato stampa***

***Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini  
Presentati i risultati della 1° Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato***

***12 ottobre 2023, Aula Toti - Campus Luiss Guido Carli, Viale Romania 32, Roma***

*È un quadro a tinte forti quello che emerge dai risultati della “1° survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato” presentati oggi in Luiss dall’Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini insieme con l’Istituto Superiore di Sanità e il fondo sanitario integrativo Fasdac.*

*Un quadro a tratti inaspettato che descrive un fenomeno ancora ai suoi primordi e con importanti ostacoli ancora da superare, soprattutto sul fronte della fiducia verso la Telemedicina da parte di operatori e pazienti e la necessità di una maggiore chiarezza organizzativa e normativa da parte delle strutture sanitarie.*

*“Lo sviluppo della telemedicina è un tema di fondamentale importanza per l’evoluzione del nostro Sistema Sanitario Nazionale, anche alla luce degli obiettivi previsti dalla Missione 6 del PNRR – ha aperto così i lavori la Sen. **Ylenia Zambito**, Segretario della X Commissione Permanente del Senato – In questo senso, è davvero importante poter disporre di dati, come quelli raccolti e studiati dall’Osservatorio Salute della Fondazione Bruno Visentini, che aiutino a far luce sul fenomeno e a rendere l’intervento pubblico più consapevole”.*

*“La sanità italiana – nelle parole dell’On. **Simona Loizzo**, Presidente dell’Intergruppo Parlamentare Sanità digitale e Terapie digitali - vive in questi ultimi anni un periodo in cui si intrecciano grandi difficoltà, epocali opportunità, antichi limiti e criticità di sistema. Le tecnologie digitali sono certamente tra le opportunità per migliorare le cure e ottimizzare le risorse. Questa ricerca mostra gli aspetti da colmare e la misura delle sfide che abbiamo di fronte anche a livello legislativo”.*

*L’indagine, che per la prima volta in assoluto ha sondato il rapporto tra gli operatori privati e la Telemedicina, è stata condotta su oltre 300 strutture sanitarie private e private convenzionate SSN distribuite sul territorio nazionale ed ha fatto emergere alcuni dati spesso allarmanti ed a volte inaspettati.*

*“Siamo molto soddisfatti di aver condotto una indagine così pionieristica – ha affermato **Duilio Carusi**, coordinatore dell’Osservatorio e professore aggiunto presso Luiss Business School – che per prima fa luce sullo stato dell’arte della telemedicina a cominciare dal comparto sanitario privato. Questi risultati sono stati raggiunti grazie alla sinergia pubblico-privato attivata dall’Osservatorio che ha potuto contare sulla supervisione scientifica dell’Istituto Superiore di Sanità ed il supporto del fondo sanitario integrativo Fasdac”.*



#### Prospettive di sviluppo della Telemedicina: le intenzioni del comparto privato

Il primo dato da considerare, che sintetizza la previsione di sviluppo della Telemedicina nel comparto privato, è che il 58% delle strutture ha dichiarato di non fare Telemedicina e di non essere interessata a offrire questo servizio nel prossimo futuro, a fronte di un 13% che ha dichiarato di fare Telemedicina e di voler continuare a sviluppare la propria offerta.

#### Ostacoli allo sviluppo della Telemedicina: le sfide da superare non sono tutte uguali

Indagando le principali cause identificate come ostacoli allo sviluppo della Telemedicina emergono: la “complessità organizzativa” dichiarata nel 24% dei casi, la “scarsa propensione o collaborazione del personale sanitario” dichiarata nel 15%, seguiti dalla “onerosità in termini economici” al 9%.

Se guardiamo alle sole strutture di grandi dimensioni che erogano più di 50.000 prestazioni ambulatoriali all’anno, la “onerosità in termini economici” diventa il problema più rilevante a parimerito con la “complessità nell’applicazione della normativa GDPR”, che si attestano entrambe a quota 17%.

“Questa ricerca è molto importante sotto diversi profili - sottolinea **Francesco Gabrielli**, Direttore del CNT-ISS - Per la prima volta studiamo la Telemedicina nella sanità privata. Iniziamo a conoscere il livello di maturità tecnica e organizzativa nella realizzazione di servizi privati. Esploriamo con metodo la propensione e la fiducia dei professionisti privati nell’attuazione della Telemedicina condotta nel rispetto delle norme nazionali. Tutte conoscenze che dovremo sviluppare per poter promuovere il cambiamento in maniera condivisa”.

#### Fiducia verso la Telemedicina: un elemento fondamentale per un cambiamento condiviso

Sul fronte della fiducia riposta verso la Telemedicina da parte degli operatori si evidenzia un livello di fiducia complessivamente “alta” o “medio alta” che si attesta attorno al 40% nel caso delle Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie, ma che crolla al 27% per chi è “sul campo”, ovvero medici e professioni sanitarie.

Rimanendo sul tema della fiducia, ma dando uno sguardo dal punto di vista del paziente, le strutture hanno dichiarato di aver riscontrato nei propri pazienti “scarsa fiducia verso la Telemedicina” nel 27% dei casi, rinforzato dal problema della “scarsa familiarità con le tecnologie informatiche” che le strutture hanno riscontrato nei propri pazienti nel 23% dei casi.

“Il Fasdac ha da subito approcciato il progetto con spirito di servizio nel mettere a disposizione dell’indagine la propria rete di strutture convenzionate – ha sottolineato **Bernardino Petrucci**, Vice-Presidente del Fasdac - I dati emersi vanno a beneficio di tutti gli attori, privati e pubblici, che sono coinvolti nello sviluppo di questa nuova modalità di avvicinamento dei cittadini al bene salute”.

Questi sono solo alcuni dei numerosi dati emersi dall’indagine dell’Osservatorio che risultano essere nuovi ed importanti anche in vista delle azioni da intraprendere a livello nazionale per facilitare il cambiamento e garantire la piena realizzazione degli obiettivi previsti dalla Missione 6 del PNRR.

In allegato la presentazione dei risultati della 1° Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato.

### **Osservatorio Salute Benessere e Resilienza Fondazione Bruno Visentini**

Via di Villa Emiliani, 14/16

00197 - Roma

Tel. 06/85225059 Fax 06/85225060

[osbr@fondazionebv.eu](mailto:osbr@fondazionebv.eu)

[www.osservatoriosalute.it](http://www.osservatoriosalute.it)

[www.fondazionebrunovisentini.eu](http://www.fondazionebrunovisentini.eu)

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcqzGtxdWxcBSJcvdXqCMIlnnDNsVKg?projector=1&messagePartId=0.1>



### **Migrazioni. Prima la salute delle persone.**

The Lancet

La rotta dall'America centrale agli USA è il corridoio migratorio via-terra più pericoloso al mondo. Una rotta disseminata di morti, violenze, malattie, rapimenti e stupri. Biden, che ha in larga parte confermato le misure introdotte da Trump al confine col Messico, deve cambiare politica migratoria. Le elezioni del 2024 rappresentano l'opportunità per dare finalmente priorità alle persone piuttosto che ai confini e per affrontare questa esplosiva crisi umanitaria (1).

Secondo il [Missing Migrant Project](#) dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM) il 2022 è stato l'anno più letale mai registrato per i migranti e ha identificato il confine tra Stati Uniti e Messico come la rotta migratoria via terra più pericolosa al mondo. I viaggi pericolosi che i migranti sono costretti a compiere li espongono a una vasta gamma di rischi per la salute.

Le difficoltà nel raccogliere informazioni lungo queste rotte clandestine fa sì che la reale portata delle sfide affrontate dai migranti raramente faccia notizia, mentre, d'altra parte, le attività di controllo e deterrenza esercitate dagli Stati Uniti aggravano le condizioni di salute dei migranti e espongono i gruppi più vulnerabili a danni maggiori.

Il tratto più sperduto del percorso via terra è il Darién Gap tra il Sud America e l'America centrale, uno degli ambienti più ostili della Terra. [Una lettera di ricerca pubblicata su The Lancet](#) ha esaminato tutti i casi forensi di morte di migranti nel Darién Gap dal 2018 al 2022 e ha scoperto che il numero di morti confermate (per annegamento, malattia, accoltellamento, arma da fuoco e cause sconosciute) è aumentato costantemente ogni anno, prima di impennarsi nel 2021.

Le indagini dell'OIM e della Croce Rossa Internazionale hanno rilevato che questa tendenza è continuata nel 2023 e con l'aggiunta delle sparizioni il numero totale delle vittime potrebbe raddoppiare, sottolineando la difficoltà della raccolta dei dati in un ambiente aspro e senza legge. Nonostante la crescente consapevolezza dei rischi di infortuni, malattie, stanchezza, rapina, violenza e stupro, più persone percorrono la rotta come mai prima d'ora; [quest'anno oltre 360.000 migranti hanno intrapreso questo pericoloso viaggio.](#)



Delle 250.000 persone che hanno attraversato il Darién Gap nel 2022, più di 150.000 provenivano dal Venezuela, in fuga da persecuzioni politiche, povertà estrema e crisi nell'assistenza sanitaria. In risposta alle pressioni del governo degli Stati Uniti, Messico, Costa Rica e Belize hanno imposto restrizioni sui visti che di fatto vietano ai venezuelani di entrare e transitare legalmente nei loro paesi.

I migranti sono quindi costretti a farsi trasportare clandestinamente da organizzazioni criminali attraverso sette confini, lungo un viaggio di 4.800 km verso gli Stati Uniti. Lo sfruttamento è diffuso. In Colombia, i cartelli collaborano con le

autorità locali per commercializzare apertamente beni e servizi ai migranti a prezzi esorbitanti. In Messico, i migranti in attesa di entrare legalmente negli Stati Uniti stati aggrediti, estorti, derubati e rapiti dalle stesse bande che avevano assoldato per farli passare clandestinamente oltre il confine dal Guatemala.

Le organizzazioni che forniscono aiuto e supporto sono sopraffatte. Las Americas, un gruppo di difesa senza scopo di lucro che offre assistenza legale ai richiedenti asilo, nell'agosto 2022 ha ricevuto 4000 telefonate al giorno, il 70% delle quali riferite al bisogno di assistenza medica. [A tutte le persone in Messico viene garantita l'assistenza sanitaria di base](#) nell'ambito del programma assicurativo nazionale INSABI, ma i requisiti di residenza e l'interpretazione discrezionale dei diritti limitano l'accesso per i migranti.

Le organizzazioni umanitarie che gestiscono cliniche gratuite su entrambi i lati del confine segnalano che i nuovi arrivati presentano infezioni e lesioni traumatiche, ipertensione e diabete incontrollati, disidratazione, cancro, gravidanze ad alto rischio e problemi di salute mentale, tutti esacerbati dallo stress della migrazione. In Messico, dove le tendopoli non regolamentate sono cresciute al di fuori delle città di confine, le poche strutture gestite dal governo hanno registrato epidemie di malattie infettive e mantengono servizi medici limitati. Questa situazione insostenibile richiede un intervento urgente del governo.

L'ordinanza Titolo 42, (introdotta da Trump, ndr) ampiamente contestata, ha negato ai migranti il diritto di chiedere asilo sul suolo statunitense durante l'emergenza sanitaria pubblica COVID-19 e ha ordinato alle agenzie di frontiera di deportare immediatamente le persone arrestate mentre attraversavano illegalmente il confine. L'amministrazione Biden non ha difeso il Titolo 42 durante il contenzioso che ha posto fine al programma nel maggio 2023, tuttavia ha emesso la propria versione di "Remain in Mexico", denominata [Circumvention of Legal Pathways rule](#).

Questa norma continua a negare il diritto di chiedere asilo a coloro che vengono sorpresi ad attraversare illegalmente il confine e criminalizza i tentativi ripetuti. Il percorso legale alternativo richiede un'applicazione mobile che è stata criticata per la sua scarsa accessibilità e connettività incoerente, e spesso si traduce in tempi di attesa di mesi che lasciano le persone abbandonate a pochi metri dall'accesso alle cure, di cui potrebbero aver disperatamente bisogno. L'amministrazione Biden ha recentemente annunciato misure per sostenere centinaia di migliaia di venezuelani già presenti negli Stati Uniti, ma mantiene le politiche che penalizzano i migranti alla frontiera e all'estero. La polarizzazione politica sull'immigrazione sta oscurando la sofferenza umana.

L'amministrazione Biden ha bisogno di un sistema sanitario pronto ad accogliere coloro che fuggono dalla violenza, dalla fame e dallo sfruttamento. [Le elezioni del 2024](#) rappresentano un'opportunità per gli Stati Uniti per dare finalmente priorità alle persone piuttosto che ai confini e affrontare questa esplosiva crisi umanitaria.

(1) The Lancet, Editoriale del 30 settembre 2023, [Immigration reform in the USA- health must come first](#), Vol. 402, p. 1107. La traduzione è nostra, come il titolo, il sottotitolo, i grassetti e le immagini.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/migrazioni-la-salute-delle-persone-viene-prima/>



## **L'impatto dell'immigrazione sulla povertà e la disuguaglianza in Italia**

Quali sono stati gli impatti dei flussi migratori sull'economia italiana? In questo studio viene proposta una panoramica che attraversa le condizioni di vita degli stranieri in Italia: dalle grandi disuguaglianze rispetto alla popolazione italiana agli impatti economici sulla popolazione in termini di condizioni di povertà e redistribuzione delle risorse.

**L'Italia è stata attraversata negli ultimi 30 anni da importanti fenomeni migratori che hanno determinato impatti sociali, economici e culturali profondi. Se nei primi anni '90 la popolazione con cittadinanza di un**

paese straniero costituiva l'1,7% della popolazione totale, oggi questa percentuale è pari a poco meno del 10%.<sup>1</sup>

Le conseguenze politiche sono sotto gli occhi di tutti: il **tema immigrazione è diventato un argomento caldo del dibattito pubblico** che ha spesso alimentato pulsioni xenofobe, sospinte soprattutto dai media e dai movimenti politici conservatori.

**L'approccio politico ed emotivo al tema ha impedito la nascita in Italia di un serio dibattito scientifico** sugli impatti dell'immigrazione e sulle condizioni socioeconomiche degli stranieri. Oggi il nostro Paese fa fatica a leggere un fenomeno che è stato fin ad ora affrontato solo con approcci emergenziali. Un esempio concreto e recente è il decreto Cutro, che, oltre ad essere l'ennesima legge repressiva verso i migranti, testimonia come la politica e l'opinione pubblica non abbiano ancora gli strumenti per comprendere l'immigrazione, non solo a scapito dei migranti, ma anche del sistema-Paese.

**Capire gli effetti economici dell'immigrazione è essenziale per disegnare nuove politiche** che possano portare enormi benefici all'economia italiana, strozzata tra crisi di produttività, bassi salari e un welfare in difficoltà rispetto ad una popolazione sempre più anziana. Nel lavoro oggetto di questo articolo, tratto dall'elaborato della mia tesi di laurea, ho redatto uno studio approfondito dell'impatto dei flussi migratori sull'economia italiana, in riferimento agli effetti prodotti sulla disuguaglianza e sulla povertà.

I risultati della ricerca evidenziano che **con l'aumento del numero di stranieri in Italia è cresciuta la percentuale di famiglie povere** e la quota di molto poveri sul totale. Il motivo risiede nel fatto che le famiglie straniere sono generalmente più povere di quelle italiane. In aggiunta a questo **la distribuzione dei redditi in Italia**, che già presentava elevati livelli di disuguaglianza (misurata dall'indice di Gini) rispetto alla media europea, **ha visto un allargamento della distanza media in termini di reddito tra abbienti e meno abbienti**. La ricerca non mostra invece impatti significativi sul reddito medio e sul tasso di povertà relativa.

Alcuni studi suggeriscono che gli stranieri in Italia sono quelli che hanno sofferto maggiormente gli shock economici degli ultimi venti anni, ovvero la crisi del 2008<sup>2</sup> e la pandemia da Covid-19. Quello che emerge è che **gli stranieri sono esposti a condizioni di povertà molto più elevate** e vanno a costituire gli strati più vulnerabili della società, complice anche l'intricato percorso legale che, tra leggi restrittive e un'elevata presenza di discriminazioni sociali, rende la vita degli stranieri in Italia assai complessa.

Dal secondo dopoguerra ad oggi, **l'Italia non ha adottato una politica migratoria organica**, ma ha preferito ricorrere a disposizioni ad hoc, **contribuendo alla marginalizzazione** che gli stranieri vivono nel nostro Paese. Quando il fenomeno migratorio è esploso, tuttavia, la strada intrapresa è stata quella di un approccio via via più sistematico ma gradualmente più restrittivo. Il paradosso è che leggi sempre più repressive siano state accompagnate da **regolarizzazioni sistematiche**.

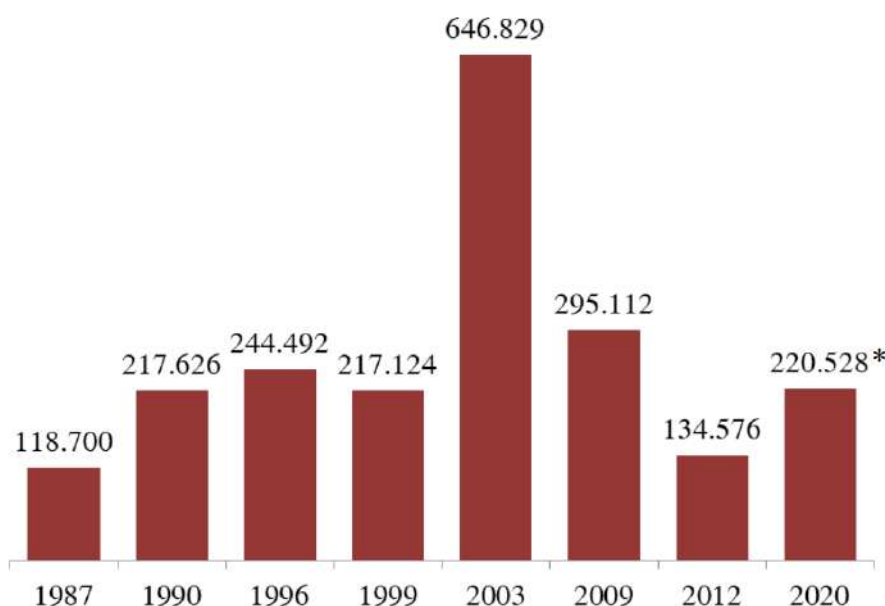


Figura 1 Regolarizzazioni dei migranti negli ultimi 40 anni. Fonte: Fondazione Leone Moressa

Regolarizzazioni di cui l'Italia si è servita in questi decenni per avere manodopera straniera al fine di alimentare settori spesso informali e usuranti, come quello domestico o quello delle costruzioni. La dualità del mercato del lavoro italiano, diviso tra poche grandi imprese, pubblica amministrazione e una rete vastissima di PMI con contratti sovente precari e sottopagati, contribuisce alla marginalizzazione dei lavoratori migranti all'interno della società. **I migranti vivono una condizione di segregazione lavorativa e sociale** che li ha confinati ad una condizione senza via d'uscita, in cui spesso anche i figli, seppur più vicini in media ai cittadini italiani in termini di standard di vita, soffrono di gap importanti e faticano ad emanciparsi dalla condizione di partenza.

In quasi ogni campo, la fotografia dello scenario italiano restituisce un'immagine degli stranieri in condizioni nettamente peggiori rispetto agli italiani. **Dall'istruzione al reddito, fino alla salute, le statistiche indicano che gli stranieri in Italia soffrono disuguaglianze consistenti** rispetto alla popolazione italiana. Nella figura 2 si osserva il quadro restituito dal confronto tra i tassi di povertà assoluta degli italiani e quelli degli stranieri.

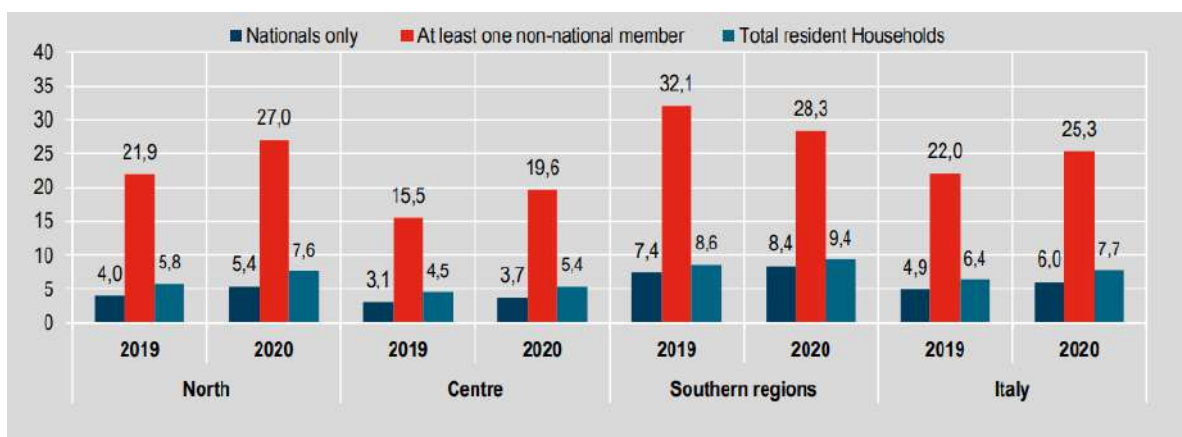


Figura 2: tasso di povertà assoluta per area geografica e cittadinanza. Fonte: ISTAT (2020)

Esistono importanti differenze di reddito tra comunità di diversa nazionalità, soprattutto tra stranieri comunitari e stranieri extracomunitari. Nella figura 3 sono illustrati i redditi medi e le disuguaglianze intra-gruppo delle principali comunità presenti sul nostro territorio. Esiste un'eterogeneità tra diverse nazionalità, anche se la distanza con gli italiani rende queste comunità dei veri e propri "strati" rispetto al resto della popolazione.

**Un fattore chiave sono le differenze territoriali.** Gli stranieri in Italia sono concentrati per due terzi al Nord, dove beneficiano di migliori condizioni economiche rispetto al Sud. Uno straniero in Lombardia è mediamente più ricco di uno straniero residente in Calabria. **Anche la percentuale di donne è negativamente correlata con le condizioni economiche:** le comunità a maggioranza femminile, come quella ucraina, aggiungono alle disuguaglianze dovute a ragioni di provenienza anche quelle di genere.

La **teoria economica** può aiutare a capire quali possono essere le conseguenze economiche dell'immigrazione, ma il dibattito sui reali effetti di questo fenomeno è ancora molto acceso e **non si è giunti ad un consenso generale.** Il canale principale entro cui sono state analizzate le conseguenze economiche dell'immigrazione è il mercato del lavoro. I maggiori studi sono stati effettuati da Borjas<sup>4</sup> e Card<sup>5</sup>, che hanno analizzato l'impatto sui salari e sull'occupazione, riscontrando risultati opposti. Nella letteratura il dibattito è ancora aperto e non esiste un accordo comune.

La teoria standard prevede che un flusso migratorio abbia come principale effetto quello di incrementare i salari dei lavoratori complementari e di abbassare quelli dei lavoratori competitors. **Borjas** argomenta che **i flussi migratori sono composti da individui non altamente qualificati:** l'effetto che producono è quindi quello di diminuire i salari dei lavoratori nelle posizioni poco qualificate e di alzare i salari dei lavoratori più qualificati, aumentando al contempo i ritorni sul capitale. Tesi rigettata dagli studi di **Card e Ottaviano e Peri<sup>6</sup>,** che **assumono la sostituibilità imperfetta tra lavoratori "nativi" e lavoratori stranieri** con simili livelli di istruzione ed esperienza.



Community	(1) % Population share ( $p_i$ )	(2) % Income share ( $s_i$ )	(3) Gini ( $G_i$ )	(4) Overlap index ( $O_i$ )	(5) Relative overlap index ( $O_i - p_i)/(2-p_i)$	(6) Median income
Italian	91.95	94.68	0.313	0.981	0.057	16,073
Albanian	0.68	0.43	0.292	0.872	0.434	10,522
Bulgarian	0.06	0.02	0.387	0.655	0.327	6975
Chinese	0.27	0.16	0.342	0.853	0.426	9400
Filipino	0.18	0.13	0.397	1.088	0.544	11,322
Indian	0.15	0.08	0.273	0.644	0.321	9435
Moldovan	0.12	0.08	0.392	1.037	0.518	8950
Moroccan	0.61	0.34	0.285	0.767	0.382	8851
Polish	0.12	0.08	0.465	1.120	0.560	9034
Romanian	1.16	0.65	0.351	0.824	0.409	9269
Ukrainian	0.20	0.08	0.465	0.773	0.386	5618
Other African countries	0.70	0.41	0.316	0.854	0.425	9417
American countries	0.36	0.21	0.285	0.731	0.364	9997
Other Asian countries	0.33	0.18	0.294	0.716	0.357	9031
Other European countries	0.39	0.23	0.330	0.877	0.437	9443
Mixed or from MDC	2.73	2.24	0.370	1.060	0.523	12,488

Figura 3: Disuguaglianze intra-gruppo e reddito medio per cittadinanza. Fonte: D'Agostino et al. (2015)<sup>3</sup>

Gli studi sul contesto italiano sono ancora pochi. D'Agostino et al. (2015) e Mussida e Parisi (2018)<sup>2</sup> hanno riscontrato che **gli stranieri non hanno impatti significativi sulla disuguaglianza in Italia**, e che la maggior parte della disuguaglianza a cui gli stranieri sono soggetti è una disuguaglianza dentro le comunità stesse, e dipendente anche dai divari delle regioni italiane. Staffolani e Valentini (2010)<sup>8</sup> hanno riscontrato effetti positivi sui salari dei lavoratori impiegati, mentre sugli operai gli effetti sono positivi sotto determinate condizioni.

Sul fronte del welfare, Sciortino (2014)<sup>9</sup> ha evidenziato come **gli stranieri in Italia traggono pochi benefici dalle prestazioni del Welfare State**, dal momento che è fortemente sbilanciato verso le pensioni mentre sono pochi i sussidi al reddito. Boeri, invece, ha sostenuto a più riprese che **gli immigrati in Italia svolgono un importante ruolo di aiuto nel mantenimento della stabilità del sistema pensionistico**, dal momento che si tratta di popolazioni giovani e che versano contributi, e hanno effetti benefici sul mercato del lavoro.

**Il dibattito è tuttavia ancora povero di contributi sostanziali sul tema** che possano aiutare a fornire gli strumenti per comprendere un fenomeno così complesso e cogente allo stesso tempo. Mettere in campo la scienza per sfatare i miti sull'immigrazione deve essere obiettivo comune degli economisti e dei policy makers. Lo studio presentato in questo articolo vuole essere un contributo alle analisi sugli impatti dell'immigrazione sull'economia italiana. **Tuttavia future ricerche sono necessarie per essere in grado di intercettare l'impatto su più ambiti e sui cittadini italiani.** Comprendere l'immigrazione ed il suo intricato rapporto con l'economia italiana è essenziale per disegnare politiche pubbliche efficaci in futuro.

<https://www.forumdisuguaglianzediversita.org/limpatto-dellimmigrazione-sulla-poverta-e-la-disuguaglianza-in-italia/>



### **Salute mentale: celebrare o lottare?**

*Benedetto Saraceno, Lisbon Institute of Global Mental Health*

*Il 10 ottobre si celebra la Giornata Mondiale della Salute Mentale. Ma l'Italia, culla del più potente e riuscito esperimento di liberazione dei malati di mente dalle catene della psichiatria, non solo rinnega sistematicamente la propria riforma e le proprie radici di patria dei diritti riconosciuti ai malati di mente ma, quotidianamente, svilisce, depotenzia, definanzia il servizio pubblico di salute mentale.*

*Dal 1992, per iniziativa della World Federation for Mental Health, il 10 ottobre si celebra la giornata mondiale della salute mentale. La giornata è dedicata ogni anno a un tema diverso e quest'anno il titolo delle celebrazioni è "La salute mentale è un diritto umano universale". Già nel 1998 la giornata era stata dedicata ai diritti umani (Mental Health and Human Rights era il tema del 1998) ma quest'anno l'enfasi della giornata è sulla idea forte della salute mentale come diritto fondamentale.*

*In sostanza, si tratta di ribadire due aspetti di tale diritto: il diritto di ogni cittadino a godere della salute mentale e il diritto a ricevere cure che restaurino la salute mentale quando essa sia compromessa. Dunque, questo 10 ottobre celebriamo il diritto per tutti alla salute mentale: per coloro che per la povertà, per l'esclusione sociale, per la mancanza di accesso alla educazione e ai servizi sanitari, per le condizioni di precarietà esistenziale legate a ogni crisi umanitaria sia essa causata da eventi naturali oppure dall'uomo, per tutti insomma, perché tutti hanno diritto a mantenere la propria salute mentale.*

*Ma, anche, celebriamo il diritto di coloro che la salute mentale l'hanno compromessa. Il diritto a ricevere cure umane, efficaci, giuste, accessibili. Sono anni ormai che i rapporti dell'ufficio dei diritti umani delle Nazioni Unite denunciano il permanere di stigma e discriminazione nei confronti delle persone con qualunque tipo di sofferenza psicosociale e soprattutto denunciano la sistematica violazione dei loro diritti umani e civili, proprio nei luoghi che dovrebbero essere dedicati alla loro cura. Non dimentichiamo, inoltre, che le persone che sono diagnosticate con un disturbo mentale hanno una speranza di vita ridotta di più di dieci anni rispetto a soggetti che non soffrono di alcun disturbo mentale (1). E tale ridotta speranza di vita non si deve al disturbo mentale in sé bensì alle condizioni in cui queste persone vivono e vengono curate dai sistemi sanitari.*

*Scrive, Nasser Loza, presidente della World Federation for Mental Health: "garantire l'accesso ai servizi di salute mentale è un obbligo e una responsabilità dello stato...accedere a migliori condizioni di vita, a maggiore sicurezza personale, al cibo, a un rifugio, a una casa, sono tutte necessità connesse alla salute mentale" (2).*

*Queste celebrazioni annuali trovano un moltiplicatore formidabile sia nelle iniziative della Organizzazione Mondiale della Salute connesse alla promozione della iniziativa Quality Rights, sia della Unione Europea che terrà una conferenza di alto livello a Bruxelles, ospitata da Stella Kyriakides, commissaria europea per la salute e la sicurezza alimentare. Questo evento riunirà centinaia di rappresentanti delle istituzioni dell'UE, dei governi nazionali, delle organizzazioni internazionali e di altri partner interessati per ascoltare esperti e persone con esperienze vissute e scambiare esperienze di buone pratiche.*

*E in Italia?*

*A Venezia, il 19 settembre è morto Bruno Modenese di quarantacinque anni. Ricoveratosi spontaneamente nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura il 16 settembre, due giorni dopo moriva per presunto arresto cardiaco ma il cadavere presentava naso e zigomi fratturati e un edema cerebrale. Due infermieri sono indagati. Non è la prima volta e da anni si denuncia la violenza di molti servizi psichiatrici di diagnosi e cura e delle procedure di ricovero coatto.*

*Il 4 agosto 2009 Francesco Mastrogiovanni, un maestro di 58 anni, dopo essere stato fermato per una presunta violazione al codice della strada, viene sottoposto a una caccia all'uomo, inseguito, catturato e rinchiuso nel reparto di psichiatria dell'ospedale San Luca di Vallo della Lucania e sottoposto a Tso (Trattamento Sanitario Obbligatorio). Ne uscirà 82 ore dopo morto, ucciso. Viene legato al letto di contenzione, un'agonia lunga 82 ore che è stata tutta registrata dalle telecamere di sorveglianza dell'ospedale. Il filmato, per volontà della famiglia, è stato reso pubblico.*

*Nel 2019, un uomo di 45 anni è stato trovato morto nel reparto psichiatrico dell'Ospedale Santissima Trinità di Cagliari. Sembra che l'uomo, ricoverato da qualche giorno, fosse contenuto e bloccato al letto perché ritenuto pericoloso.*

Ma, ancora.

Nel reparto di psichiatria dell'ospedale di Lamezia, un uomo di 39 anni, F.T. è stato trovato morto il 16 maggio 2016. Era stato condotto coattivamente nel reparto per essere sottoposto a Tso (trattamento sanitario obbligatorio).

A Torino, un uomo di 45 anni, Andrea Soldi, è morto mentre i vigili urbani lo avevano catturato per sottoporlo a Tso. Sembra un arresto cardiocircolatorio, non è riuscito ad arrivare vivo in ospedale. Testimoni descrivono vigili urbani che l'hanno preso e stretto per il collo, finché non è caduto a terra privo di vita. A Carmignano Sant'Urbano (Pd), un ragazzo di trentatré anni, Mauro Guerra, è stato ucciso da un carabiniere durante un Tso. All'arrivo di alcuni carabinieri presso l'abitazione di Mauro, lui in preda allo spavento, ha tentato la fuga. Uno dei carabinieri ha sparato e l'ha ucciso. Perché sono intervenuti i carabinieri e non i sanitari del 118? Infine (ma ahimè non è la fine di questi episodi) è morto durante un Tso, un uomo di 39 anni, Massimiliano Malzone: era stato ricoverato nel Servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'ospedale Sant'Arsenio di Polla, in provincia di Salerno.

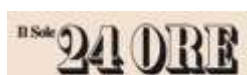
Ma si potrebbe continuare perché la lista è lunga.

Scrivete Maria Grazia Giannichedda sul Manifesto del 24 maggio 2022: "La psichiatria violenta, che mai è andata fuori gioco, sta prendendo il sopravvento di nuovo. Ritorna forte l'ossessione del controllo in nome di una sicurezza che non ha mai evitato gli "incidenti", come si diceva nei manicomi; dilaga, in parte complice il Covid, la miseria dell'affollamento, dei turni massacranti, dell'incuria verso la legalità e il rispetto delle persone. Ma quando gli Spdc funzionano come manicomi in sedicesimo è perché gli ambulatori territoriali usurpano il nome di centri di salute mentale, sono luoghi frettolosi di controllo che ignorano la vita delle persone e alimentano il circuito delle strutture dove metterle. È necessario investire sulla trasformazione di questo sistema di servizi per contrastare la psichiatria violenta" (3).

Ecco, oggi l'Italia, culla del più potente e riuscito esperimento di liberazione dei malati di mente dalle catene della psichiatria, non solo rinnega sistematicamente la propria riforma e le proprie radici di patria dei diritti riconosciuti ai malati di mente ma, quotidianamente, svilisce, depotenzia, definanzia il servizio pubblico di salute mentale. Servizi ospedalieri sguarniti e sempre più violenti, servizi territoriali depotenziati del personale necessario e il sistema privatistico delle cooperative e delle strutture residenziali che si espande e divora uno dei più noti e celebrati gioielli della sanità italiana.

Il 10 ottobre di quest'anno ricordiamoci dei due diritti celebrati dalla giornata mondiale della salute mentale: il diritto di ogni cittadino a godere della salute mentale e il diritto a ricevere cure che restaurino la salute mentale quando essa sia compromessa. Ricordiamo che tali diritti sono troppo spesso violati nel nostro paese. Ricordiamo che più che di celebrazioni abbiamo bisogno di lotte di operatori e famigliari per difendere quei diritti violati. Lotte giuste e che non devono essere occasionali ma continuative e soprattutto devono essere determinate e dure.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/10/salute-mentale-celebrare-o-lottare/>



## **Salute mentale, all'Italia servono almeno +1,9 miliardi e +47% di operatori. La scommessa del territorio e la chance telemedicina**

I disturbi mentali rappresentano una delle principali fonti di sofferenza e disabilità nel mondo e sono in progressivo aumento. Secondo l'Oms, quasi 1 miliardo di persone nel mondo vive con almeno un disturbo mentale (una persona su dieci a livello globale).

Si stima, inoltre, che la pandemia abbia incrementato di oltre il 25% i disturbi.

Eppure, l'Italia si colloca fra gli ultimi posti in Europa per quota di spesa sanitaria dedicata alla salute mentale destinandovi circa il 3,4% della spesa sanitaria complessiva, mentre i principali Paesi ad alto reddito ne dedicano più del 10%.

Di questo e delle prospettive di intervento si è discusso a Roma nell'ambito dell'evento di presentazione dei risultati del Progetto MORE, Mental health Optimization of Resources, realizzato da Deloitte Consulting in collaborazione con Janssen Italia e con la partecipazione di rappresentanti di società scientifiche, dell'Accademia, delle associazioni di pazienti, delle istituzioni e del settore farmaceutico.

Il progetto si è avvalso del supporto di un Advisory Board composto da Società italiana di Psichiatria (Sip), Società italiana di Psicopatologia (Sopsi), Società italiana di Medicina generale e delle cure primarie (Simg), di istituzioni tra cui referenti della Conferenza Stato-Regioni, Patient Advocacy Groups quali Progetto Itaca e Fondazione Onda e da accademici.

*I rappresentanti dell'Advisory Board hanno contribuito all'attività integrando le loro competenze e prospettive differenti nell'analisi di alcune delle sfide presenti e future nell'Area della salute mentale.*

*Il Progetto si è proposto di analizzare le principali criticità di tipo organizzativo e gestionale presenti lungo il percorso di cura e assistenza dei pazienti affetti da disturbi mentali, al fine di fornire indicazioni preliminari alle Istituzioni per la futura programmazione delle risorse necessarie nell'ambito della salute mentale, evidenziando le aree prioritarie di investimento, quali personale medico e sociosanitario nei Dipartimenti di Salute Mentale (Dsm), campagne informative e di sensibilizzazione, trattamenti farmacologici e non, strutture dedicate all'assistenza e Digital Health.*

### **I principali risultati e i messaggi-chiave**

*A fronte dei 4 miliardi attuali dedicati alla spesa per la salute mentale, secondo quanto rilevato dallo studio, la necessità calcolata è di incrementare gli investimenti di almeno 1,9 miliardi in tre anni. Un obiettivo, quello individuato dallo studio, in linea con i numerosi interventi promossi dalla Sip e con la lettera di appello del gennaio scorso in cui 91 Direttori dei Dsm hanno richiesto di «destinare, al massimo in un triennio, oltre 2 miliardi aggiuntivi rispetto ai 4 miliardi di euro attuali, al fine di raggiungere l'obiettivo minimo del 5% del fondo sanitario per la salute mentale». Gli 1,9 miliardi aggiuntivi in tre anni, secondo le analisi dello studio, dovrebbero andare a colmare le necessità del settore, attuali e in prospettiva, in termini di:*

- *Aumento del personale sanitario dedicato del 47,2%, per 1 mld di euro di investimento;*
- *Aumento del 50% delle campagne di sensibilizzazione comporterebbe un investimento di circa 1 mln;*
- *Aumento degli investimenti in corsi di aggiornamento per i clinici del 30%, ovvero di oltre 4 mln di euro e incremento del 10% del numero degli esami di approfondimento per un investimento di circa 20 mln di euro;*
- *Incremento delle risorse dedicate per gli interventi psicoterapici e psicoeducativi, prevedendo circa 500 mln di euro, e adeguamento dei trattamenti farmacologici, prevedendo un investimento futuro di oltre 250 mln di euro;*
- *Investimento di circa 100 mln di euro solo per sostenere i costi di gestione per un adeguamento del numero delle strutture dedicate (es. CSM/CPS, CD, SR, ambulatori dedicati) e dei posti letto nei Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura (SPDC);*
- *Aumento del numero di visite erogate in telemedicina del 30%, prevedendo un investimento di 3 mln.*

*«L'impatto economico delle cosiddette turbe mentali, a carico dei cittadini e di tutta la società, è molto elevato - ha commentato Francesco Saverio Mennini, supervisore dell'approccio metodologico per la costruzione del modello e professore a Tor Vergata nonché presidente della Sitha, Società italiana di Health Technology Assessment -. Prevedere dei modelli che tendano a garantire intanto una diagnosi e una presa in carico precoce e poi un accesso rapido alle tecnologie permetterà una riduzione sia dell'esborso a carico del Ssn sia del sistema previdenziale, sociale e delle famiglie. È un approccio che andrebbe seguito sicuramente per le patologie mentali ma anche per tutte le altre». «Raggiungere traguardi ambiziosi verso un accesso più equo e tempestivo delle terapie ai pazienti che ne hanno bisogno, questo è l'obiettivo che ci siamo prefissati – ha affermato Giuseppe Pompilio Direttore Market Access di Janssen Italia -. Per questo motivo in un quadro in continua evoluzione, il ruolo delle aziende farmaceutiche è fondamentale nel far percepire il senso di urgenza nei confronti delle malattie mentali e creare un dialogo con tutti gli attori del sistema». «Urge portare all'attenzione delle istituzioni e dei cittadini il tema della salute mentale e delle criticità oggi presenti nel percorso di presa in carico, cura ed assistenza dei pazienti con disturbi mentali. Secondo i dati dell'Oms, a livello internazionale almeno 1 persona su 10 vive con un disturbo mentale. In Italia, la spesa per la salute mentale non è sufficiente e si è attestata negli anni dal 2015 al 2018 su valori intorno al 3,5% - 3,6% del Fsn (circa 4 mld) mentre i dati del 2019 pre pandemia hanno evidenziato una spesa addirittura al di sotto del 3% del Fsn. L'Oms in più occasioni ha negli ultimi anni sottolineato l'urgenza di intervenire nei Paesi membri per concretizzare un cambio di rotta, come anche ribadito nel Piano d'azione globale per la salute mentale 2020-2030. Questo perché la salute mentale è direttamente correlata non solo all'aspettativa di vita, ai tassi di morte e suicidi e alla disabilità, ma anche alla produttività, all'assenteismo e al turnover. I suoi impatti, dunque, sono non solo sanitari, ma anche sociali ed economici». Così Elisa Costantini, Partner, Life Science & Healthcare di Deloitte Consulting».*

*«Ringrazio molto i partner del progetto per aver coinvolto Fondazione Progetto Itaca in questa iniziativa per amplificare la voce e l'impegno di una associazione vicina ai pazienti e ai loro familiari – ha affermato Felicia Giagnotti, presidente del Progetto ITACA -. C'è ancora un grave problema di stigma sulle malattie mentali, e Fondazione si impegna quotidianamente per combatterlo attraverso progetti e iniziative di formazione e informazione rivolte alla cittadinanza e ai giovani. A breve ripartirà in tante città italiane, come ogni anno in questo periodo a partire dal 2001, il progetto di informazione e prevenzione per le Scuole superiori di Fondazione Progetto Itaca che dedica a più di 10.000 studenti un'informazione di base sulla salute mentale, a cura di professionisti, e rivolge ai giovani l'invito a non vergognarsi delle proprie difficoltà e a chiedere aiuto».*

**<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-10-04/salute-mentale-italia-servono-almeno-19-miliardi-e-47percento-operatori-scommessa-territorio-e-chance-telemedicina-195220.php?uuid=AFhsxn6&cmpid=nlqf>**





## Raccomandazioni della linea guida sulla diagnosi e sul trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti

Ottobre 2023

*Le raccomandazioni contenute in questa Linea Guida rappresentano il punto di vista del Panel di esperti sulla diagnosi e il trattamento del disturbo dello spettro autistico in bambini e adolescenti, espresso dopo un'attenta lettura e interpretazione critica delle evidenze disponibili.*

*Le raccomandazioni sono dirette a tutti i professionisti sanitari e socio-sanitari coinvolti nei processi di diagnosi e di presa in carico delle persone nello spettro autistico. Nell'esercizio della pratica clinica, i professionisti dovrebbero attenersi alle raccomandazioni tenendo conto anche dei bisogni, delle preferenze e valori individuali delle persone con disturbo dello spettro autistico, laddove possibile. Le suddette raccomandazioni non sostituiscono il giudizio dei professionisti nella decisione riguardo agli interventi diagnostici e terapeutici più appropriati, rispetto alle peculiarità del caso clinico e al setting organizzativo-assistenziale.*

*Decisori politici, amministratori e dirigenti sanitari hanno la responsabilità di valorizzare le risorse e rimuovere gli ostacoli (di natura strutturale, tecnologica, organizzativa e professionale) all'implementazione delle raccomandazioni di questa linea guida, nel contesto delle priorità strategiche del Servizio Sanitario Nazionale e dei Servizi Sanitari Regionali e nel rispetto dei*

*principi di uguaglianza ed equità di accesso delle persone nello spettro autistico alle prestazioni sanitarie.*

*Nulla di quanto contenuto in questa linea guida deve essere interpretato e applicato in modo da risultare incompatibile con il rispetto di tali doveri.*

<https://www.iss.it/-/raccomandazioni-lg-diagnosi-trattamento-di-bambini-adolescenti-con-asd>.



## **IL FORUMDD NEI PROSSIMI MESI: UN LIBRO-PIATTAFORMA PER LE ELEZIONI EUROPEE E L'IMPEGNO PER UNA COALIZIONE SOCIALE**

**Oltre 70 persone, 3 ospiti autorevoli e 8 ore di intensa discussione: il resoconto della nostra assemblea annuale**

**L'assemblea del Forum Disuguaglianze e Diversità ha deciso di entrare nella campagna elettorale per le europee con un libro-piattaforma che racconti l'Unione europea che serve a un futuro più giusto, metro per giudicare partiti e candidature. La decisione è arrivata al termine di una discussione su prospettive, temi concreti, alleanze sociali.**

Oltre 70 fra [membri](#) e [partner di progetto](#) del nostro **Forum Disuguaglianze e Diversità** si sono riuniti il 18 ottobre scorso a Roma in Assemblea (in gran maggioranza in presenza) accolti con calore e professionalità presso la Città dell'Altra Economia. Nelle **parole dei diversi invitati**, chiamati a reagire e a discutere le tante questioni aperte, siamo apparsi come: "luogo raro di incontro di intraprese sociali e di ricerca... con tempi svizzeri"; "think-tank" o "think-and-do" che "prova a intercettare, legare e fare dialogare il micro-sperimentalismo democratico che attraversa il paese"; "mix di competenze tecniche che di rado si parlano"; "costruttori di proposte concrete in dialogo con i territori" o addirittura "sindacalisti diffusi territoriali"; e poi "prove di un modo diverso di fare politica"; "portatori di un istituzionalismo sperimentale progressista". Ragioneremo su queste espressioni, ma intanto esse colgono l'amicizia, lo spirito innovativo e il metodo del nostro lavorare e ci confortano. Riflettono la **bella aria che si respirava** il 18 ottobre. **Un'aria di solidarietà, coesione e ragionevolezza, anche nelle difficoltà.** Sia nell'apprendere gli uni dagli altri i progressi realizzati o le sconfitte subite. Sia nel toccare con mano i limiti evidenti che abbiamo e nell'interrogarci su come procedere, in un contesto che da cattivo si fa pessimo.

Siamo partiti da una **Relazione predisposta dal Coordinamento** ([cfr. Punto 1](#)). Abbiamo ascoltato e discusso **20 brevi relazioni** (5 minuti) raccolte attorno a **quattro priorità e campi di azione** che parlano alle preoccupazioni e aspirazioni di una moltitudine di persone e che vorremmo vedere al centro del confronto per le prossime, importanti elezioni europee: servizi universali e conoscenza libera; transizione/trasformazione ecologica come volano di sviluppo; sicurezza, dignità e potere del lavoro; "rimuovere gli ostacoli al pieno sviluppo" delle nuove generazioni ([cfr. Punto 2](#)). Abbiamo narrato **a che punto siamo con il "progetto Scuola"**, che mira a dare sistematicità e qualità alle attività formative del ForumDD, con forte attenzione al linguaggio, al metodo e al ruolo delle arti nel formare il senso comune ([cfr. Punto 3](#)). E poi, abbiamo ascoltato **tre ospiti autorevoli per aiutarci a inquadrare le prossime sfide del ForumDD** in un contesto dove il "partito della giustizia sociale e ambientale" di cui avremmo bisogno tarda a fiorire e la dinamica autoritaria avanza con toni odiosi e subdoli ([cfr. Punto 4](#)). Il tutto basato su una valutazione del percorso del ForumDD dal 2020 a oggi attraverso le sue Assemblee ([cfr. Allegato](#)).

Dalla giornata è emersa una **decisione importante**, presa all'unanimità. Segnerà il nostro impegno da qui al 9 giugno, quando voteremo con metodo proporzionale per le elezioni europee, e anche dopo quella data: **abbiamo deciso di entrare in quella campagna elettorale, non certo presentando liste o candidature, ma con un libro/piattaforma che a inizio Primavera 2024 descriva i tratti dell'Unione Europea che vorremmo e che divenga il metro per giudicare programmi, partiti e candidature.** L'insieme delle nostre idee e proposte certo non compone l'intero mosaico di un programma per l'Unione Europea, ma offre un gruppo di tessere del mosaico capace di rendere chiara l'Unione che serve al fermento sociale e operoso del paese, quello che prova ogni giorno a costruire un futuro più giusto: dove il **welfare universale** sia promosso, con standard europei, non penalizzato dall'austerità; la **conoscenza e i dati** siano accessibili e a disposizione delle comunità; la **trasformazione ecologica** sia accelerata nell'interesse prima di tutto dei più vulnerabili per realizzare un modo più giusto di vita e di

lavoro; **politiche pubbliche e governo societario** siano democratizzati; il ruolo internazionale nei **processi migratori** e come costruttore di **cooperazione e pace**; ecc.

Nel libro/piattaforma, in Primavera, descriveremo la cornice del mosaico e le tessere su cui il ForumDD ha maturato convincimenti e proposte concrete. Sarà il nostro contributo sia ad **un esito elettorale che fermi la dinamica autoritaria che attraversa l'Europa**, sia ad assicurare, grazie al meccanismo del proporzionale, la **presenza in Parlamento Europeo di figure pronte a battersi con competenza per l'Unione che vorremmo**.

## RESOCONTO COMPLETO

### PUNTO 1 - RELAZIONE DI APERTURA

### PUNTO 2 - QUATTRO TEMATICHE E VENTI AZIONI DEL FORUMDD

### PUNTO 3 - "PROGETTO SCUOLA"

### PUNTO 4 - ALLEANZE E COALIZIONI SOCIALI: QUALE PROSPETTIVA?

### ALLEGATO - FORUMDD: COME SIAMO ARRIVATI A OGGI

Da alcuni mesi una penna tagliente scrive sul **Fatto Quotidiano** con la firma "**Sottosopra**". Ora possiamo dire che è una penna che **scrive per il Forum Disuguaglianze Diversità**. L'ultimo articolo è uscito giovedì 26 ottobre e si intitola "Nella Manovra che 'abolisce' le Camere, un vuoto di visione".

"Beata sincerità involontaria. Dopo un anno di indizi disseminati in ogni decisione e provvedimento, finalmente il malcapitato Giorgetti l'ha detto: il governo ha lavorato così bene che sarebbe un peccato presentare emendamenti alla legge finanziaria...".

CONTINUA A LEGGERE

<https://mail.google.com/mail/u/0/?tab=rm&ogbl#inbox/FMfcqzGwHLrsdRHkvtXwBRpDDNctMmQc>



### L' algoritmo made in Italy prevede l'evoluzione dei tumori

Migliorare la nostra capacità di prevedere come evolverà un tumore, superando le limitazioni delle analisi che considerano solo le singole mutazioni genetiche. Questo è l'obiettivo possibile grazie al nuovo metodo chiamato ASCETIC, sviluppato dall'Università Milano-Bicocca, capace di ricostruire modelli di evoluzione tumorale per ciascun paziente e successivamente identificare modelli evolutivi che si ripetono in diversi pazienti

di V.A.

Migliorare la nostra **capacità di prevedere** come evolveranno i tumori, superando le limitazioni delle analisi che considerano solo le singole **mutazioni genetiche**. Questo è l'obiettivo possibile grazie al nuovo metodo chiamato **ASCETIC** (Agony-baSed Cancer EvoluTion InferenCe), sviluppato dall'Università Milano-Bicocca, capace di ricostruire **modelli di evoluzione** tumorale per ciascun paziente e successivamente identificare modelli evolutivi che si ripetono in diversi pazienti. Il metodo, illustrato sulla rivista [Nature Communications](#), è stato sviluppato da un gruppo multidisciplinare guidato da **Daniele Ramazzotti**, docente di informatica presso il [Dipartimento di Medicina e Chirurgia](#) dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

#### Il cancro è un processo evolutivo complesso

In questo studio, **ASCETIC** è stato applicato a dati derivati da oltre 35.000 tumori, inclusi pazienti con diverse malattie del sangue, pazienti con **tumore al polmone** in fase precoce o avanzata e molti altri. Inoltre, è stata condotta una validazione dei risultati ottenuti su dataset indipendenti per garantirne l'affidabilità e la **capacità di generalizzazione**. Il cancro è un processo evolutivo complesso che coinvolge grandi popolazioni di cellule nel corpo umano. Queste cellule subiscono **mutazioni genetiche** e modificazioni epigenetiche, alcune delle quali possono conferire un vantaggio alle **cellule tumorali**. Questo vantaggio può tradursi in una maggiore capacità di proliferazione e sopravvivenza delle cellule cancerogene, che alla fine può portare all'invasione dei tessuti circostanti e alla [formazione di metastasi](#).

#### Le mutazioni driver sono responsabili della progressione del tumore

Tuttavia, non tutte le mutazioni contribuiscono al **processo di sviluppo** della malattia. Infatti, solo una piccola frazione di esse, chiamate «**mutazioni driver**», svolge un ruolo funzionale, mentre la maggior parte delle mutazioni sono neutrali, dette «**mutazioni passenger**». **ASCETIC** si basa sull'osservazione che, nella maggior parte dei casi, l'accumulo di mutazioni passenger durante la progressione del cancro segue una dinamica casuale. Tuttavia, per le mutazioni driver, che sono responsabili della **progressione del tumore**, l'evoluzione può portare ad un ordine coerente osservato in pazienti diversi.

#### ASCETIC offre un modello tutte le singole evoluzioni dei tumori

**ASCETIC** affronta questo problema complesso suddividendolo in tre passaggi chiave. Inizialmente, sfrutta **modelli di evoluzione** per stabilire un ordine tra le **mutazioni genetiche driver** nei singoli pazienti, consentendoci di comprendere la sequenza in cui queste mutazioni si sono verificate nel corso della **storia evolutiva** degli specifici tumori. In seguito, utilizzando approcci di **intelligenza artificiale**, individua il modello più adatto per spiegare tutte le singole evoluzioni, offrendoci una mappa di come il cancro si sviluppa globalmente per un particolare tipo di tumore. Infine, categorizza i pazienti in base alle loro evoluzioni e verifica se questi gruppi presentano **curve di sopravvivenza** differenti.

#### I modelli seguono le mutazioni driver, quelle che guidano l'evoluzione dei tumori

Grazie alla crescente disponibilità di **dati biologici** provenienti da esperimenti di **sequenziamento genetico** su pazienti affetti da cancro e ai progressi nel campo della scienza dei dati e dell'**intelligenza artificiale**, siamo ora in grado di valutare la presenza di specifici modelli evolutivi per i diversi tipi di cancro. Questi modelli, che possiamo definire come «**firme evolutive**», rappresentano i percorsi preferenziali di acquisizione di **mutazioni driver**, cioè quelle funzionali, durante l'**evoluzione del cancro** e possono essere ricorrenti in pazienti con prognosi simile.

#### Più vicini a «catalogo» di firme evolutive del cancro

«Nonostante questo studio non sia definitivo – conclude Ramazzotti – esso rappresenta un passo significativo verso la creazione di un 'catalogo' di **firme evolutive del cancro**, che potrebbe aiutare a comprendere meglio la complessa natura del tumore e a migliorare le previsioni sulla sua **progressione e prognosi**. Infatti, essere in grado di classificare i pazienti

affetti da cancro in base alla loro **evoluzione molecolare** potrebbe consentire la previsione dei futuri passi nella progressione della malattia e di conseguenza l'attuazione di **trattamenti ottimali e personalizzati**».

[https://www.sanitainformazione.it/salute/lalgoritmo-made-in-italy-prevede-levoluzione-dei-tumori-attendere/?utm\\_source=newsletter&utm\\_medium=email&utm\\_campaign=nl03102023&utm\\_content=sif](https://www.sanitainformazione.it/salute/lalgoritmo-made-in-italy-prevede-levoluzione-dei-tumori-attendere/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl03102023&utm_content=sif)

**quotidianosanita.it**

## **Telemedicina. Il 58% delle strutture ambulatoriali private non offre questo servizio. La prima survey nazionale**

Il dato emerge dai risultati della prima "Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato" presentati alla Luiss dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini insieme con l'Istituto Superiore di Sanità e il fondo sanitario integrativo FASDAC. Indagando le principali cause emergono: la "complessità organizzativa" dichiarata nel 24% dei casi, la "scarsa propensione o collaborazione del personale sanitario" dichiarata nel 15%, seguiti dalla "onerosità in termini economici" al 9%.

**12 OTT** - Più della metà delle strutture ambulatoriali private in Italia non adotta la telemedicina. Il dato emerge dai risultati della prima "Survey nazionale sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato" presentati oggi nella sede dell'università Luiss dall'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza della Fondazione Bruno Visentini insieme con l'Istituto Superiore di Sanità e il fondo sanitario integrativo FASDAC.

L'indagine, che per la prima volta in assoluto ha sondato il rapporto tra gli operatori privati e la Telemedicina, è stata condotta su oltre 300 strutture sanitarie private e private convenzionate Ssn distribuite sul territorio nazionale ed ha fatto emergere alcuni dati spesso allarmanti ed a volte inaspettati.

### **Prospettive di sviluppo della Telemedicina in ambito privato**

Il primo dato da considerare, che sintetizza la previsione di sviluppo della Telemedicina nel comparto privato, è che il 58% delle strutture ha dichiarato di non fare Telemedicina e di non essere interessata a offrire questo servizio nel prossimo futuro, a fronte di un 13% che ha dichiarato di fare Telemedicina e di voler continuare a sviluppare la propria offerta.

### **Ostacoli allo sviluppo della Telemedicina in ambito privato**

Indagando le principali cause identificate come ostacoli allo sviluppo della Telemedicina emergono: la "complessità organizzativa" dichiarata nel 24% dei casi, la "scarsa propensione o collaborazione del personale sanitario" dichiarata nel 15%, seguiti dalla "onerosità in termini economici" al 9%.

Se guardiamo alle sole strutture di grandi dimensioni che erogano più di 50.000 prestazioni ambulatoriali all'anno, la "onerosità in termini economici" diventa il problema più rilevante a parimerito con la "complessità nell'applicazione della normativa GDPR", che si attestano entrambe a quota 17%.

### **Fiducia verso la Telemedicina**

Sul fronte della fiducia riposta verso la Telemedicina da parte degli operatori si evidenzia un livello di fiducia complessivamente "alta" o "medio alta" che si attesta attorno al 40% nel caso delle Direzioni Generali e Direzioni Sanitarie, ma che crolla al 27% per chi è "sul campo", ovvero medici e professioni sanitarie.

Rimanendo sul tema della fiducia, ma dando uno sguardo dal punto di vista del paziente, le strutture hanno dichiarato di aver riscontrato nei propri pazienti "scarsa fiducia verso la Telemedicina" nel 27% dei casi, rinforzato dal problema della "scarsa familiarità con le tecnologie informatiche" che le strutture hanno riscontrato nei propri pazienti nel 23% dei casi.

### **Aderenza alle Linee Guida sulla Telemedicina vigenti**

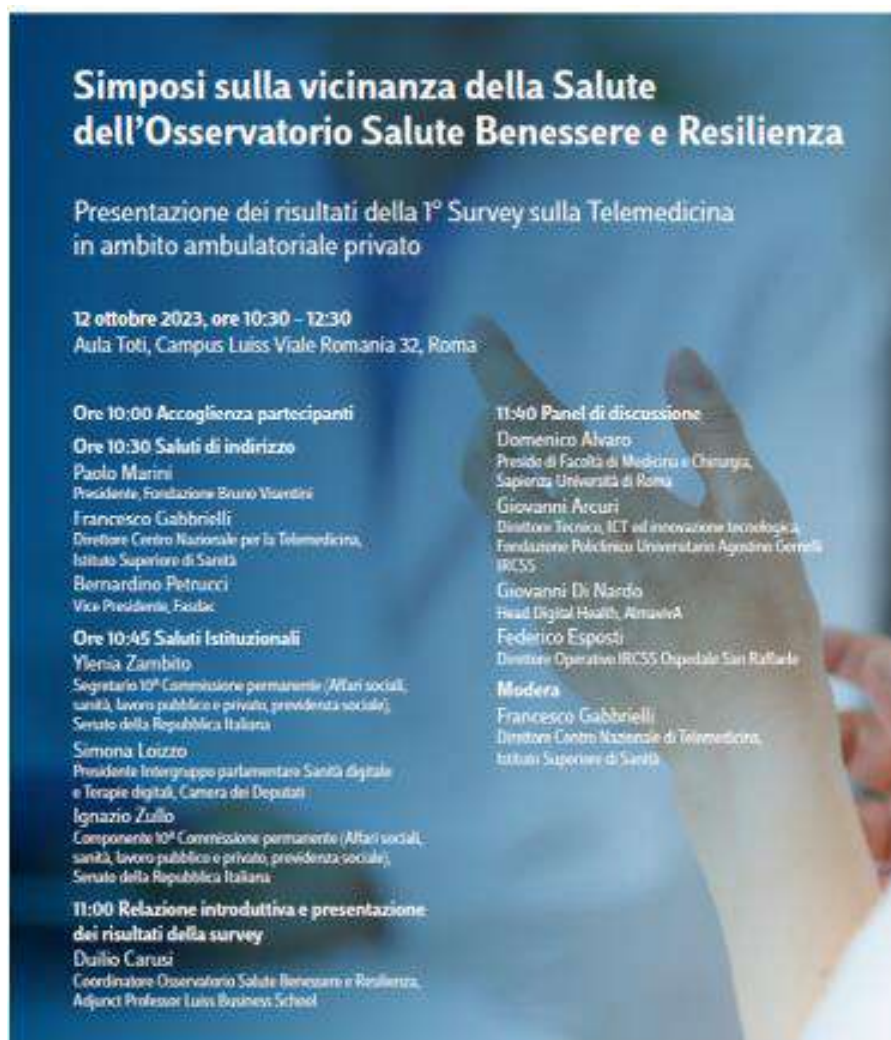
Emerge come il 55% delle strutture non produce i propri documenti sanitari in maniera conforme allo standard HL7 CDA R2 previsto dalle Linee Guida vigenti. All'interno di queste strutture un 47% intende adeguarsi entro l'anno allo standard, ma un altro 40% ancora non conosce le Linee Guida

Nelle parole di **Duilio Carusi**, coordinatore dell'Osservatorio e professore aggiunto presso Luiss Business School: "Siamo molto soddisfatti di aver condotto una indagine così pionieristica sia per l'oggetto prescelto per la nostra ricerca, sia per la composizione pubblico-privato della compagine che ha consentito di produrre questi risultati. Con la supervisione scientifica dell'ISS ed il supporto di FASDAC, abbiamo concretamente applicato i valori dell'Osservatorio di stewardship della mano pubblica e partnership degli operatori privati".

**Francesco Gabbrielli**, Direttore del CNT-ISS sottolinea che "Questa ricerca è molto importante sotto diversi profili. Per la prima volta studiamo la Telemedicina nella sanità privata. Iniziamo a conoscere il livello di maturità tecnica e organizzativa nella realizzazione di servizi privati. Esploriamo con metodo la propensione e la fiducia dei professionisti privati nell'attuazione della Telemedicina condotta nel rispetto delle norme nazionali. Tutte conoscenze che dovremo sviluppare per poter promuovere il cambiamento in maniera condivisa".

Da parte di **Fabrizio Pulcinelli**, Presidente di FASDAC si esprime come "Con grande orgoglio e spirito di servizio, FASDAC ha fornito il proprio supporto alla ricerca promossa da Fondazione Bruno Visentini e Istituto Superiore di Sanità, così da porre a beneficio di tutta la collettività nuovi dati su un fenomeno così importante, quale è lo sviluppo della Telemedicina in Italia".

[https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo\\_id=117481](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=117481)



**Simposi sulla vicinanza della Salute  
dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza**

Presentazione dei risultati della 1° Survey sulla Telemedicina  
in ambito ambulatoriale privato

12 ottobre 2023, ore 10:30 - 12:30  
Aula Toti, Campus Luiss Viale Romania 32, Roma

**Ore 10:00 Accoglienza partecipanti**

**Ore 10:30 Saluti di indirizzo**  
Paolo Marini  
Presidente, Fondazione Bruno Visentini  
Francesco Gabbrielli  
Direttore Centro Nazionale per la Telemedicina,  
Istituto Superiore di Sanità  
Bernardino Petrucci  
Vice Presidente, Focisac

**Ore 10:45 Saluti Istituzionali**  
Ylenia Zambito  
Segretario 10ª Commissione permanente (Affari sociali,  
sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale),  
Senato della Repubblica Italiana  
Simona Loizzo  
Presidente Intergruppo parlamentare Sanità digitale  
e Terapie digitali, Camera dei Deputati  
Ignazio Zullo  
Componente 10ª Commissione permanente (Affari sociali,  
sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale),  
Senato della Repubblica Italiana

**11:00 Relazione introduttiva e presentazione  
dei risultati della survey**  
Duilio Carusi  
Coordinatore Osservatorio Salute Benessere e Resilienza,  
Adjunct Professor Luiss Business School

**11-60 Panel di discussione**  
Domenico Alvaro  
Presidente di Facoltà di Medicina e Chirurgia,  
Sapienza Università di Roma  
Giovanni Arcuri  
Direttore Tecnico, ICT ed innovazione tecnologica  
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli  
IRCCS  
Giovanni Di Nardo  
Head Digital Health, Almayra  
Federico Esposti  
Direttore Operativo IRCCS Ospedale San Raffaele

**Modera**  
Francesco Gabbrielli  
Direttore Centro Nazionale di Telemedicina,  
Istituto Superiore di Sanità

[https://www.iss.it/web/quest//news/-/asset\\_publisher/qJ3hFqMQsykM/content/id/9061815](https://www.iss.it/web/quest//news/-/asset_publisher/qJ3hFqMQsykM/content/id/9061815)





**GPDP**

GARANTE  
PER LA PROTEZIONE  
DEI DATI PERSONALI



**Decalogo per la realizzazione di servizi sanitari nazionali attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale**

Decalogo per la realizzazione di servizi sanitari nazionali attraverso sistemi di Intelligenza Artificiale - settembre 2021

<https://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1696933981.pdf>



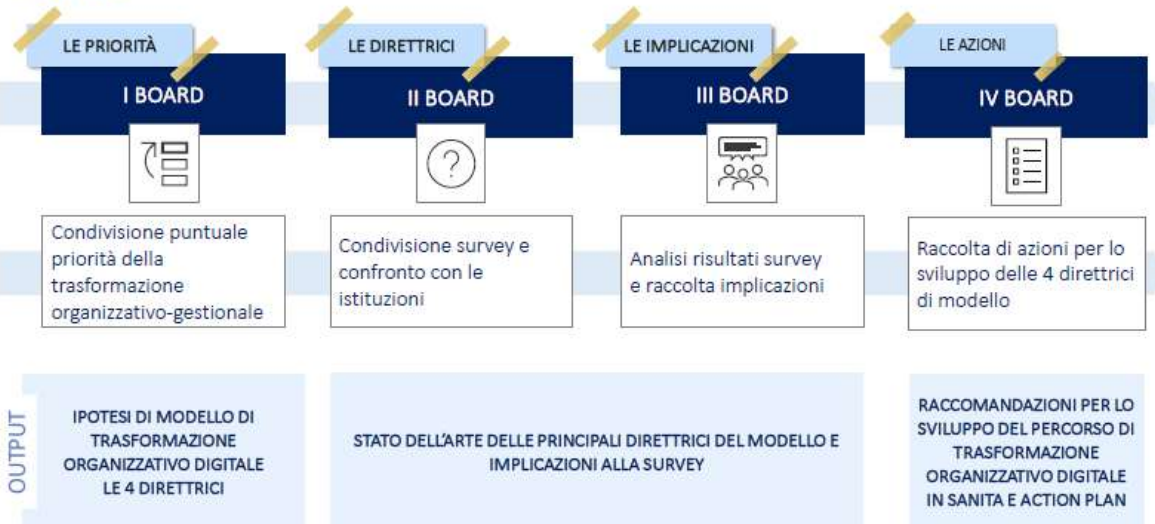
## Il board DICO Sintesi del percorso ed unmet needs

Alida Nardiello - Telos Management Consulting

## IL PROGETTO



## IL PERCORSO



# Simposi sulla vicinanza della Salute dell'Osservatorio Salute Benessere e Resilienza

Presentazione dei risultati della 1° Survey sulla Telemedicina in ambito ambulatoriale privato

12 ottobre 2023, ore 10:30 - 12:30  
Aula Toti, Campus Luiss Viale Romania 32, Roma

L'OSSERVATORIO SALUTE BENESSERE E RESILIENZA



## DESCRIZIONE

- Costitutamente One Health
- Inclusivo verso gli attori della salute
- Promotore di un nuovo perimetro dell'ecosistema salute

## PRINCIPI ISPIRATORI

- Stewardship
- Partnership
- Integrazione

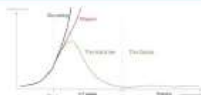


1

## SIMPOSI SULLA VICINANZA DELLA SALUTE

### PERCHÉ VICINANZA?

Una esigenza post pandemica



### COME DEFINIAMO LA VICINANZA?

Il concetto di "Vicinanza" della salute descrive la relazione nello spazio e nel tempo che sussiste tra la persona e:

- la disponibilità del bene salute
- la capacità di fruirne

### COME MISURIAMO LA VICINANZA?



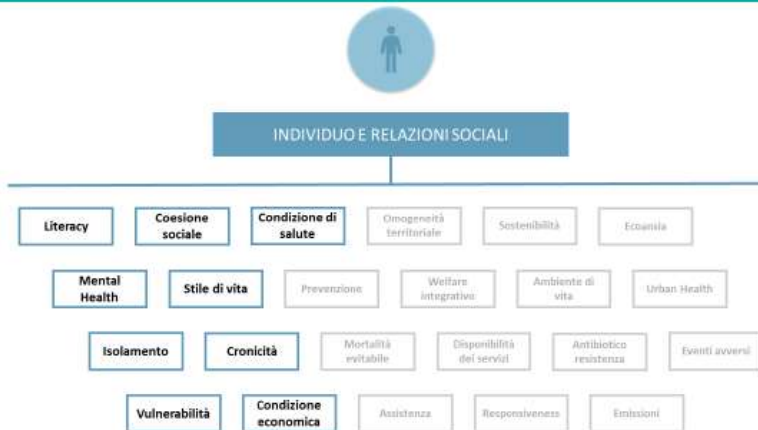


## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE



4

## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE



5

## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE



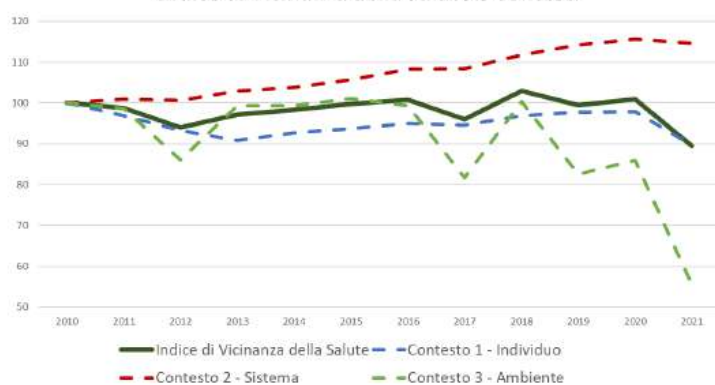
6





## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE

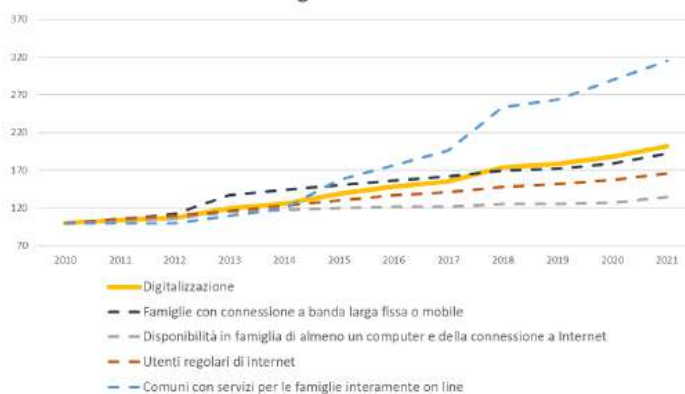
### Indice di Vicinanza della Salute e Contesti



10

## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE

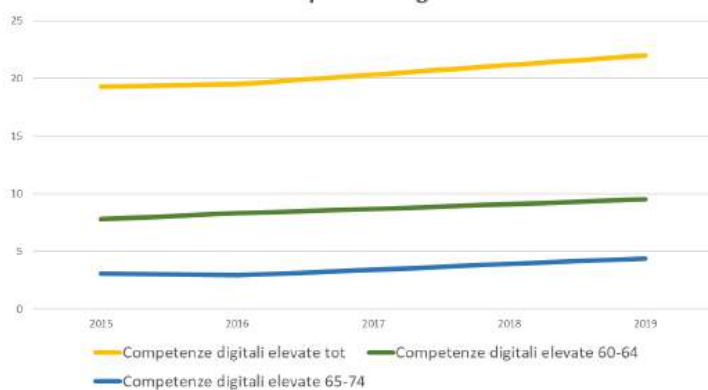
### Digitalizzazione



11

## L'INDICE DI VICINANZA DELLA SALUTE

### Competenze digitali



12





za **Firewall**, un software per la sicurezza della rete che permette di monitorare il traffico in entrata e in uscita utilizzando una serie predefinita di regole di sicurezza per consentire o bloccare gli eventi. Si tratta di una barriera tra le reti interne ed esterne. L'altro 50% utilizza ulteriori software come Sonde Deep Inspector, Oda (Oracle Database Appliance), Siemlog management, Authenticator Token 2FA. **Sugli aspetti software sono state individuate, invece, diverse tipologie di intervento**, come aggiornamenti per compatibilità Gdpr, aggiornamenti antivirus client e server, messa in produzione dell'applicati-

vo One Identity Password Manager per la gestione delle credenziali aziendali. **Un altro aspetto considerato dalla survey riguarda la formazione sul tema della Cyber security.** Tutte le Aziende hanno sviluppato nell'ultimo triennio interventi che spaziano da forme più blande, come l'invio di circolari informative sui rischi e le misure preventive da adottare, a momenti più corposi ed importanti, come la formazione specifica per personale Ict, la formazione globale per tutto il personale (awareness), percorsi di aderenza al framework nazionale Cyber security. Se la Cyber security oggi è considerata un aspetto rile-

**Alla survey hanno aderite 51 Aziende sanitarie (Asl, Aziende Ospedaliere, Ircas) distribuite sul territorio nazionale. Nello specifico, 30 sono situate al Nord Italia, 14 al Sud e 7 al Centro. In totale, nelle Aziende che hanno partecipato all'indagine operano 204.902 dipendenti, 99.408 dei quali al Nord, 22.664 al Centro, 82.830 al Sud. Un altro aspetto preso in considerazione riguarda il valore della produzione delle Aziende nel 2021, in totale quanto dalla ammonta sul 2021 a 26.276.981.942 euro, 14.896.672.642 euro dei quali delle Aziende localizzate al Nord, 3.857.383.272 euro delle Aziende al Centro, 7.522.581.227 euro delle Aziende al Sud.**



Cyber security.

Le successive due domande riguardavano "i più significativi interventi infrastrutturali (dispositivi hardware) e le procedure software nel campo della cyber security". **Sugli aspetti hardware, circa il 50% delle Aziende utiliz-**

Una domanda della ricerca ha voluto indagare il grado di sensibilità dei vari professionisti ai temi della Cyber security.

I professionisti interessati sono stati il top e il middle management, il personale amministrativo e quello sanitario. In media, 10 tra tutti i professionisti coinvolti hanno una bassa sensibilità al tema, 18 un'alta sensibilità, e 23 una sensibilità intermedia. Specificatamente, il 71% dei top manager ed il 53% dei middle manager hanno un'alta sensibilità sui temi della Cyber security. Una situazione diversa si presenta, invece, per il personale amministrativo e sanitario che presentano rispettivamente per il 59% e il 55% sensibilità media al tema, per il 23% e il 35% una bassa sensibilità e solo per il 12% e il 10% un'alta sensibilità.



**“ IL 71% DEI TOP MANAGER ED IL 53% DEI MIDDLE MANAGER HANNO UN'ALTA SENSIBILITÀ SUI TEMI DELLA CYBER SECURITY ”**

# #COVER STORY

## Ransomware e violazione dei dati

Il ransomware è emerso come una delle principali minacce nel settore sanitario (54% degli incidenti). Si ritiene che questa tendenza continui. Solo il 27% delle organizzazioni intervistate nel settore sanitario dispone di un programma di difesa dal ransomware dedicato. Spinti dal profitto finanziario, i crimini informatici estorcono denaro sia alle organizzazioni sanitarie che ai pazienti, minacciando di divulgare dati personali o di natura sensibile. I dati dei pazienti, compresi i cartelle cliniche elettroniche, sono stati le risorse più prese di mira (80%). In modo altrettanto quasi la metà di tutti gli incidenti (48%) mirava a rubare o divulgare dati delle organizzazioni sanitarie.

Fonte: Cyber Threat Intelligence, Health Sector, gennaio 2022 a marzo 2022 (esteso fino a luglio 2022).



## IL 61% DELLE AZIENDE SANITARIE NON HA LA FIGURA DEL CHIEF INFORMATION SECURITY OFFICER

vante delle organizzazioni sanitarie, è interessante verificare se al loro interno sia prevista la figura del Chief Information Security Officer. Dall'analisi dei dati risulta che il 61% delle Aziende non ha questa figura, mentre il 39% ha istituito il Chief Information Security Officer formalmente, se

pur con soluzioni differenti quali: Coordinatore dell'attività per la sicurezza informatica interna, Responsabile della Cyber sicurezza, Operatore sistemista formato su Cybersecurity, Responsabile della Sicurezza delle informazioni, Responsabile della sicurezza dei dati, Data protection officer aziendale con supporto consulenziale e figure professionali necessarie (esempio Ict). Cabina di regia privacy con figura con

nessuna Azienda ha coinvolto agenzie pubbliche specializzate in materia. Anche per la domanda "Si ritiene che le competenze in materia di cyber security possedute siano adeguate ad affrontare i rischi di incidenti informatici e di violazione dei dati personali?" è stata utilizzata come metodo di valutazione la scala Likert. In questo caso i professionisti coinvolti oltre al top e middle manager, personale amministrativo e sanitario sono stati anche il personale Ict interno e i fornitori di strumenti e servizi. Il top management con il 51%, il middle management con il 53%, il personale amministrativo con il 67% e quello sanitario con il 57% hanno una media adeguatezza di competenze in materia di Cyber security, mentre il 65% del personale Ict interno e il 59% dei fornitori di strumenti e servizi Ict presentano un alto livello di competenze.

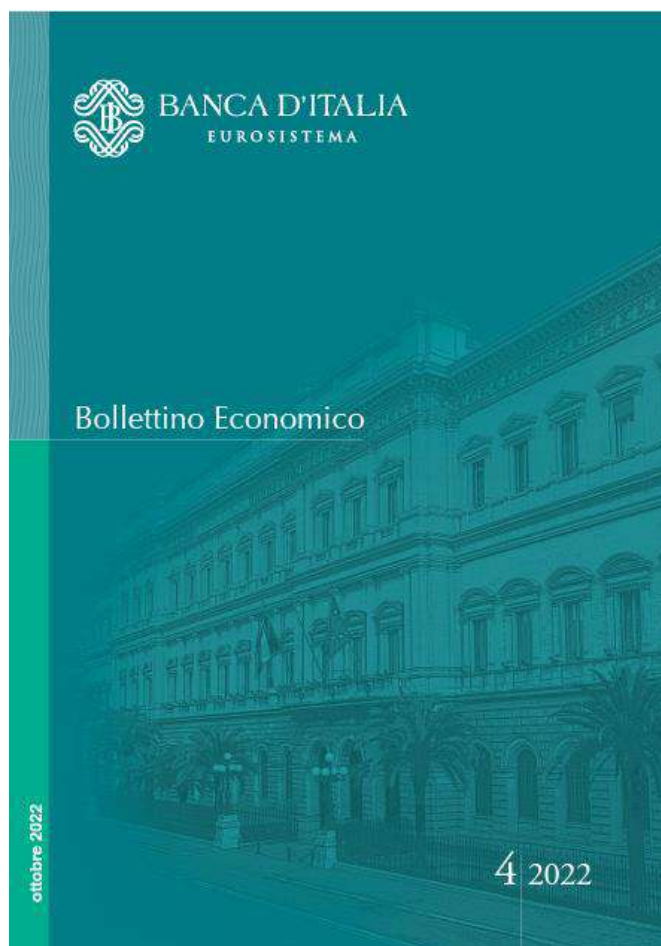
Infine, l'ultima domanda del questionario ha posto l'attenzione sulla vulnerabilità (punti di debolezza) degli strumenti informatici e delle modalità con cui sono utilizzati. Si evince che il 38% delle Aziende avvia analisi sulla vulnerabilità e sull'utilizzo degli strumenti informatici solo occasionalmente, il 35% ogni anno, il 20% ogni sei mesi e solo il 7% ogni tre mesi.

competenza informatica, Direttore Uoc Sistemi informativi. Alle Aziende che hanno partecipato alla survey è stato chiesto quali fossero gli interventi di cyber security realizzati. Il 68% delle Aziende ha adottato interventi misti, ossia in parte sviluppati all'interno delle organizzazioni, in parte all'esterno con l'ausilio di figure specialistiche, il 16% ha sviluppato interventi solo interni attraverso l'utilizzo dei propri servizi informativi, mentre



<https://www.who.int/news/item/19-10-2023-who-outlines-considerations-for-regulation-of-artificial-intelligence-for-health>





<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/bollettino-economico/2022-4/boleco-4-2022.pdf>

### **L'economia mondiale rallenta**

*Nel secondo trimestre la crescita è rimasta solida negli Stati Uniti, mentre il PIL ha frenato marcatamente in Cina, anche per effetto della crisi immobiliare. In estate l'attività economica globale ha decelerato: l'espansione nei servizi si è attenuata ed è proseguita la flessione del ciclo manifatturiero. Secondo le previsioni pubblicate in ottobre dall'FMI, il prodotto mondiale rallenterà nel biennio 2023-24. Le tensioni geopolitiche, accentuate dai recenti attacchi terroristici in Israele, pesano sull'evoluzione del quadro congiunturale globale. La debolezza dell'interscambio di merci grava sulle prospettive del commercio internazionale. Sono tornate a salire le quotazioni energetiche.*

### **L'orientamento delle politiche monetarie rimane restrittivo negli Stati Uniti e nel Regno Unito**

*Nei mesi estivi l'inflazione di fondo è diminuita negli Stati Uniti e nel Regno Unito, pur rimanendo elevata. La Federal Reserve e la Bank of England, rispettivamente nelle riunioni di luglio e agosto, hanno aumentato di 25 punti base i propri tassi di riferimento, portandoli ai massimi dal biennio 2007-08 e lasciandoli invariati in settembre. L'orientamento della politica monetaria della Banca del Giappone è rimasto invece accomodante. Nel terzo trimestre si è verificato un inasprimento delle condizioni nei mercati finanziari internazionali, alimentato anche dalla revisione delle attese di un rapido allentamento della politica monetaria.*

### **Nell'area dell'euro il ciclo economico resta debole e si riduce l'inflazione**

*Secondo nostre stime il ristagno del PIL nell'area dell'euro, in atto dallo scorcio del 2022, è proseguito anche nei mesi estivi. Vi hanno inciso le condizioni di finanziamento più rigide e gli effetti dell'alta inflazione sul potere d'acquisto delle famiglie. L'attività rimane fiacca nella manifattura e si indebolisce nei servizi; sono emersi segnali di raffreddamento nel mercato del lavoro. In settembre l'inflazione al consumo e quella di fondo sono scese al 4,3 e al 4,5 per cento, rispettivamente. Nelle proiezioni degli esperti della BCE la dinamica dei prezzi al consumo diminuirà marcatamente nel*

2024 (al 3,2 per cento) e nel 2025 (al 2,1). Questo sentiero discendente è sostenuto dalla riduzione dell'inflazione delle voci più persistenti del paniere di beni e servizi.

#### **La BCE ha proseguito nella fase di rialzo dei tassi ufficiali**

In luglio e settembre il Consiglio direttivo della BCE ha aumentato di complessivi 50 punti base i tassi di interesse ufficiali. Il Consiglio attualmente ritiene che i tassi di riferimento abbiano raggiunto livelli che, se mantenuti per un periodo sufficientemente lungo, forniranno un contributo sostanziale al ritorno tempestivo dell'inflazione all'obiettivo del 2 per cento. Ha inoltre ribadito che intende reinvestire in modo flessibile, almeno sino alla fine del 2024, il capitale rimborsato sui titoli in scadenza nel quadro del programma di acquisto di titoli per l'emergenza pandemica (PEPP). Nell'area dell'euro il costo dei finanziamenti a imprese e famiglie è ulteriormente salito, riflettendo il rialzo dei tassi ufficiali; i rendimenti sui titoli pubblici decennali sono aumentati, così come i differenziali di quelli italiani con i corrispondenti titoli tedeschi.

#### **In Italia la crescita è rimasta debole in estate**

Secondo nostre valutazioni, dopo la diminuzione del secondo trimestre è proseguita la fase di debolezza dell'attività economica in Italia, estesa sia alla manifattura sia ai servizi. Gli indicatori confermano la fiacchezza della domanda interna, che riflette l'inasprimento delle condizioni di accesso al credito, l'erosione dei redditi delle famiglie dovuta all'inflazione e la perdita di vigore del mercato del lavoro. Le esportazioni risentono sia della scarsa vivacità della domanda mondiale, sia dell'attività economica nell'area dell'euro.

#### **Continua a migliorare il saldo di conto corrente**

Il saldo di conto corrente è tornato marginalmente positivo, grazie al calo del disavanzo energetico in primavera; gli investitori non residenti hanno manifestato un forte interesse per i titoli pubblici italiani. La posizione creditoria netta sull'estero è cresciuta. Prosegue il miglioramento del saldo debitorio di TARGET2.

#### **L'occupazione rallenta, la dinamica salariale si rafforza e scendono i margini di profitto**

Nel bimestre luglio-agosto il mercato del lavoro ha mostrato segnali di rallentamento: l'occupazione e il tasso di partecipazione sono rimasti sostanzialmente stabili. Si è rafforzata la dinamica delle retribuzioni nel settore privato non agricolo, ma le pressioni al rialzo provenienti dai rinnovi contrattuali appaiono nel complesso contenute. I margini di profitto sono diminuiti in tutti i settori.

#### **L'inflazione risale lievemente per effetto dei rincari dei carburanti**

Dopo il calo degli ultimi mesi, in settembre l'inflazione al consumo è leggermente cresciuta, risentendo dell'aumento delle quotazioni dei carburanti. L'inflazione di fondo è rimasta pressoché invariata, su un livello nettamente inferiore al massimo raggiunto in febbraio. Le famiglie e le imprese si attendono un allentamento delle pressioni inflazionistiche.

#### **I prestiti bancari si riducono e aumenta il costo del credito**

Tra maggio e agosto il credito a famiglie e imprese è nuovamente diminuito. La domanda di finanziamenti è frenata sia dall'aumento del costo dei prestiti sia dalle minori esigenze di liquidità per investimenti. Le indagini presso le banche evidenziano inoltre che il maggiore rischio percepito dagli intermediari e la minore disponibilità a tollerarlo continuano a contribuire a un irrigidimento delle politiche di concessione dei finanziamenti, indebolendone la dinamica. Gli intermediari si aspettano un ulteriore inasprimento dei criteri per la concessione del credito alle imprese. I nuovi crediti deteriorati si mantengono su livelli contenuti.

#### **Secondo il Governo nel prossimo triennio il rapporto tra il debito e il PIL si ridurrebbe solo marginalmente**

Secondo i nuovi obiettivi di finanza pubblica – aggiornati dal Governo alla fine di settembre – nel 2023 l'indebitamento netto e il debito in rapporto al PIL continuerebbero a diminuire e si collocherebbero rispettivamente al 5,3 e al 140,2 per cento. È programmata per il 2024 un'espansione del disavanzo rispetto al quadro a legislazione vigente di circa 0,7 punti percentuali del prodotto. L'indebitamento netto scenderebbe gradualmente nei prossimi anni, fino al 2,9 per cento del PIL nel 2026. L'incidenza del debito sul prodotto nel prossimo triennio segnerebbe una riduzione solo marginale, con rischi tendenzialmente al rialzo.

#### **Il PIL rallenterebbe nel triennio 2023-25 e l'inflazione scenderebbe marcatamente**

Nello scenario di base del nostro quadro previsivo il PIL aumenterebbe dello 0,7 per cento quest'anno, dello 0,8 nel 2024 e dell'1,0 nel 2025. La crescita risentirebbe dell'inasprimento delle condizioni di finanziamento e della debolezza degli scambi internazionali; beneficerebbe invece degli effetti delle misure del PNRR e del graduale recupero del potere d'acquisto delle famiglie. L'inflazione si ridurrebbe al 2,4 per cento nel 2024 (dal 6,1 del 2023) e all'1,9 nel 2025. Il calo riflette il netto rallentamento dei prezzi all'importazione, determinato soprattutto dalla flessione in termini tendenziali dei corsi delle materie prime energetiche. L'inflazione di fondo scenderebbe al 2,3 per cento nel 2024 (dal 4,6 del 2023) e all'1,9 nel 2025, in linea con il progressivo svanire degli effetti dei passati rincari energetici e con il rallentamento della domanda interna.

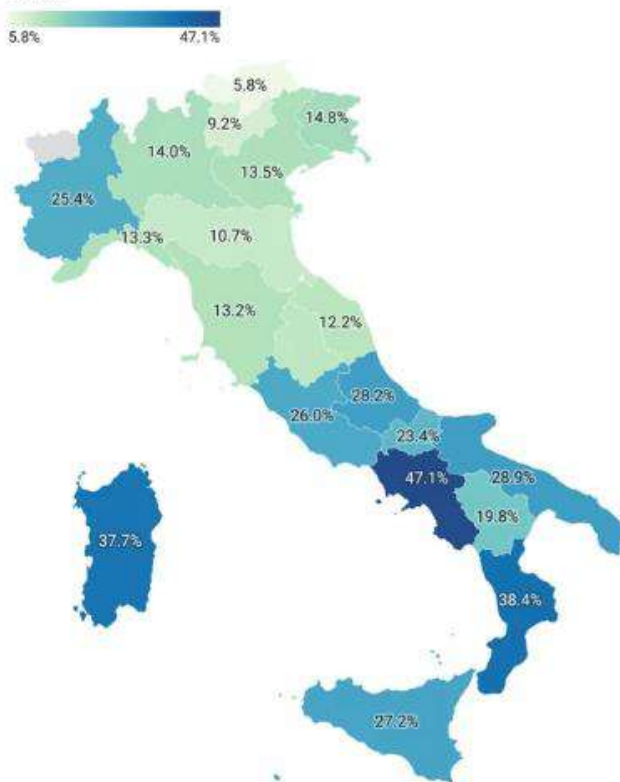
**I rischi per la crescita sono orientati al ribasso, quelli per l'inflazione sono bilanciati**

L'acuirsi delle tensioni geopolitiche, il peggioramento dell'economia cinese e la maggiore rigidità delle condizioni di offerta del credito in Italia, così come nel complesso dell'area dell'euro, si configurano come rischi al ribasso per la crescita economica. I rischi per l'inflazione risultano invece bilanciati: quelli al rialzo sono connessi con un ulteriore rincaro delle materie prime e con una minore velocità di trasmissione della recente discesa dei costi di produzione; un deterioramento più marcato e persistente della domanda aggregata costituisce invece il principale rischio al ribasso.

<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/bollettino-economico/2023-4/index.html>

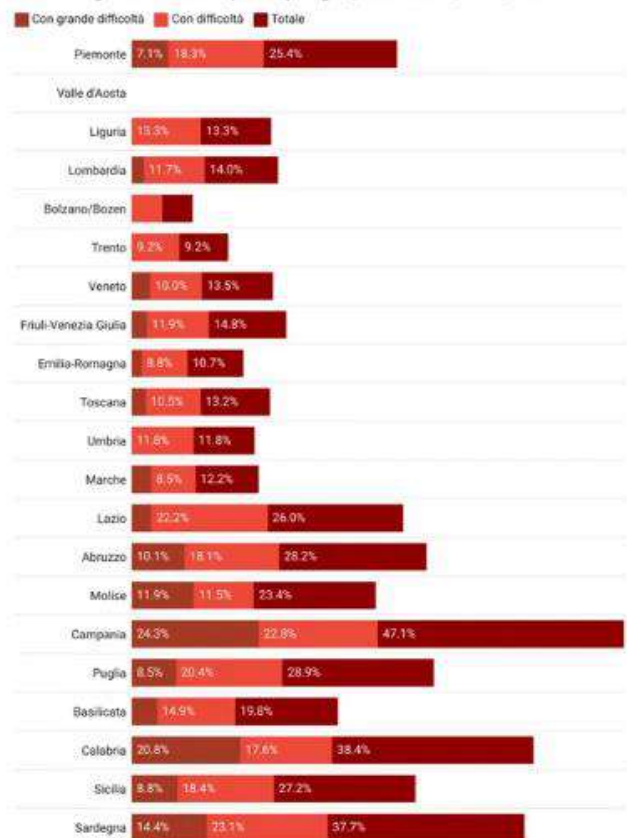
**Famiglie che arrivano a fine mese con difficoltà o con grande difficoltà (2022)**

\*dati di "con grande difficoltà" non presenti per Liguria, Bolzano/Bozen, Trento e Umbria



**Famiglie che arrivano a fine mese con difficoltà o con grande difficoltà (2022)**

\*dati di "con grande difficoltà" non presenti per Liguria, Bolzano/Bozen, Trento, e Umbria



## Fmi, le sfide dell'economia

Carlo Cottarelli

*In Italia con una minore crescita ci saranno minori entrate per lo Stato. E il rapporto tra debito pubblico e Pil tenderà a essere più alto di quello previsto dal governo. Non una bella notizia per il nostro Paese*

Il Fondo monetario internazionale (Fmi) ha pubblicato [le sue nuove previsioni economiche](#) per il 2023-24. Nonostante il tono un po' preoccupato tenuto in conferenza stampa dal capo economista dell'Fmi (il francese Pierre-Olivier Gourinchas), l'economia mondiale non sta andando troppo male, soprattutto in un momento in cui molti prevedevano (ma succede a ogni autunno) la tempesta perfetta. Ma, si dirà, e [l'attacco a Israele](#)? Non ci deve preoccupare anche a livello economico? Partiamo proprio da lì.

Il documento dell'Fmi che contiene le previsioni (il World economic outlook, o Weo) è stato chiuso quando nessuno (tranne Hamas) si aspettava quello che è successo e quindi non dice nulla in proposito.

Gourinchas, nel rispondere alle domande sugli effetti della guerra in corso, è stato prudente, sottolineando che ogni previsione è prematura. Ha però detto una cosa interessante: secondo i modelli econometrici dell'Fmi un aumento del prezzo del petrolio del 10% causa un calo del Pil mondiale nell'anno seguente dello 0,15% e un aumento dell'inflazione dello 0,4%.

Visto che, per ora, il prezzo del petrolio è salito solo di circa il 5%, all'apertura dei mercati lunedì, e sembra poi essersi stabilizzato, l'impatto a livello globale della crisi in Medio Oriente dovrebbe essere trascurabile, sia in termini di crescita sia di inflazione, a meno che, ovviamente, il conflitto si allarghi ad altri Stati. Da tener d'occhio però è il prezzo del gas che è aumentato più di quello del petrolio.

Teniamo quindi per buone le previsioni del Weo, nonostante la guerra. Cosa ci dicono? Il Pil mondiale (al netto dell'inflazione) dovrebbe crescere più o meno del 3% quest'anno e il prossimo, in rallentamento rispetto al 2022 (3,5%). Ma quello era un anno in cui diversi Paesi stavano "rimbalzando" dalla crisi Covid. Una crescita del 3% non mi sembra male. Secondo Gourinchas il 3% non è molto rispetto ai trend storici. Vero, se confrontiamo questo tasso di crescita con quelli del ventennio pre-Covid (3,7%), ma l'economia cinese cresceva a tassi elevatissimi (del 10% in alcuni anni), insostenibili nel lungo periodo (la Cina ora crescerebbe, secondo il Fmi, comunque a un apprezzabile 5%, alla faccia dei problemi finanziari delle società immobiliari Evergrande e Country Garden).

Negli ultimi trent'anni del XX secolo l'economia mondiale era cresciuta del 3 per cento all'anno in media. Siamo tornati a quel livello e non è male. Cercare di ottenere tassi più elevati con politiche macroeconomiche espansive porterebbe semplicemente a più inflazione.

L'inflazione, già: il Weo conclude che l'aumento del prezzo delle materie prime osservato dal 2021, e che ha alimentato l'inflazione degli ultimi due anni, è stato influenzato dalle politiche monetarie a tassi zero mantenute troppo a lungo. Di converso, l'inflazione (anche nei prezzi delle materie prime) sta scendendo per la stretta monetaria ora in corso.

Stiamo andando nella direzione giusta in proposito anche se le banche centrali dovrebbero ora "darsi una calmata": l'attuale livello dei tassi di interesse mi sembra sufficientemente alto per portare a un rallentamento dei prezzi senza bisogno di ulteriori aumenti.

Passiamo dal mondo all'Europa. L'area dell'euro cresce dello 0,7% quest'anno ed è prevista crescere dell'1,2% il prossimo anno. Il malato d'Europa non siamo più noi, ma è la Germania, in recessione nel 2023 (-0,5%).

Se siete presi da un attacco di Schadenfreude (cioè se godete delle disgrazie altrui) riflettete su un fatto: i Paesi del Sud Europa hanno beneficiato dell'azione "solidale" delle istituzioni europee (politiche espansive della Bce nel 2020-21 e, poi, le risorse del Next generation Eu).

Queste sembrano aver fatto bene al Sud Europa, ma male al Nord, in particolare alla Germania. In queste condizioni dobbiamo chiederci quanto tempo potrà durare questa solidarietà con effetti asimmetrici.

Ma veniamo all'Italia. Il Fondo monetario è stato spesso troppo pessimista sulla crescita economica italiana. Questa volta le previsioni sembrano realistiche: il Pil, sempre al netto dell'inflazione, è previsto crescere dello 0,7% sia quest'anno sia nel 2024. Il governo prevede invece una crescita più alta, di poco quest'anno (0,8%), ma di parecchio il prossimo anno (1,2%).

Con una minore crescita ci saranno minori entrate per lo Stato e il rapporto tra debito pubblico e Pil tenderà a essere più alto di quello previsto dal governo: insomma, invece di stabilizzarsi al 140%, come previsto dall'esecutivo, il rapporto tenderà a crescere, non una bella notizia per il nostro Paese.

[https://www.repubblica.it/commenti/2023/10/10/news/fmi\\_previsioni\\_crescita\\_pil\\_tassi\\_inflazione\\_guerra-417468813/?ref=RHRT-BG-I279994148-P4-S5-T1](https://www.repubblica.it/commenti/2023/10/10/news/fmi_previsioni_crescita_pil_tassi_inflazione_guerra-417468813/?ref=RHRT-BG-I279994148-P4-S5-T1)



## Emergenza salari. Così tassi e inflazione erodono lo stipendio

Rosaria Amato, Valentina Conte, Luca Pagni, Raffaele Ricciardi

Retribuzioni ferme da trent'anni, mentre inflazione e tassi ne erodono il valore. Ecco gli impatti dei rincari di mutui, bollette, benzina, carrello della spesa. La Cgil in piazza con cento associazioni

Salari che non crescono da trent'anni. Salari mangiati dall'inflazione. Dai mutui, dalle bollette, dalla benzina, dalla spesa. Salari poco dignitosi. Salari poveri. Anche per questo, la Cgil sarà domani in piazza a Roma con cento associazioni per una manifestazione nazionale che si annuncia molto partecipata. La prima da anni così trasversale e politica. Attesi almeno in 100 mila.

"La via maestra, insieme per la Costituzione" è lo slogan scelto dal sindacato di Corso d'Italia e da più di cento associazioni: dalle Acli all'Anpi, da Greenpeace all'Arci, da Emergency al Gruppo Abele, da Legambiente alla Rete degli studenti medi. Hanno aderito anche i sindaci di Ali, la Lega delle autonomie locali italiane.

Sfileranno per le strade della Capitale, come si legge nel manifesto, «per il lavoro, contro la precarietà, per il contrasto alla povertà, contro tutte le guerre e per la pace, per l'aumento dei salari e delle pensioni, per la sanità e la scuola pubblica, per la tutela dell'ambiente, per la difesa e l'attuazione della Costituzione contro l'autonomia differenziata e lo stravolgimento della nostra Repubblica parlamentare».

### I mutui

La stretta della Bce sui tassi raddoppia il costo delle rate

Meno dell'1,5% nell'agosto del 2021. Quasi il 4,3% due anni dopo. In questi estremi dei dati Abi sui tassi dei mutui c'è tutta la violenza con cui le strette della Bce contro l'inflazione si sono trasferite sulle famiglie. Al decimo rialzo in poco più di un anno, arrivato a metà settembre, la Fabi – il sindacato dei bancari - ha fatto i conti in tasca ai 6,8 milioni di nuclei indebitati, di cui 3,5 hanno aperto un mutuo.

Per chi aveva acceso un variabile, prima dei rialzi, le rate sono arrivate a crescere fino al 75%: chi versava 500 euro al mese, ha visto l'addebito salire a 875. Chi era protetto dal tasso fisso è rimasto al riparo. Ma chi si è avvicinato agli sportelli bancari solo ora ha trovato rate bloccate a costi a volte anche sopra il 6%: significa spendere, per 100 mila euro da restituire in 25 anni, quasi 670 euro al mese.

Per altro, con effetti a macchia di leopardo: ieri la stessa Fabi ha certificato uno "spread" interno al Paese: costi oltre il 6% in Molise, Calabria, Sicilia e Campania; tra il 4 e il 5% in Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia. Dove l'economia è più debole il denaro è più caro. Ma non solo le rate del mattone si son fatte più salate: per finanziare in dieci anni un'auto da 25 mila euro, l'extra-costi sul 2021 è di 10 mila euro. Per una lavatrice da 750 euro, il bilancio finale di 5 anni di rate sale da 942 a 1.098 euro.

FIGURA 1. POTERE D'ACQUISTO DELLE FAMIGLIE CONSUMATRICI

I trimestre 2011 – Il trimestre 2023, valori in miliardi di euro concatenati, anno di riferimento 2015, e variazioni percentuali congiunturali, dati destagionalizzati



### Bollette

Con il picco dei prezzi del gas conto da trenta miliardi



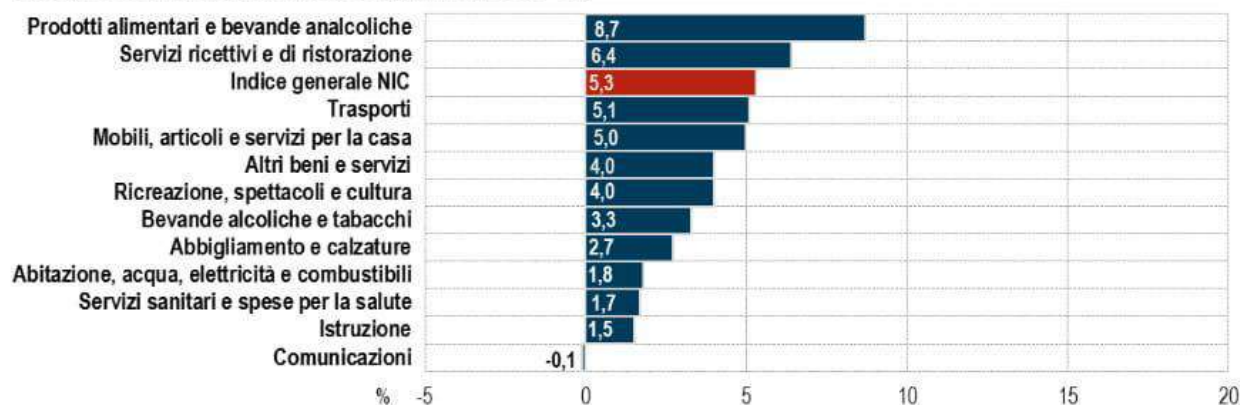
Nel 2022, gli interventi del governo a sostegno delle bollette di imprese e famiglie è arrivato a costare fino al 5,3% del Pil. Mentre per l'anno in corso siamo alla metà. Lo sostengono dati di Bankitalia: senza gli interventi del governo Draghi prima e poi dell'esecutivo Meloni, gli italiani sarebbero molto più poveri e le aziende più in difficoltà. Senza dimenticare che una mano l'ha data l'inverno: quello scorso ha avuto temperature sopra la media.

Il 2022 è stato l'anno nero per i prezzi dell'energia, che hanno raggiunto il picco estate: a fine agosto i prezzi del gas hanno raggiunto il picco storico oltre i 300 euro al megawattora. Era tra i 15 e i 20 prima dell'invasione russa in Ucraina. Nel 2022, le spese per l'energia elettrica sono aumentate del 109,5%, secondo l'ufficio studi Cgia di Mestre. Con un extracosto di 58,9 miliardi. Quelle del metano sono cresciute del 126,4%, pari a 32,6 miliardi in più rispetto al 2021. Per le famiglie italiane la spesa è stata di 30 miliardi di euro.

E nel 2023? Va meglio, per il calo dei prezzi: secondo l'Authority che regola il settore energia, la spesa gas per la famiglia tipo da ottobre 2022 a settembre 2023 è stata di 1.459 euro circa, al lordo delle tasse (-13,9%). Per l'elettricità - nel 2023 - sarà di 890 euro (-32,7%).

**FIGURA 2. INDICI DEI PREZZI AL CONSUMO NIC PER DIVISIONE DI SPESA**

Settembre 2023, variazioni percentuali tendenziali (base 2015=100)



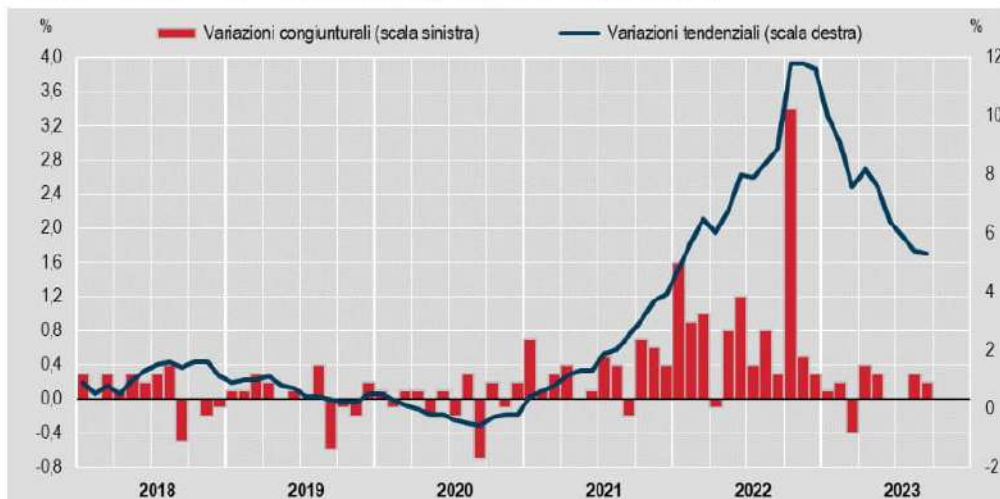
### Carrello della spesa

Prezzi ben oltre l'inflazione crolla il potere d'acquisto

A deprimere di nuovo il potere d'acquisto delle famiglie, dopo un miglioramento nella prima parte di quest'anno, è soprattutto la persistenza di prezzi alti dei beni di largo consumo, in particolare del carrello della spesa. Se l'inflazione generale acquisita da Istat per quest'anno è al 5,7%, quella dei prodotti alimentari e delle bevande analcoliche arriva quasi al doppio: 10,2%.

**FIGURA 1. INDICE DEI PREZZI AL CONSUMO NIC**

Gennaio 2018 – settembre 2023, variazioni percentuali congiunturali e tendenziali (base 2015=100)



Da quando, a metà del 2021, i prezzi hanno cominciato a correre macinando dodici punti per poi flettere solo ora dimezzando quel picco, alimentari e bevande si sono impennati del 23%. Le spese per la casa, comprese acqua, elettricità e benzina sono lievitate del 37,7%. I mobili e gli altri servizi per la casa del 12%. Alcolici e tabacchi del 5,6%. Calzature e abbigliamento del 5,2%.

*Dopo due anni a questi livelli, i redditi delle famiglie e i loro risparmi – a livelli record nel 2020 – si sono sgonfiati. Gli stipendi non sono cresciuti, se non nei comparti che hanno rinnovato i contratti, come il settore pubblico, e ben sotto l'inflazione. Restano 7,4 milioni di dipendenti del privato in attesa del rinnovo: più della metà.*

### **Carburanti**

*Benzina e diesel senza freni: in 12 mesi aumento del 14%*

*Un anno cominciato male per i carburanti e che si avvia a finire peggio, con un aumento tendenziale dei prezzi che, calcola l'Istat, a settembre sfiorava il 14% per un pieno di benzina. Secondo Assoutenti si traduce in oltre 400 euro in più per famiglia. Il primo picco a gennaio, quando il governo Meloni ha deciso di non rinnovare il taglio delle accise varato dal governo Draghi.*

*All'improvviso i prezzi di diesel e benzina sono aumentati di 18 centesimi al litro. Il governo ha reagito scatenando la "caccia agli speculatori" che si è conclusa con il decreto che impone ai benzinai l'obbligo di esporre il prezzo medio, contestato non solo dalla categoria, ma persino dal l'Antitrust. E che non ha avuto alcun impatto sui prezzi, su cui pesano le tensioni internazionali sull'energia.*

*Come per una beffa infatti, proprio quando è entrato in vigore l'obbligo del cartello, i prezzi hanno ripreso a correre, tanto che già all'inizio di settembre per la benzina è stata abbattuta la "soglia psicologica" di due euro al litro, persino al self service. Ancora ieri, nonostante una lieve discesa, i prezzi non si sono discostati moltissimo da questi picchi, per il "servito" si va ancora ampiamente oltre i due euro al litro. E non è detto che ci si fermi qui.*

[https://www.repubblica.it/economia/2023/10/06/news/emergenza\\_salari\\_manifestazione\\_cgil-416984757/?ref=RHLF-BG-I416999766-P1-S1-T1](https://www.repubblica.it/economia/2023/10/06/news/emergenza_salari_manifestazione_cgil-416984757/?ref=RHLF-BG-I416999766-P1-S1-T1)