

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 7 di settembre 2023



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

Review realizzata in collaborazione con:



DIPARTIMENTO
DI SCIENZE SOCIALI
ED ECONOMICHE
SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

1921 — 2021
UN SECOLO
DI STORIA
D'AVANTI A NOI



**UNIVERSITÀ
CATTOLICA**
del Sacro Cuore

Nota redazionale.

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

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

Per le Istituzioni:

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

Per i dati:

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

Criteri di selezione:

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

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

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

I curatori

Giorgio Banchieri

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

Antonio Giulio de Belvis

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

Maurizio Dal Maso

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

Emanuele Di Simone

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

Nicoletta Dasso

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

Lidia Goldoni

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

Francesco Medici.

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale Medico Chirurgo, specialista in Chirurgia Generale, acquisiti master universitari di secondo livello. Pubblicati lavori scientifici, coautore 1 Libro, autore di articoli su riviste on line. Medico di direzione sanitaria dell'A.O San Camillo Forlanini, direttore della UOSD Gestione dei Blocchi operatori e Pre-ospedalizzazione e direttore ff della UOSD Organizzazione sanitaria e Reti. Consigliere Nazionale ANAAO (maggior organizzazione della dirigenza medica in Italia). Docente della scuola di formazione di quadri sindacali 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

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

Mario Ronchetti

Socio ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale. Esperto di formazione e organizzazione dei servizi sanitari. Docente a contratto di Economia aziendale, Università di Tor Vergata. Consulente di organizzazione aziendale presso varie ASL e AO. Responsabile organizzazione percorsi di Formazione a Distanza per personale DEA e ARES 118. Membro Gruppo di lavoro regionale per la formazione

del Middle Management del SSR. Docente in corsi di formazione ECM e Master. Già Direttore Sanitario aziendale. Blogger ProssimaMente.org

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

Tutti i numeri pregressi sono reperibili su: www.asiquas.org

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

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

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

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

- [Monografia 1– Long Covid](#)
- [Monografia 2 – ASIQAS, Covid 19 e PNRR](#)
- [Monografia 3 - Antologia ASIQAS 2022-23](#)

Indice

Articoli in evidenza	12
Quotidiano sanità - <i>Siamo d'accordo: la qualità si fa coi professionisti e non sui professionisti</i> – CDN ASIQUAS	12
Quotidiano sanità - <i>I grandi discorsi sulla sanità sono oggi beni di consumo che non producono cambiamenti</i> - Roberto Polillo	14
Quotidiano sanità - <i>Implementazione della qualità, proprio quello di cui abbiamo bisogno</i> Nera Agabiti e Marina Davoli, Antonio Giulio de Belvis	17
Quotidiano sanità – <i>Il mito della qualità e il reale cambiamento in sanità</i> , Roberto Polillo.	18
Quotidiano sanità - <i>Non parliamo della qualità come fossimo al Bar</i> – CDN ASIQUAS	19
Quotidiano sanità - <i>È giusto analizzare gli effetti di una deriva tecnico-burocratica</i> - Pietro Cavalli	21
Quotidiano sanità - <i>La qualità dell'assistenza, un processo che nasce e cresce dal basso</i> – Roberto Polillo	22
Scenari della sanità	24
Salute Internazionale - <i>Il diritto alla salute. Soprattutto</i> - Francesco Pallante	24
The Lancet - <i>L'ONU indaga sull'impatto dei trattati d'investimento sui diritti umani</i> - Isabella Kaminski	26
La Repubblica - <i>Guerra ai virus, le dieci strategie per vincerla secondo Anthony Fauci</i> - Sandro Iannaccone	29
Salute Internazionale - <i>Il benessere e la decrescita</i> - Andrea Ubiali	31
The NEJM - <i>Ridurre i rischi della guerra nucleare: il ruolo degli operatori sanitari</i> – K. Abbasi, P. Ali e altri	33
Quotidiano sanità – Rapporto Global Fund 2023.	35
The Lancet - <i>Glocal è globale: reinventare la formazione degli studenti di salute globale nei paesi ad alto reddito</i> - Sonia S Anand e Madhukar Pai	37
One Health, clima, salute e ambiente	39
Quotidiano sanità - <i>Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di "One Health"</i> - Giorgio Banchieri, Laura Franceschetti, Andrea Vannucci	39
Forum Diseguaglianze e Diversità - <i>Come affrontare la sfida climatica? La risposta di Charles Sabel</i>	43
Forum Diseguaglianze e Diversità – <i>Rapporto "La sfida dell'efficienza energetica alla prova delle disuguaglianze"</i>	45
La Repubblica - <i>Allarme clima ultima chiamata</i> -Mathis Wackernagel	47
Science - <i>Gli antenati umani potrebbero essere sopravvissuti all'estinzione 900.000 anni fa</i> -E. Pennisi	48
The NEJM - <i>Minacce al futuro della salute globale: modifiche alle politiche degli NIH sulle collaborazioni di ricerca internazionali</i> - Albert I. Ko, Salim S. Abdool Karim e altri	50
UNICEF – <i>Breathless beginnings: the alarming impact of air pollution ...</i>	52
Sanità pubblica e privata	53
Quotidiano sanità - <i>Fondi sanitari e welfare aziendale. Gimbe: "Deregulation e scarsa trasparenza li hanno resi strumenti sostitutivi della sanità pubblica"</i> - GIMBE	53
Verso la legge di stabilità 2023-24	54
Quotidiano sanità - <i>Verso la manovra. Altro che risparmi, il Ssn già oggi fa miracoli. Esiti sopra la media UE a fronte di un sottofinanziamento e carenze di personale</i> - Giovanni Rodriguez	54
Il Sole24Ore - <i>Nadef: deficit al 4,3%, dote di 14 miliardi per la manovra. Spending review da 2 miliardi. Stretta sui migranti</i>	62
La Repubblica - <i>Nel nuovo Patto di stabilità regole più morbide per Roma ma costerà 20 miliardi l'anno</i> - Tonia Mastrobuoni	63
Il Sole24Ore - <i>Contratto medici/ Di Silverio (Anaa)</i> - Barbara Gobbi	64
Il Sole24Ore - <i>Verso la manovra/ La Toscana si allinea all'Emilia Romagna: Fondo sanitario nazionale a 20 mld dal 2027 grazie alla lotta all'evasione e alla crescita del Pil</i>	65
Quotidiano sanità - <i>La crisi del Ssn non è solo una questione economica</i> - Aldo Grasselli	66
Quotidiano sanità - <i>Verso la manovra. Intervista a Marina Sereni (PD)</i> - Giovanni Rodriguez	68
Quotidiano sanità - <i>Verso la manovra. Intervista a Ricciardi (Azione)</i> - Giovanni Rodriguez	70
Quotidiano sanità - <i>Castellone (M5S): "Le nostre proposte per il rilancio"</i>	72
Quotidiano sanità - <i>Otto punti per salvare il Ssn</i> - Gianni Nigro, CGIL	73

Toscana Medica - L'Autunno freddo della sanità - Antonio Panti	74
Pandemie oggi e domani	75
The NEJM - <i>Fluticasone fuorato per via inalatoria per il trattamento ambulatoriale del Covid-19</i> - David R. Boulware e altri	75
Science - <i>Proteine della coagulazione legate alla nebbia cerebrale di Long Covid</i> - Catherine Offord	76
Quotidiano sanità - <i>Covid. Alle Nazioni Unite storico accordo per una maggiore collaborazione, governance e investimenti per prevenire e contrastare future pandemie</i>	78
The Lancet - <i>Risultati della risonanza magnetica multiorgano dopo il ricovero per COVID-19 nel Regno Unito (C-MORE): uno studio di coorte prospettico, multicentrico e osservazionale</i> - Il Gruppo Collaborativo C-MORE/PHOSP-COVID	80
The Lancet - <i>Dare un senso all'imaging MRI multiorgano per le sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2</i> - Matteo R. Baldwin	81
Quotidiano sanità - <i>Covid. Ecdc ed Ema: "Circolerà con influenza e Rsv, rischi per fragili e per i sistemi sanitari"</i>	83
MDPI - <i>Prevalence of SARS-CoV-2 Infection at the University of Barcelona during the Third COVID-19 Pandemic Wave in Spain</i> - Pilar Delgado-Hito	84
La Repubblica - <i>Covid, con Eris il virus torna a colpire i polmoni. Ecco cosa accadrà</i> - Donatella Zorzetto	85
OECD – <i>Embracing a One Health Framework to fight antimicrobial resistance - 2023</i>	87
The Lancet - <i>Il virus Mpox è stato aggiunto alle malattie infettive soggette a notifica nazionale in Cina dal settembre 2023</i> - Min Du e Jue Liu	88
Piano Nazionale Rinascita e Resilienza	89
Quotidiano sanità - <i>Monitoraggio PNRR. I conti continuano a non tornare</i> – Giorgio Banchieri	89
START Magazine - <i>Come cambierà il Pnrr per non dilapidare soldi. Parola di Fitto</i>	95
Il Mulino - <i>Il Pnrr e il programma RePowerEU sono stati ridisegnati all'insegna di un forte controllo politico, privilegiando sussidi alle imprese e progetti energetici delle aziende pubbliche. E tagliando progetti per città, ambiente e Mezzogiorno</i> - Gianfranco Viesti	98
AGENAS – <i>Monitoraggio Fase 2, concernente l'attuazione del DM 77, 2022</i>	101
ANAO – ASSOMED – CIMO – <i>Audizione relativamente al DM 77 2022</i>	102
L'ospedale che cambia	103
Quotidiano sanità - <i>L'ospedale che cambia e diventa resiliente e flessibile</i> - Silvia Scelsi, ASIQUAS	103
Quotidiano sanità - <i>Mobilità sanitaria. Il giro d'affari torna sopra i 4 miliardi. Ma il trend non cambia: è sempre esodo da Sud a Nord. Lombardia, Emilia Romagna e Veneto restano le mete preferite</i>	105
Quotidiano sanità - <i>La militarizzazione del pronto soccorso e una scorciatoia retorica che non protegge né il personale né i cittadini</i> - Roberto Polillo e Mara Tognetti	106
The Lancet - <i>A caccia di resistenza: analisi della lotta alle infezioni ospedaliere</i> – R.I M. Wheatley e J. Botelho	108
Il Sole 24Ore - <i>Previdenza/ Sempre più medici verso la pensione: da 10mila fino a 24mila entro l'anno</i> - Claudio Testuzza	109
OSHA UE – <i>Report su "Psychological risks in the Health and Social sector"</i>	110
Il Sole24Ore - <i>Medici specializzandi in piazza a Roma «per una dignità lavorativa, retributiva e formativa». Lo "slogan": Siamo medici specializzandi, non schiavizzandi tappabuchi! Riforma subito.</i>	111
Nursing	112
FNOPi: <i>Calano le iscrizioni: a rischio l'articolo 32 della Costituzione</i>	112
Quotidiano sanità – <i>Infermieri e assistenti alla salute. Riflessioni organizzative e giuridiche</i> , G. Barbieri	119
JAN – <i>Il supporto organizzativo percepito per la capacità degli infermieri di gestire e risolvere i conflitti di valori etici</i> - M. S. Nilsson, C. Gadolin, P. Larsman, A. Pousette, M.Törner	120
The Lancet – <i>Il futuro del coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie per la sicurezza dei pazienti</i> . JK Ohara e altri	121
Medicina territoriale	123
Il Sole24Ore - <i>PNRR: medico di fiducia o medico d'ufficio? Enpam lancia le case di comunità periferiche</i> - Alberto Oliveti	123
Quotidiano sanità - <i>Cooperative di medici. Fimmg: "Strumento strategico per la medicina generale"</i>	125
Quotidiano sanità - <i>Vogliamo migliorare il Ssn o rilanciare edilizia e assicurazioni?</i> - Francesco Buono	126
Quotidiano sanità - <i>PNRR. Case della comunità a rischio flop?</i> - Luciano Fassari	127
Accademia.edu - <i>Prime misure per gli anziani non autosufficienti</i> – Franco Pesaresi	128

Il Sole24Ore - <i>FIASO: delegazione a Lisbona per condividere le best practice sulla Value-based healthcare</i>	129
AGENAS – <i>Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o di comunità - 2023</i>	130
Sanità, sociale e long term care	131
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	131
Salute Internazionale - <i>I determinanti politici della salute</i> – P.Buscemi, G.Cerini, F.Giannuzzi e altri	134
Forum Diseguaglianze e Diversità - <i>L'impatto dell'immigrazione sulla povertà e la disuguaglianza in Italia</i>	137
WelForum - <i>La spesa pubblica per Long-term care in Italia</i> - Franco Pesaresi	141
Digitalizzazione e telemedicina	146
Toscana Medica - <i>La salute digitale e/o l'intelligenza artificiale miglioreranno l'equità sanitaria?</i> – A.Vannucci	146
The Lancet – <i>Cartelle sanitarie elettroniche federate per lo spazio europeo dei dati sanitari</i> - René Raab, Arne Küderle,	148
TeleMediCare 2023	149
La Repubblica - <i>Intelligenza artificiale, la scossa per il Pil italiano può valere fino a 312 miliardi</i> - Filippo Santelli	150
Toscana Medica - <i>L'Intelligenza Artificiale: la rivincita della sapienza</i> - Antonio Panti	151
Economia e sanità	152
Laterza - <i>Cambiare rotta</i> – Fabrizio Barca	152
La Repubblica - <i>L'Ocse taglia le stime sul Pil italiano: quest'anno e il prossimo crescita sotto l'1%</i> - R.Ricciardi	152
La Repubblica - <i>Tassi ai massimi storici. Cura da cavallo Bce nel tentativo disperato di fermare l'inflazione</i> - Tonia Mastrobuoni	154
Ait Europa - <i>La Commissione europea riduce le stime sulla crescita del Pil</i>	156
Quotidiano sanità - <i>Un paziente su 6 segnala problemi legati alla sicurezza dei sistemi sanitari. Ocse: "Coinvolgerli nella gestione del percorso terapeutico"</i>	157
OECD – <i>Patient engagement for patient safety</i> - 2023	158
La Repubblica - <i>Più margini per le imprese, salari erosi: così i lavoratori italiani hanno pagato tutto il costo dell'inflazione</i> - Filippo Santelli	160
La Repubblica - <i>Rapporto Inps: "Solo una minoranza dei lavoratori è povero per salario orario basso"</i> - Valentina Conte	161
La Repubblica - <i>Il salario minimo a Cernobbio. "In Italia gli stipendi più bassi"</i> - Eugenio Occorsio	164

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento normativo e da letteratura scientifica
 Lunedì 21 novembre 2022 ore 8.30/14.00 - 14.00/17.00
 AULA CONVEGNO P.O. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

Convegno su «Ospedale che cambia»

Convegno su «Appropriatezza prescrittiva»

Teramo Novembre-Dicembre 2022



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

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento normativo e da letteratura scientifica
 Lunedì 21 novembre 2022 ore 8.30/14.00 - 14.00/17.00
 AULA CONVEGNO P.O. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

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

lunedì 21 novembre 2022 ore 8:30/14:00 - 14:00/17:00
 AULA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

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

lunedì 21 novembre 2022 ore 8:30/14:00 - 14:00/17:00
 AULA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

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


 Associazione Italiana per la
 Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

Responsabile Scientifico:
Maurizio Dal Maso

**CORSO DI FORMAZIONE
 DI PROJECT MANAGEMENT IN SANITA'**
 Le idee e le azioni
 per realizzare l'innovazione
Corso base

Roma, 19 Ottobre 2023
 ALESS Don Milani
 Via Diana, 35

Organismo Organizzativo
 Protocollo n. 1147
FORMEDICA
 Scientific Learning

FORMEDICA Scientific Learning
 Viale Aldo Moro, 11 - 71 - 73100 Lecce
 Tel/Fax: +39 0832 304994 - Mobile +39 375 6580214
 email@formedica.it - www.formedica.it

Programma

Relatori *Maurizio Dal Maso, Susanna Sodo*

- 9,00-9,30 **Presentazione del Corso:**
scopo e finalità del PM nei contesti sanitari
- 9,30-10,30 **Il contesto del progetto nelle Aziende sanitarie:**
PM office, program e portfolio management
- 10,30-11,00 **Valutazione del progetto, criteri di successo, stakeholder**
- 11,00-11,30 **Discussione**
- 11,30-12,00 **Fasi del progetto (ciclo di vita)**
- 12,00-13,00 **Processi di project management:**
Start-up, Pianificazione, Esecuzione, Controllo, Chiusura
- 13,00-14,00 **Pausa**
- 14,00-16,00 **Esercitazioni a gruppi e presentazione
di casi pratici di PM in sanità**
- 18,00-18,30 **Conclusioni**



quotidianosanita.it

Siamo d'accordo: la qualità si fa coi professionisti e non sui professionisti

Consiglio Direttivo Asiquas (Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale)



27 SET -

Gentile direttore,

si sono succeduti in questi giorni su "Quotidiano Sanità" diversi articoli sulla qualità dell'assistenza, che partiti da un primo intervento di [Roberto Polillo](#), hanno dato luogo in rapida successione ad una risposta del [Consiglio Direttivo Nazionale della Asiquas](#) (Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) e poi altri due interventi di Polillo (di cui qui ci interessa [il secondo](#)), ad uno di [Pietro Cavalli](#) e ad uno di [Agabiti, Davoli e de Belvis](#).

La ricostruzione del dibattito punto per punto rischierebbe di essere lunga ed non utile, perlomeno in questa sede. Conviene invece concentrarsi sull'ultimo intervento di Polillo, che prende a sua volta ispirazione da quello di Cavalli.

Conclude Polillo "La qualità è favorire la creazione di reti professionali che operano per massimizzare i risultati clinici mantenendo i professionisti fedeli ai principi di rispetto e dedizione verso il paziente. Il resto sono pratiche discorsive che autopromuovono i tecnocrati che pretendono di misurare ciò che non praticano e in fondo non conoscono. Anche per loro rischia dunque di valere l'aforisma che si applica spesso agli economisti quando vengono definiti "coloro che conoscono il prezzo di tutto e il valore di niente".

Conclusione coerente con quella di Cavalli che afferma che: "... tra le mille cause e concause della attuale situazione, è forse possibile ritagliare una minima responsabilità ad un sistema qualità che... potrebbe aver contribuito non poco al burn-out degli operatori. Varrebbe anche la pena di verificare se l'imposizione di modelli relativi alla "qualità" ha effettivamente portato ad un miglioramento della qualità stessa. Per l'utenza il miglioramento, se mai c'è stato, non sembra pervenuto. Per gli operatori, neppure. Se gli esiti sono quelli che oggi ci troviamo ad affrontare, qualche domanda pare del tutto legittima."

Insomma il tema per entrambi, Polillo e Cavalli, è quello di come rendere efficaci i sistemi qualità e la ricetta proposta, ovviamente semplifichiamo, è quella di far nascere e crescere la qualità dal basso.

Il lavoro pubblicato su JAMA, a cui rimandano più volte Polillo e Cavalli, fa specifico riferimento ad una realtà, quella della sanità americana, molto diverso dalla nostra. In USA le Assicurazioni, che controllano il mercato usano la Joint Commission come garante della qualità e della sicurezza degli erogatori, come usano le stesse Società scientifiche relativamente ai singoli specialisti di branca.

Se gli ospedali non sono certificati e i professionisti non sono aggiornati le Assicurazioni non pagano.

È uno strumentario per il controllo del mercato in una logica "profit", ben lontana, ancora, da quella del nostro Paese. Certificazione e aggiornamento professionale sono, quindi, in funzione di ottimizzare i costi e ridurre i rischi per le Assicurazioni e i loro azionisti, prima o insieme ai loro pazienti.

Pertanto il mercato degli strumenti di misurazione della qualità e l'ingombrante peso di questi strumenti sul lavoro quotidiano dei clinici non ci sembra abbiano lo stesso ruolo nel nostro SSN, impressione maturata sul campo da quanti di noi lavorano quotidianamente nelle strutture e nei servizi del SSN.

Usiamo queste procedure e questi strumentari in un contesto pubblico solo per organizzare al meglio le gestioni, sviluppare buone pratiche cliniche e gestionali, perché essendo un sistema "pubblico" e non "profit"

dovremmo essere “equi” e “universalistici”, ovvero dare a tutti il giusto livello di servizi in base ai loro bisogni impegnando le risorse “appropriate”.

Abbiamo, invece, perfettamente presenti gli effetti del rischio della burocratizzazione di alcuni dei processi chiave in tema di qualità dell’assistenza come quello dell’accreditamento. Quindi se il senso dei due interventi di Polillo era quello di richiamare l’attenzione sul rischio che la misurazione della qualità non sia spesso di qualità e che non sia “di per sé” efficace, come testimoniato dalla inefficacia del monitoraggio dei LEA nel migliorare la performance delle Regioni, noi ci diciamo subito d’accordo.

E ci rifacciamo anche noi al lavoro di JAMA che non liquida come inutile la misurazione della qualità, ma sottolinea l’importanza di farla meglio il che vuol dire nel caso americano con un maggior coinvolgimento dei clinici e con un minor dispendio di risorse e di energie. Questo, anche se in un contesto diverso, vale anche da noi.

Diciamo subito che queste affermazioni sono in larghissima misura condivisibili da parte di ASQUAS, che non ha caso è nata in Italia prima come SIQUAS VRQ, come movimento totalmente dentro la pratica clinica e assistenziale quotidiana, visto che tra i suoi padri fondatori un ruolo di assoluto rilievo l’ha avuto [Franco Perraro](#), scomparso nel 2016, Presidente Onorario della SIMEU Società italiana della Medicina di emergenza-urgenza, già direttore dell’Unità Operativa di Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso all’ospedale di Udine e, dal 1990 della Centrale Operativa 118 della Provincia di Udine. E altrettanto non casualmente l’attuale Presidente Nazionale di ASQUAS è la collega Silvia Scelsi, una Infermiera Dirigente, attualmente Presidente Nazionale anche di ANIARTI (Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica) e Coordinatrice Nazionale di IRC (Italian Resuscitation Council).

L’idea che la qualità non debba essere calata dall’alto, ma fatta crescere dentro l’organizzazione, è da noi totalmente condivisa. Il problema, o meglio uno dei problemi, è che la qualità, ovvero il processo che va innescato per migliorarla, non è un’erba spontanea che nasce da sola e da sola cresce “bene”. Quindi servono nella organizzazione del sistema socio-sanitario ai vari livelli competenze e riferimenti in grado di aiutare il processo.

Questa è la ragion d’essere di ASQUAS, che non vede in alcun modo la qualità come un sistema che possa essere imposto dall’alto, magari con un continuo spostamento da un modello all’altro a seconda degli orientamenti e dei consulenti delle Direzioni protempore delle aziende sanitarie, da un modello alla Donabedian, cui ci ispiriamo noi di ASQUAS, a modelli più spostati verso la certificazione o i modelli di ottimizzazione con un prevalente approccio ingegneristico manageriale.

Ci farebbe piacere che questo intervento chiuda questa prima fase di confronto, convinti come siamo che i punti in comune tra noi e Polillo siano molti di più di quelli che ci dividono, e aprirne se possibile una più costruttiva, e ci limitiamo, quindi a evidenziare pochi punti che suggeriamo come meritevoli di un approfondimento:

1. È impossibile non darsi degli strumenti per la misurazione della qualità. Ne dà prova, se mai ce ne fosse bisogno, l’OECD che nei suoi periodici report sulla “salute in uno sguardo” (vedi ad esempio [Health at a Glance: Europe 2022](#)) dedica sempre una sezione alla [qualità dell’assistenza e alla esperienza dei pazienti](#). In Italia valgono lo stesso, anche se in un contesto diverso, il PNE o il “Sistema bersaglio” del MES di Pisa o l’Audit Civico di Cittadinanzattiva, come lo stesso progetto “Fare di più non vuol dire fare meglio” del movimento Slow Medicine;
2. È importante darsi un metodo in queste misurazioni e riteniamo che lezione di Donabedian rimane un riferimento comunque importante. Non è il caso di fornire troppi riferimenti bibliografici al riguardo, visto che lo stesso lavoro su JAMA ancora ne parla e [che il termine più spesso usato quando si parla di lui è “gigante”](#).
3. Se alle procedure di misurazione non si legano quelle di miglioramento si rischia di ratificare l’esistente come ad esempio quegli squilibri tra Regioni che il monitoraggio ministeriale conferma ogni anno, ovvero, occorre “valutare” per poter “cambiare” con razionalità.
4. Il problema della qualità è che sia “fatta” con qualità, evitando le derive burocratiche e sfidando le verifiche sulla sua utilità sul campo e aggiornando strumentari e metriche in base alla loro reale utilità, verificata nelle pratiche agite nelle organizzazioni sanitarie. La revisione continua del nostro framework scientifico è una testimonianza di questa continua e necessaria attenzione^[1].

Ci piacerebbe avviare un confronto e inaugurare una fase nuova e più ricca di riflessioni sulla qualità del e nel SSN. Ci limitiamo in questa sede a ribadire di continuare ad impegnarci per meglio chiarire le nostre proposte in modo da rispondere ai dubbi e alle critiche oggi di Polillo e Cavalli e domani di altri, coinvolgendo tutti gli operatori sanitari, sociosanitari e sociali, a cui ci rivolgiamo con il nostro lavoro.

Siamo convinti come loro del modo a volte un po' fuorviante di vedere la qualità da parte dei tecnocrati e, quindi, ricordiamo la parabola, spesso presentata al riguardo, in cui un ingegnere valuta la performance di un'orchestra. Ecco alcuni passaggi del report dell'ingegnere dopo il concerto: "Per lunghi periodi i quattro suonatori di oboe non avevano nulla da fare. Il numero di suonatori deve essere ridotto e il lavoro ripartito più uniformemente nel corso del concerto, eliminando alti e bassi di attività. I dodici violini suonavano tutti una identica nota, il che sembra una ripetizione inutile. Il personale di questa sezione si deve ridurre radicalmente. Se occorre un volume di suono più elevato, lo si può ottenere con un impianto di amplificazione. Alcuni dei passaggi musicali sembrano ripetuti troppe volte. Le partiture dovrebbero essere sfrondate accuratamente. Non ha senso far ripetere alle trombe qualcosa che è stato già eseguito dagli archi. Si valuta che eliminando tutti i passaggi ridondanti, la durata dell'intero concerto si potrebbe ridurre da due ore a venti minuti e l'intervallo non occorrerebbe più.". Ecco, noi di ASQUAS siamo coi musicisti e non con l'ingegnere. Se riuscissimo a parlare di qualità nel SSN, del ruolo da dargli e come svilupparla oggi, avremmo trasformato una sorta di "querelle" tra addetti in qualcosa che entra nel vivo della crisi del nostro sistema sanitario, che vogliamo salvaguardare, coinvolgendo gli operatori.

[1] Francesco Di Stanislao e altri – "La qualità nell'Assistenza Sanitaria e Sociosanitaria", Editore COM SRL, 2021

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116947

quotidianosanita.it

I grandi discorsi sulla sanità sono oggi beni di consumo che non producono cambiamenti

Roberto Polillo

La produzione di discorsi è ormai una componente ineliminabile del nostro modello economico. Nessuno si può chiamare fuori e questo scritto si aggiunge alla lunga teoria dei precedenti. Importante però è, aldilà delle dotte disquisizioni, avanzare proposte che vadano al nocciolo dei problemi e quindi oltre gli schemi. Questo significa rifiutare un argomentare, adesso di tipo consociativo, che non affonda mai il coltello per mantenersi nel politicamente corretto e mantenere immutato il gioco della intercambiabilità dei cosiddetti esperti

14 SET - Ho già avuto modo di ricordare come nella moderna catena di produzione del valore un ruolo centrale ha la cosiddetta economia discorsiva; un sistema di accumulazione in cui il plusvalore viene realizzato attraverso la messa sul mercato di pratiche discorsive. Esempi paradigmatici e di successo di questo modello produttivo, in grado di generare enormi profitti, sono le grandi "corporate" che gestiscono i motori di ricerca come Google o i grandi social di messaggistica e di comunicazione interpersonale come facebook, Instagram o X.

Una economia dell'immateriale che avrà sviluppi imprevedibili con i programmi di scrittura automatica come Chat GPT già utilizzati da milioni di utenti e direttamente gestiti dall'Intelligenza artificiale. Con I.A. infatti la produzione di discorsi potrà essere illimitata perché Chat GPT e gli altri algoritmi di scrittura sono strumenti evoluti ormai in grado di elaborare qualsiasi testo, su qualsiasi argomento in tutte lingue e in tutti gli stili, da quelli estremamente formali a quelli più empatici. Una rivoluzione nella comunicazione e nella diffusione di nuovi stereotipi e credenze che inevitabilmente pone complessi problemi di tipo etico e regolatorio.

Il contributo del campo istituzionale sanitario

In tale contesto la sanità rappresenta un campo applicativo di grande interesse per l'altissimo numero di utenti potenzialmente coinvolti. La produzione sempre più estensiva di discorsi relativi alle problematiche della sanità e della medicina teorico/pratica tende a pervadere ormai ogni possibile ambito disciplinare.

Il campo clinico/diagnostico.

In campo clinico è il dottor Google a coordinare e rendere disponibili i più svariati discorsi inerenti l'universo mondo della medicina: orientamenti diagnostici, indagini strumentali e cure mediche. Il tutto interfacciandosi con i soggetti economici che ne commercializzano i relativi beni di consumo materiali: farmaci, trattamenti dietetici e fisioterapici, rimedi naturali, integratori etc. Un loop in cui l'informazione è sempre intermediata dal profitto e viceversa.

Il campo della medicina amministrata

Il campo della medicina amministrata è a sua volta un ambito discorsivo fortemente plurale.

In quello gestionale sono gli "aziendalisti" a promuovere discorsi sui modelli organizzativi e a gestire costosi corsi per l'acquisizione di competenze manageriali, indispensabili, a loro dire, per amministrare aziende sanitarie e dipartimenti secondo le regole del privato datore di lavoro. Obiettivo dichiarato quello di rendere esperti i futuri manager nel coniugare l'efficienza gestionale e la corretta allocazione delle risorse con qualità ed efficacia delle cure.

Questo campo del management sanitario è ormai un mercato parallelo gestito, non da gente qualunque, ma da grandi istituzioni, spesso universitarie che lavorano a tempo pieno senza mai porsi tuttavia la domanda essenziale se la modellistica gestionale proposta, e ormai universalmente applicata in ogni azienda sanitaria italiana, sia in grado di generare ricadute effettivamente positive. Eppure qualche dubbio esiste considerato che ben 15 regioni sono a rischio commissariamento per eccesso di deficit e per non avere raggiunto il livello minimo di qualità/quantità nell'erogazione dei LEA nonostante abbiano imposto alle proprie aziende proprio quei modelli organizzativo-gestionali. Come a dire 30 anni di "New public management" inutili se non dannosi.

Il campo della formazione

Nel campo della formazione e aggiornamento del personale sono i produttori di cultura medico/scientifica, cattedratici in primis, a svolgere, nella partita, un ruolo primario. A loro spetta l'ideazione e commercializzazione dei prodotti discorsivi di tipo formativo come corsi ECM o master universitari; questi ultimi privi di valore legale ma "pubblicizzati" come indispensabili generatori di valore aggiunto nella divisione sociale del lavoro.

A questa logica non sfuggono neanche gli studiosi o esperti dei sistemi sanitari e della medicina pubblica che, a loro volta, oltre a pubblicare articoli e altro, promuovono corsi e convegni e che, nel denunciare le crescenti disuguaglianze e le barriere di accesso ai servizi, talvolta non disdegnano di promuovere iniziative scientifiche in cui la denuncia sullo sfascio del SSN rimane compatibile con il versamento di una quota di iscrizione per poter partecipare alla kermesse. Una contraddizione evidente da parte di chi vuole difendere i beni pubblici e mobilitare i cittadini rendendoli correttamente informati sui problemi che li riguardano in prima persona come soggetti titolari di diritti costituzionalmente garantiti.

La ricerca della qualità e i suoi esiti imprevisti

Stesso destino per gli implementatori di professione della qualità. All'insegna di "non c'è cambiamento senza misura" gli emuli di Donabedian hanno prodotto decine di minuziosi questionari sulla valutazione di ogni respiro prodotto/percepito nell'azienda. In nome della qualità sono sorte decine di agenzie con la definizione di propri rating valutativi che hanno a loro volta generato una nutrita stirpe di inflessibili misuratori del lavoro altrui.

Sulla qualità si è concentrata una proliferazione di pratiche discorsive talmente soffocante che un autorevole editoriale comparso sull'ultimo numero di JAMA dal titolo. "Improving Health Care Quality Measurement to Combat Clinician Burnout" e firmato da Di Giorgio e colleghi ha apertamente sostenuto come queste procedure si siano rese responsabile in larga misura del burnout di cui soffrono i medici americani; professionisti della salute che proprio a causa di una spaventosa e crescente mole di report sulla qualità da riempire quotidianamente, riescono ormai a dedicare al paziente in carne ossa meno del 15% del loro tempo di lavoro. Una medicina di numeri, indicatori, variabili etc che paradossalmente, laddove misurata, ha generato poi l'esatto opposto di quanto si proponeva, ovverosia uno scadimento della qualità delle cure e un incremento dei costi gestionali.

La valutazione in ambito regionale

Lo stesso discorso vale poi per le varie agenzie che valutano la performance dei diversi sistemi sanitari regionali stabilendo classifiche che premiano o puniscono i diversi enti. Un lavoro di misura di indicatori e esiti i cui risultati spesso non mostrano alcuna correlazione con quelli ottenuti dagli altri soggetti che sul mercato svolgono simile attività. Una

babele di numeri, colori e bersagli tra loro non confrontabili e in realtà inutilizzabili ai fini di una sana progettazione di correttivi.

Quello che emerge sempre più chiaramente è la nascita di un nuovo segmento di mercato che crea spesso arbitrariamente legittimità nei premiati e discredito nei peggio classificati. Un indebito vantaggio per i primi e un ingiusto danno di immagine per i secondi, come già segnalato su QS.

La produzione politica dei discorsi sanitari

Un ruolo altrettanto importante nella iperproduzione discorsiva sulla sanità è giocato (comprensibilmente) dai soggetti politici a cui spetta, questa volta legittimamente, il governo del sistema

In questo caso la parola è dei responsabili della sanità presenti nei diversi partiti che si spendono, da par loro, in colte disquisizioni sullo stato del SSN, denunciando dai banchi del governo la mancanza di risorse, quasi sempre lascio ereditario delle precedenti gestioni, e da quelli delle opposizioni i limiti del nostro SSN e la necessità di una radicale riforma. Riforma di cui tuttavia non avvertivano pari urgenza quando erano al governo. Una partita di giro in cui a giocare sono costantemente i soliti noti in qualità di membri permanentemente in servizio nell'oligarchia, spesso trasversale, dei migliori.

Gli stessi migliori redigono poi i grandi programmi elettorali indispensabili per affrontare le numerose campagne elettorali. Lunghi elaborati quasi sempre privi di concrete indicazioni che interessano sempre meno, essendo ormai noto, per esperienza passata, che la prolissità di una proposta di riforma del sistema è direttamente proporzionale alla sua irrealizzabilità.

La discorsività come mezzo di promozione sociale

Abbiamo visto come la circolarità della produzione discorsiva sia un mezzo con il quale il moderno capitale realizza profitti. La produzione di discorsi è tuttavia anche altro; essa, per il ceto intellettuale e riflessivo, è in realtà lo spazio pubblico o meglio la nuova arena, in cui i vari soggetti si contendono il ruolo di stakeholder o intellettuali organici del campo sanitario. Una lotta per affermare il proprio ruolo non dissimile da quanto avviene nella competizione tra soggetti produttori di beni materiali. Notorietà, prestigio, CV, appartenenza a gruppi di interesse o vere e proprie lobby sono il mezzo per acquisire potere simbolico e rafforzare il proprio capitale sociale indispensabile per progredire nella carriera e nello spazio sociale. La strategia spesso è quella collaudata: agitare le acque di superficie con l'utilizzo dei soliti dati e scontate perorazioni ma evitare accuratamente di dire cosa si farebbe in termini operativi appena arrivati in quella, definita da Pietro Nenni, la stanza dei bottoni.

Le basi per una riforma della sanità

Per riformare la sanità non servono proclami o cavillose analisi di dettaglio. Tutto è stato scritto e tutto è ormai di pubblico dominio. I filosofi finora hanno interpretato il mondo ora devono cambiarlo, diceva qualcuno e il cambiamento in sanità non è la rivoluzione ma la definizione di cosa fare in termini semplici, efficaci e realizzabili.

Servono proposte incisive di poche righe e a tale proposito ringrazio per le sue Gianni Nigro recentemente intervenuto su QS.

Pochi esempi per chiarire meglio

Tutti dicono che bisogna incrementare le risorse per la sanità. Pochi tuttavia dicono dove reperirle, anzi non possono dirlo perché bisognerebbe mettere le mani in tasca non ai già tartassati pubblici dipendenti e pensionati ma agli evasori e ai 100 miliardi di tributi da loro evasi.

Maggiori risorse sarebbero indispensabili ma non sufficienti se non se ne affidasse la titolarità al ministero della salute, dicastero oggi di scarsissima utilità. Per questo basterebbe un articolo di legge di un rigo che sposti il capitolo delle risorse del SSN dal conto del MEF al quello della Salute. Facile da realizzare ma nessuno lo propone essendo tutti convinti, nella loro intimità, che in caso di necessità, come già varie volte avvenuto qualche taglio sul fondo sanitario per fare cassa può ancora uno strumento di cui non privarsi

Ancora, ci si illude che dando 100 euro o anche il doppio ai medici si possa risolvere i problemi di burnout, di disaffezione o fuga dal lavoro. Una mistificazione e una visione miope perché chi ha lavorato nelle aziende sanitarie e negli ospedali sa bene come sia l'autoritarismo aziendale e la perdita di un legittimo status il principale problema che priva di senso il lavoro dei professionisti sanitari

Anche per questo problema una risposta ci sarebbe. L'aziendalizzazione ha generato un mostro e va rimossa introducendo un consiglio di amministrazione plurale e ridando potere effettivo alle sigle sindacali rappresentative e ai consigli dei sanitari e dei cittadini. Un nuovo consociativismo? No il riconoscimento che i servizi pubblici sono beni pubblici di valore universale che richiedono una gestione partecipata e non solipsistica tra direttore generale e assessore alla sanità, come oggi avviene.

E ancora, non esiste integrazione tra ospedali pubblici, strutture private accreditate e medicina di base. Anche qui tutte le soluzioni proposte rimaste sulla carta. Forse qualcosa non ha funzionato. Forse si potrebbe partire dalla definizione di reti cliniche assistenziali collegando tra loro il livello di accesso (MMG / medici ambulatoriali/ infermieri e operatori del distretto) con il primo livello Spoke e in caso di necessità con il secondo livello Hub non facendo semplicemente leva sull'autodeterminazione degli erogatori ma implementando precisi protocolli clinico assistenziali condivisi da tutti gli attori. Prendere in carico il paziente e indirizzarlo nel luogo di cura appropriato senza più dovere ricorrere al consueto fai da tè

Conclusioni

La produzione di discorsi è ormai una componente ineliminabile del nostro modello economico. Nessuno si può chiamare fuori e questo scritto si aggiunge alla lunga teoria dei precedenti.

Importante però è, al di là delle dotte disquisizioni, avanzare proposte che vadano al nocciolo dei problemi e quindi oltre gli schemi. Questo significa rifiutare un argomentare, adesso di tipo consociativo, che non affonda mai il coltello per mantenersi nel politicamente corretto e mantenere immutato il gioco della intercambiabilità dei cosiddetti esperti. Una pratica discorsiva, per tornare al tema, che solidifica posizioni individuali offrendo sempre nuove opportunità di carriera ma non produce effetti di cambiamento sociale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116585

quotidianosanita.it

Implementazione della qualità, proprio quello di cui abbiamo bisogno

Nera Agabiti e Marina Davoli,

Dipartimento di Epidemiologia della Regione Lazio; Coordinamento Progetto EASY-NET

Antonio Giulio de Belvis

Comitato Direttivo ASQUAS; Gov Value Lab, Università Cattolica del Sacro Cuore

25 SET -

Gentile direttore,

facciamo riferimento ad alcune valutazioni nel recente articolo ("[I grandi discorsi...](#)") del dr. Roberto Polillo, a partire da un editoriale recentissimo su JAMA. In un momento assai delicato sui temi del ruolo dei singoli medici nella qualità dell'assistenza, riteniamo opportuno riflettere su alcuni punti riportati dall'Autore, che, se non correttamente interpretati, potrebbero ingenerare alcune considerazioni assolutamente fuorvianti per il nostro SSN.

Le considerazioni sull'isolamento organizzativo e psicologico del medico, schiacciato dalle procedure sulla qualità dell'assistenza, fino a ritenere che queste si siano rese responsabili in larga misura del burnout tra i medici. Non applicabili. In un Paese come il nostro lo sforzo delle agenzie tecniche del SSN e delle società scientifiche è servito esattamente al contrario: predisporre in maniera rigorosa "cassette degli attrezzi" per i team assistenziali, fatte di buone pratiche, linee guida, PDTA, metodologie di audit, per introdurre modelli gestionali aziendali e di rete attuabili, provare a vincere le resistenze al cambiamento, i vincoli burocratici, le inefficienze e quella medicina difensiva che sono il vero nemico di un'assistenza di qualità realmente "centrata sulla persona". Fornire ai professionisti sanitari uno strumento di advocacy nei confronti del management per far valere il peso delle qualità e dell'efficacia rispetto all'efficienza. È l'essenza della clinical governance, nata esattamente 25 anni fa in modelli di sistema sanitario simili al nostro, proprio per svincolare il singolo medico dalla discrezionalità e dall'isolamento nella garanzia di assistenza di qualità.

Sempre nell'ambito della qualità, l'attacco è contro quella "medicina di numeri, indicatori, variabili etc che paradossalmente, laddove misurata, ha generato poi l'esatto opposto di quanto si proponeva, ovvero sia uno scadimento della qualità delle cure e un incremento dei costi gestionali".

Esattamente vero il contrario, se lo si sgancia dall'obiettivo di accountability del sistema e del singolo professionista. Il nostro Paese, leader in questo in Europa, ha costruito negli anni – si pensi all'esperienza del Programma Nazionale Esiti di Agenas e del PREVALE nel Lazio – uno strumento formidabile di miglioramento della qualità e di responsabilizzazione delle singole aziende ospedaliere e territoriali sulle performance assistenziali. In piena epidemia Covid – era il marzo 2021 - con un atto di democrazia trasparente, i dati del PNE sono stati resi di libero accesso a tutti, cittadini, erogatori, professionisti.

Cosa che il Lazio, in verità, aveva già compiuto mesi prima, affiancando alla pubblicazione dei report sulle performance delle aziende percorsi integrati di audit, articolati in due fasi: la prima incentrata alla verifica della qualità dei dati utilizzati per il calcolo degli indicatori e la seconda volta ad effettuare un vero e proprio audit organizzativo, laddove non si riscontrino anomalie e incongruenze nella codifica dei dati. È opportuno ricordare che i dati utilizzati per costruire gli indicatori dei programmi di valutazione di esito non rappresentano un ulteriore carico di lavoro, ma derivano dai dati dei sistemi informativi sanitari prodotti a prescindere dall'esistenza dei sistemi di valutazione.

Come si sottolineava circa 30 anni fa nella famosa Bristol Review sulla cardiocirurgia pediatrica, la raccolta dati è comunque parte integrante dell'attività clinica ed è l'unico modo per uscire dalla autoreferenzialità che inevitabilmente premia chi ha più voce e lascia indietro chi lavora bene e produce buoni risultati. Questa sì che contribuisce a generare burn out nei professionisti!

I dati di variabilità nell'offerta e nella qualità dei servizi sanitari in Italia, noti da diversi anni sulla base di indicatori standardizzati costruiti su banche dati a livello nazionale e regionale come il PNE e PREVALE – variabilità tra aree geografiche e tra strutture erogatrici - sostengono l'ipotesi di una applicazione non ottimale delle raccomandazioni di best practice nella pratica clinica.

Documentano inoltre, in maniera trasparente una carenza di equità delle cure pur in presenza di un sistema sanitario universalistico.

Ma la sola diffusione delle Linee Guida, nate proprio per colmare il gap tra evidenze scientifiche e pratica clinica – che tanto pesa nell'agire quotidiano del medico, oltre che nel vissuto del paziente - non è sufficiente a produrre miglioramenti nella qualità dell'assistenza.

Dobbiamo aiutare i professionisti ad uscire da questo isolamento, mettendoli in grado concretamente di incorporare le evidenze scientifiche nella pratica clinica.

Anzi, essi potrebbero, promuovere la ricerca a partire dalle esperienze reali degli interventi sanitari che erogano e dei modelli organizzativi in cui sono inseriti quotidianamente.

E' l'obiettivo del progetto italiano di Ricerca Finalizzata EASY-NET - dedicato al tema dell'Audit & Feedback, strumento internazionalmente riconosciuto per sostenere il miglioramento continuo della qualità dei servizi sanitari e ridurre le disuguaglianze di salute e che ha coinvolto sette sistemi sanitari regionali italiani, recentemente conclusosi con risultati assai incoraggianti per la loro trasferibilità nel nostro sistema sanitario.

Cominciamo da questo!

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116862

quotidianosanita.it

Il mito della qualità e il reale cambiamento in sanità

Roberto Polillo

22 SET -

Gentile direttore,

gli scritti quando sono pubblici non appartengono più all'autore e ognuno può leggerci quello che vuole. Se non fosse così non sarebbe sorta l'ermeneutica che tanta importanza ha avuto nel pensiero filosofico contemporaneo di cui Gianni Vattimo, recentemente scomparso, ha avuto un ruolo seminale.

E' dunque legittimo che i [professori di ASIQUAs](#) considerino le mie parole una conversazione da bar e le interpretino come meglio credono.

Mi sembrava di avere introdotto un tema, quello dell'economia discorsiva, assente nel nostro dibattito, ma prendo atto di non essere riuscito nell'intento di sollevare interesse.

La cosa singolare è però che invece di contestare JAMA e gli autori dell'editoriale da me citato e il loro giudizio di come l'epidemia di mezzi di misura "delle qualità" abbia generato gran parte del burnout che affligge i medici americani e peggiorato paradossalmente la qualità, ASIQUAS si dilunghi su aspetti che nell'economia del discorso dovrebbero per loro essere secondari.

Una scusa evidente per non affrontare di peso il problema del reale utilità di una pletera di strumenti valutativi oggi universalmente adottati e spiegare, nel caso del nostro paese, il tema fondamentale del mio intervento e riguardante il perché dopo 30 anni di aziendalizzazione e di introduzione di metriche di misura di tutto ci siano 15 regioni sull'orlo del commissariamento per non essere riuscite a garantire minimo rispetto dei LEA e equilibrio finanziario.

Questo è il vero problema che i numerosi "esperti" qualificati con tanto di titoli altisonanti e CV di alto profilo non riescono ad affrontare.

Forse sarebbe stata meno conversazione da bar e più confronto scientifico portare evidenze in grado di smentire quanto sostenuto da JAMA che gli autori, non pare, abbiano letto con la dovuta attenzione.

Di questo mi dispiace perché avrei letto con molto interesse le loro controdeduzioni anche per cambiare idea se fossero state sufficientemente convincenti.

Ritornando al mio intervento, l'altro tema da me sollevato riguarda il perché nessuno, tranne alcuni tra cui Gianni Nigro che ASIQUAS sottopone ad accurata ermeneutica, riesca ad avanzare proposte semplici e realizzabili per rigenerare il nostro SSN.

Potrei ricordare quanto da me scritto in tante altre occasioni con altri colleghi non meno blasonati di quelli citati da Asiquas ma me ne astengo perché odio le autocitazioni. Chi è interessato infatti può trovarle in rete senza difficoltà senza che si facciano avanti i autori

Rimane ad ultimo il problema da me sollevato sul ruolo dei cosiddetti esperti di sanità, soggetti individuali o agenzie formalmente costituite, come possibili agenti di cambiamento.

Anche su questo aspetto non mi pare che ASIQUAS offra al dibattito ulteriori spunti di riflessione e quindi rimango della mia idea fine a prova contraria.

Nell'economia discorsiva gli elaborati rischiano di diventare beni di consumo che generano vantaggi ai produttori ma quasi nessuno ai fruitori dei servizi di cui trattano

Rimango infatti convinto di come anche nella divisione sociale del lavoro sanitario di tipo intellettuale valga la legge del vantaggio comparato di Ricardo.

Ci si specializza spesso in un settore disciplinare e in una specifica problematica (le agenzie di rating) per avere un vantaggio competitivo sugli altri esperti e crearsi un mercato come un qualunque altro soggetto economico.

Nulla di male in questo essendo noi in una società di mercato, ma per cambiare la sanità serve dell'altro.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116827

quotidianosanita.it

Non parliamo della qualità come fossimo al Bar

Comitato Direttivo Nazionale ASIQUAS

Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale



21 SET -

Gentile direttore,

leggere l'altro giorno su QS [l'intervento di Roberto Polillo sui grandi discorsi sulla sanità](#) diventati oggi beni di consumo che non producono cambiamenti ci ha fatto uno strano effetto. Il titolo spingeva alla lettura nella speranza di ricavarne indicazioni "concrete" sui discorsi (non importa se piccoli, medi o grandi) capaci di produrre cambiamenti.

Poi uno legge e si ritrova “fatti fuori” in un ordine più o meno casuale il dottor Google, la medicina amministrata, i corsi di management sanitario, la formazione e le iniziative congressuali sui temi della sanità pubblica, la ricerca e la pratica della qualità, la valutazione delle performance regionali in sanità, i discorsi sulla sanità dei politici e la discorsività inconcludente che fa curriculum.

Il tutto per dire che “Per riformare la sanità non servono proclami o cavillose analisi di dettaglio. Tutto è stato scritto e tutto è ormai di pubblico dominio. I filosofi finora hanno interpretato il mondo ora devono cambiarlo, diceva qualcuno e il cambiamento in sanità non è la rivoluzione ma la definizione di cosa fare in termini semplici, efficaci e realizzabili. Servono proposte incisive di poche righe e a tale proposito ringrazio per le sue Gianni Nigro recentemente intervenuto su QS”. Siamo andati a leggere l’intervento di [Gianni Nigro](#) cui immaginiamo si riferisca Polillo e non ci pare proprio che proponga soluzioni semplici, efficaci e realizzabili semplicemente perché queste soluzioni non ci sono.

Ne prendiamo una a caso dal pur interessante (ma certo non rivoluzionario) intervento di Nigro: il rapporto pubblico-privato che dovrebbe “vedere l’intervento privato integrativo a quello pubblico e sottoposto alla programmazione sanitaria eliminando ogni forma di competizione dettata dalla scusa accattivante di lasciare libero il cittadino di andare dove vuole (modello Lombardia e non solo). Competizione e concorrenza non si possono applicare alla natura del SSN e all’art. 32 della Costituzione.”

Non è che per risolvere le questioni di fondo del SSN basta la parola come nel [vecchio carosello](#). La gestione della committenza nei confronti del privato è tecnicamente complessa (per chi la conosce) e richiede strumenti che in larga misura già ci sono, ma non sono facili da usare, in un rapporto che poi prevede una lunga serie di sotto problemi a seconda della natura dell’attività contrattualizzata, la struttura dell’offerta pubblica nella specifica realtà in cui quel rapporto va gestito, ecc.

Ma lo stesso ci verrebbe da dire su tutti o quasi gli altri punti dell’intervento di Nigro come ad esempio l’eliminazione del tetto di spesa del personale, la revisione dell’aziendalizzazione, un nuovo rapporto con l’Università e la revisione della aziendalizzazione. Sono titoli non soluzioni.

Ma quello che qui ci interessava di più commentare è il passaggio sulla “qualità” in cui gli strali polemici finiscono sugli “implementatori di professione della qualità” esposti al pubblico ludibrio nel modo che segue: “All’insegna di non c’è cambiamento senza misura gli emuli di Donabedian hanno prodotto decine di minuziosi questionari sulla valutazione di ogni respiro prodotto/percepito nell’azienda. In nome della qualità sono sorte decine di agenzie con la definizione di propri rating valutativi che hanno a loro volta generato una nutrita stirpe di inflessibili misuratori del lavoro altrui”.

Non è certo questa la sede per ripercorrere la storia del movimento per la qualità nel mondo e in Italia, cogliamo solo l’occasione per ricordare che proprio in collaborazione con QS è appena uscito un e-book sull’“Ospedale flessibile: quale organizzazione e quali modelli per il futuro” di recente presentato dal [nostro Presidente Silvia Scelsi](#), sempre su QS.

Per non parlare della revisione del framework scientifico di ASQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell’Assistenza Sanitaria, editato, dopo 6 anni di ricerche e confronti, nel non lontano 2021 nel volume “Qualità nell’assistenza sanitaria e sociosanitaria”, COM SRL Editore, in cui viene ripresentato e aggiornato tutto lo strumentario della qualità, capofila Francesco Di Stanislao. Aggiornamento necessario per togliere, come nel gioco della torre, tutto quello che era ormai obsoleto e ridondante e aggiungere le novità sostenute da evidenze verificate.

Revisione, peraltro, a quaranta anni dalla costituzione nel 1984 di SIQUAS VRQ a Udine, grazie a Franco Perraro e ai tanti colleghi con lui impegnati a divulgare i primi rudimenti degli strumentari delle qualità in sanità, e nel 1987 alla nascita, sempre in Italia, sempre a Udine, capitale internazionale della qualità, della ISQUA, International Society for Quality in Health Care. In tutti gli approcci scientifici ci possono essere degli eccessi e delle ridondanze, che anche noi denunciavamo, ma da questo a buttare “... il bambino con l’acqua sporca” ne corre ...

Tanti strumentari e metriche usati nel nostro Paese sono frutti del nostro lavoro di ricerca e divulgazione spesso anticipando e orientando successivi atti delle istituzioni ...

La lettura di quanto sopra dovrebbe assicurare Polillo che gli emuli italiani di Donabedian (cui siamo orgogliosi di appartenere) hanno altro da fare che dare il tormento a chi lavora.

A proposito dei discorsi sulla sanità due considerazioni finali. La prima riguarda il fatto che storicamente la sanità si presta bene letteralmente a dei discorsi del tubo. Già negli anni ’80 circolava un gioco (il [Tubolaro](#)) che utilizzava l’idea di un Generatore automatico di piani sanitari frutto della genialità del Professor Marco Marchi dell’Istituto di Biostatistica ed Epidemiologia dell’Università di Pisa e del Prof. Piero Morosini, Direttore di Laboratorio dell’Istituto Superiore di Sanità, grazie alla notizia della loro “invenzione” si guadagnarono la prima pagina del “Corriere della Sera”. La seconda considerazione è che dobbiamo evitare di trasformare queste pagine che ci ospitano offrendoci una formidabile occasione di confronto in una specie (rubiamo [l’immagine a Bersani](#)) di “Bar Italia” in cui si può dire di tutto. Magari la gente si appassiona, ma non è certo questo quel che serve ...

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116785

È giusto analizzare gli effetti di una deriva tecnico-burocratica

Pietro Cavalli, medico

25 SET -

Gentile direttore,

brutta riposta, quella di [ASIQUAS](#) a Paolillo. Lo sostiene uno degli "utilizzatori finali", uno che, nella sua attività ospedaliera, si è sempre preoccupato di seguire infinite procedure, spesso utili per migliorare la qualità del lavoro, talvolta poco comprensibili, sempre eccessive e delle cui conseguenze sarebbe opportuno finalmente discutere. In caso contrario si potrebbe avanzare l'ipotesi che esse siano forse più utili a chi le produce rispetto alla valutazione della loro efficacia su di un miglioramento dell'attività sanitaria che, allo stato attuale e nella percezione comune, non sembra un obiettivo raggiunto.

Non intendo certo difendere Paolillo, credo sappia difendersi da solo e però vale la pena di sottolineare che è sempre legittimo il dubbio e sempre utile il confronto, altrimenti ci troveremmo di fronte alla Verità rivelata, cosa che già Copernico, in tempi meno rilassati, aveva messo in discussione.

Non pare quindi un buon metodo utilizzare affermazioni categoriche, evitare la discussione e tentare di mettere in ridicolo le opinioni altrui. Anche perché in parecchi ormai concordano sulla necessità di analizzare gli effetti di una deriva tecnico-burocratica, tema sollevato da un recente articolo di Jama che propone non tanto l'abolizione del "sistema qualità" quanto un limite alla quantità degli indicatori e dei processi, un invito alla loro continua revisione e miglioramento ma soprattutto una maggiore valorizzazione dell'esperienza clinica.

Oltre a questo, per chi ha vissuto gli ultimi decenni in realtà ospedaliere, una delle massime frustrazioni è stato l'approccio top-down delle politiche relative alla qualità, una condizione nella quale abbiamo visto di tutto: dalle "lezioni magistrali" tenute da validissimi esperti di "sistema qualità" impiegati presso il Porto Container di La Spezia a quelle relative al modello Toyota, da Direttori Generali il cui unico scopo era l'obbedienza verso i loro benefattori a circolari che imponevano un cambiamento di paradigma nelle modalità assistenziali. Il tutto in relazione all'impiego di nuovi ed innumerevoli indicatori di qualità.

Ce l'abbiamo messa tutto, l'assicuro, eppure il risultato è sotto gli occhi di tutti: personale sanitario sempre più frustrato e sempre più lontano dalla sanità pubblica.

Certo sarebbe sbagliato attribuire tutte le responsabilità a chi si preoccupa di proporre dall'alto una serie di interventi pensati nelle segrete stanze e trasferiti secondo modalità essenzialmente burocratiche, senza coinvolgimento del personale e purtroppo vissuti come imposizioni autoreferenziali.

Soprattutto senza alcuna possibilità di valutazione degli esiti nella pratica clinica ed assistenziale.

Da medici siamo abituati a valutare il nostro operato in base ai risultati, clinici ed organizzativi, in modo da poter prestare un servizio il più possibile soddisfacente, prima di tutti per i pazienti e poi per l'organizzazione del lavoro. Gli esiti dell'attività clinica, assistenziale, organizzativa sono, almeno in parte, disponibili e pubblici (es PNE).

Certamente per nostra carenza, non conosciamo invece un sistema di valutazione degli interventi relativi agli effetti del/i sistema/i per il Controllo della Qualità e quindi, ma è una nostra colpa, potremmo anche ritenere di trovarci davanti ad una politica calata dall'alto (top-down) senza alcun controllo della sua efficacia.

Ci sono molti motivi per i quali la sanità pubblica sta andando a catafascio e ciascuno di noi dovrebbe preoccuparsi, fermarsi un momento a riflettere ed eventualmente individuare le proprie responsabilità.

Certamente l'analisi è complessa e non può trascurare il progressivo de-finanziamento della Sanità Pubblica, oltre che il dilettantismo, talvolta la malafede di qualche gestione regionale e la contestuale incompetenza della Politica e delle sue scelte.

Tuttavia, tra le mille cause e concause della attuale situazione, è forse possibile ritagliare una minima responsabilità ad un sistema qualità che, ribadisce Jama, potrebbe aver contribuito non poco al burn-out degli operatori.

Varrebbe anche la pena di verificare se l'imposizione di modelli relativi alla "qualità" ha effettivamente portato ad un miglioramento della qualità stessa.

Per l'utenza il miglioramento, se mai c'è stato, non sembra pervenuto. Per gli operatori, neppure. Se gli esiti sono quelli che oggi ci troviamo ad affrontare, qualche domanda pare del tutto legittima.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116863

La qualità dell'assistenza, un processo che nasce e cresce dal basso

di Roberto Polillo

26 SET -

Gentile direttore,

la posizione del dott [Cavalli](#), impegnato sul fronte dell'assistenza dura e cruda e quella dei dottori [Agabiti et al](#), su quello del management e della valutazione della qualità del lavoro altrui, sono la testimonianza evidente di come i produttori di prestazioni a cui appartiene il primo non si riconoscono nei modelli di governance a cui fanno riferimento i secondi.

Modelli di governance introdotti 25 anni fa quando alla eccessiva burocratizzazione della PA si rispose introducendo il modello gestionale di tipo privatistico con la narrazione che in tal modo si sarebbero coniugate qualità del servizio e efficiente allocazione delle risorse.

Una illusione miseramente naufragata se si tiene conto oggi degli esiti drammatici generati dal processo di aziendalizzazione della sanità nel nostro paese

L' alienazione del personale sanitario

La realtà che il dott. Agabiti e colleghi non vedono è che quei modelli gestionali sono in larga misura responsabile della condizione di "alienazione" a cui fa riferimento il dottor Cavalli. Una condizione che Marx descrive nei termini di separazione del produttore dal prodotto del suo lavoro cosicché la merce si presenta come una realtà estranea, indipendente e dotata di vita propria.

Esattamente quello che oggi sperimentano i medici nei confronti di un lavoro parcellizzato divenuto a loro alieno e trasformato in valore di scambio per il raggiungimento di performance aziendali meramente quantitative, anonime e spesso inappropriate

Questo è quanto succede quando l'organizzazione del lavoro viene calata dall'alto senza il coinvolgimento dei produttori e quando i sistemi di valutazione della performance e della qualità (nella vulgata interdipendenti tra loro) sono l'applicazione di modelli ingegnerizzati da società di consulenza esterna e imposti in modo coercitivo sui professionisti che operano sul campo

Si perde così qualsiasi coinvolgimento di quegli attori da cui dipenda il miglioramento reale della qualità che, insisto, risiede nella capacità del singolo professionista di connettersi a rete e spesso in modo informale con gli altri professionisti ponendosi come proprio obiettivo il miglioramento del proprio lavoro molecolare realizzando connettività e contaminazione di esperienze

La professione nella vita reale

Negli ultimi 15 anni della mia vita professionale ho cercato in ogni modo di allineare la mia attività a standard di qualità quanto più elevati possibili nel disinteresse della azienda da cui dipendevo.

Con altri colleghi del laboratorio per 10 anni abbiamo promosso complessi eventi formativi sulla diagnostica allergologica clinico- laboratoristica senza sponsorizzazioni e a iscrizione gratuita per centinaia di medici e tecnici della regione. Ci siamo inseriti nei network italiani di ricerca epidemiologica partecipando a numerose survey e pubblicando quando potevamo le nostre esperienze su casi clinici di particolare interesse. Obiettivo principale coniugare rispetto per la persona, accuratezza diagnostica e appropriatezza prescrittiva.

Nessun supporto ci è stato fornito dal management aziendale e quando abbiamo terminato i reattivi indispensabili per la diagnostica dell'allergia da penicillina l'azienda non ha comprato il test diagnostico in attesa che fossero approvate le nuove procedura di gara anche se era presente sul mercato un unico produttore da cui ci si poteva rifornire solo attraverso trattativa privata.

Conseguentemente negli ultimi otto mesi di permanenza in servizio quella linea produttiva, da me direttamente gestita, è stata interrotta e decine di pazienti non hanno potuto terminare il percorso diagnostico nonostante la retorica aziendale sulla centralità del paziente

Il livello regionale

Non diversa la sensibilità a livello regionale. Per due anni nella sede della regione Lazio si è riunita una commissione composta da dieci membri, tra cui due dirigenti della regione, che ha elaborato una proposta di rete allergologica organizzata su tre livelli di complessità: dal primo livello della presa in carico al terzo livello a valenza regionale. La proposta già pronta in formato editabile per il gazzettino regionale non è mai stata trasformata in delibera e la regione, nonostante fosse uscita dal commissariamento, non ha dato alcun seguito al lavoro fatto.

Nel frattempo le principali strutture di allergologia della regione venivano chiuse o ridimensionate e i bisogni dei pazienti trovavano soddisfazione solo ricorrendo al privato. Anche qui nonostante la retorica di rito sui grandi successi ottenuti per migliorare la qualità del servizio attraverso il coinvolgimento di operatori e pazienti, nulla è stato fatto e nessuna risposta è stata data alle nostre sollecitazioni.

Formalismo burocratico e management

In termini più generali e adottando il punto di vista dei neo-istituzionalisti i modelli di efficientamento delle aziende sanitarie con l'adozione del linguaggio e delle logiche utilizzate dal privato datore di lavoro sono "miti razionali" indispensabili per ottenere legittimazione da un campo istituzionale fortemente orientato alla valorizzazione del privato, ma inutilizzati nella conduzione ordinaria.

Dove invece continua a imperare un sistema di regole parallelo basato nel nostro paese, ad altissimo tasso di familismo amorale, non su criteri di razionalità ma sulla fedeltà nei confronti degli stakeholder di turno politici o manager che siano.

Si tratta in altri termini di un isomorfismo mimetico che dissimula valori, credenze e procedure scritte solo sulla carta e totalmente ignorate nella conduzione ordinaria dell'azienda che segue invece le vie del consueto consociativismo. Nulla fugge a questa gabbia d'acciaio e la retorica sulla qualità aziendale ne segue pedissequamente le orme.

La mancanza di democrazia nei luoghi di lavoro

Nella realtà effettiva nessun sistema di implementazione della qualità viene mai discusso con i professionisti, i quali subiscono queste procedure bislacche in USA come nel nostro paese.

A questo si aggiunge poi che alcune società che si dedicano a tale settore con grande spirito missionario commercializzano corsi di management e qualità non rifuggendo da comportamenti singolari. Qualcuna di esse, infatti, sta sul mercato anche ricevendo sovvenzioni dalle aziende sanitarie, tramite l'iscrizione del personale dipendente con costi a carico dell'azienda medesima, e ne recluta poi il relativo top management nel proprio corpo docente.

Una pratica, questa sì, che ci rende totalmente diversi dagli USA dove ciò sarebbe impossibile per evidenti motivi di inopportunità.

È questa la vera e sola differenza con quel paese se ne facciano una ragione i dottori Agabiti e colleghi che ancora una volta non sono in grado di confutare con evidenze scientifiche quanto sostenuto da JAMA sugli effetti paradossali prodotti dai progetti di qualità. E anche loro infatti si rifugiano in affermazioni meno rudi nei toni ma identiche nei contenuti per quanto riguarda l'inconsistenza scientifica

Declinare la qualità in modo partecipato

Implementare la qualità è un obiettivo che ogni professionista deve perseguire. Lavorare secondo procedure concordate tra pari e con l'aiuto di metodologi è un arricchimento professionale che migliora gli esiti del nostro lavoro.

La metodologia tuttavia deve essere al servizio dei suoi utilizzatori e non diventare un corpo disciplinare a servizio di una classe di sacerdoti che nulla sanno del lavoro reale e che non si interessano minimamente delle ricadute fortemente negative che tali procedure possono avere sul lavoro quotidiano

Negli USA il 15% del tempo viene impiegato per soddisfare pratiche burocratico amministrativo che nulla hanno a che fare con le attività cliniche e questo si sta verificando anche da noi perché, non diversamente, i direttori di struttura e i capi dipartimento sono già oberati da una medicina di carta fatta di numeri, statistiche e schede valutative con cui si vuole/deve giudicare una realtà assistenziale e professionale da cui si diventa sempre più estranei.

Ricomporre i diversi saperi

Il lavoro medico rimane un lavoro artigianale che ha senso solo se il produttore non viene separato dal prodotto del suo lavoro. E il lavoro risente dal contesto ecologico in cui si svolge e del grado di connettività che lo caratterizza. La qualità è favorire la creazione di reti professionali che operano per massimizzare i risultati clinici mantenendo i professionisti fedeli ai principi di rispetto e dedizione verso il paziente.

Il resto sono pratiche discorsive che autopromuovono i tecnocrati che pretendono di misurare ciò che non praticano e in fondo non conoscono.

Anche per loro rischia dunque di valere l'aforisma che si applica spesso agli economisti quando vengono definiti "coloro che conoscono il prezzo di tutto e il valore di niente".

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116939

Scenari della sanità



Il diritto alla salute. Sopra tutto.

Francesco Pallante. Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Torino

Sino a che punto il settore privato può spingersi nella soddisfazione del proprio interesse a fronte del contrapposto interesse alla tutela della salute della collettività e dei singoli che la compongono? Uno dei due interessi prevale – deve prevalere – sull'altro, ed è quello alla tutela della salute.

Il processo di privatizzazione in atto del Sistema sanitario nazionale (Ssn) – un processo strisciante, ma non per questo meno incisivo – pone una questione per il costituzionalista difficile da eludere: nel bilanciamento tra il diritto costituzionale alla salute (art. 32 Cost.) e la libertà d'iniziativa economica privata (art. 41 Cost.) qual è il valore costituzionale destinato a prevalere? Com'è agevole intuire, il punto critico è il seguente: posto che il privato che opera in ambito sanitario è, pur sempre, un attore economico interessato, come tutti gli operatori economici, alla massimizzazione del proprio profitto, sino a che punto egli può spingersi nella soddisfazione del proprio interesse a fronte del contrapposto interesse alla tutela della salute della collettività e dei singoli che la compongono? Naturalmente, risposte concrete alla suddetta domanda possono essere elaborate solamente esaminando specifiche situazioni concrete. Qui la questione è posta in termini generali: i due interessi devono trovare soddisfazione – e quindi, corrispettivamente, sacrificio – in modo almeno tendenzialmente paritario o ve n'è uno a cui, per vincolo costituzionale, deve essere data prevalenza? La risposta, come ora si argomenterà, va nella seconda direzione: uno dei due interessi prevale – deve prevalere – sull'altro, ed è quello alla tutela della salute.

A motivazione di tale risposta, si può partire da una notazione di carattere testuale: il diritto alla salute è l'unico diritto che la Costituzione definisce espressamente «fondamentale».

Come si legge all'articolo 32, comma 1, della Costituzione: «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

La dottrina giuridica tende a spiegare questa peculiarità del diritto alla salute con il suo essere il presupposto logico di tutti gli altri diritti costituzionali: «fondamentale» va, dunque, inteso in senso anzitutto letterale, come «posto a fondamento».

La salute, in questa prospettiva, è un bene che viene considerato complementare alla vita stessa: la vita si prolunga nella salute e la salute sostiene la vita. E la vita – che non a caso nella Costituzione è protetta anche dal divieto di pena di morte (art. 27, co. 4, Cost.) e dal divieto di tortura (art. 13, co. 4, Cost.) – è la base su cui, inevitabilmente, poggiano tutti

gli altri diritti: se, e solo se, c'è vita, allora possono poi esserci – nel senso che possono essere effettivamente goduti – tutti gli altri diritti costituzionali.

Diversamente dal diritto alla salute, la libertà d'iniziativa economica privata non solo è invece priva di qualificazione rafforzata da parte della Carta fondamentale, ma è, al contrario, proclamata in forma già limitata nella sua stessa formulazione costituzionale.

Dopo aver infatti affermato al comma 1 dell'articolo 41 che «l'iniziativa economica privata è libera», i due commi seguenti del medesimo articolo individuano una serie di limitazioni e condizionamenti espliciti al suo esercizio, sancendo che essa «non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale o in modo da recare danno alla salute, all'ambiente, alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana» (comma 2) e affidando alla legge il compito di «determina[re] i programmi e i controlli opportuni perché l'attività economica pubblica e privata possa essere indirizzata e coordinata a fini sociali e ambientali» (comma 3).

Quel che, dunque, emerge dal complessivo dettato costituzionale sull'iniziativa economica privata è che essa è, sì, libera, ma solamente nel suo momento iniziale.

Vale a dire, che l'imprenditore è libero di decidere se avviare o meno la propria attività, ma, una volta compiuta la scelta iniziale, il campo d'azione della sua attività subito si restringe, in virtù dell'operare di vincoli che lo condizionano tanto nella fisiologia, quanto nella patologia delle sue scelte imprenditoriali.

Quanto ai primi – vincoli fisiologici – egli è tenuto a sottostare ai programmi e ai controlli stabiliti dalla legge affinché la sua attività d'impresa sia coordinata con le altre attività d'impresa private e pubbliche, di modo che siano tutte indirizzate al perseguimento di fini aventi carattere sociale e ambientale: dunque, l'obiettivo del conseguimento del massimo profitto teoricamente possibile è in radice escluso dallo stesso dettato costituzionale.

Quanto ai secondi – vincoli patologici – l'imprenditore vede circoscritto il proprio raggio d'azione in modo che gli siano inibite tutte le scelte e i comportamenti che potrebbero recare danno a valori costituzionalmente prevalenti, quali – testualmente – l'utilità sociale, la sicurezza, la libertà, la dignità umana e, a partire dalla riforma costituzionale entrata in vigore nel 2022, l'ambiente e la salute (concetti tra loro indissolubilmente legati, data l'influenza decisiva del primo sulla seconda).

La conclusione è evidente: diritto alla salute e libertà d'iniziativa economica privata non sono valori costituzionalmente collocati sullo stesso piano. Il primo prevale sul secondo perché è espressamente configurato come «fondamentale», ma non solo; bensì anche perché è posto dalla Costituzione stessa quale limite esplicito al secondo.

È la Costituzione per prima, in altre parole, a operare tra diritto alla salute e iniziativa economica privata un bilanciamento ineguale, assicurando all'articolo 32 prevalenza sull'articolo 41. L'uno è un diritto pieno e, anzi, rafforzato; l'altra è una libertà depotenziata e, anzi, circoscritta proprio dal diritto rafforzato. Ne deriva che vanno considerati errati non soltanto i bilanciamenti sfavorevoli al diritto alla salute (come in molti casi avviene oggi), ma anche quelli che equiparano i due “beni” costituzionali in questione, imponendo sacrifici paritari all'uno e all'altro.

Essendo proclamata in maniera già in partenza depotenziata, la libertà d'iniziativa economica privata dev'essere (parzialmente) soccombente rispetto al diritto alla salute, che è invece proclamata in forma piena e, addirittura, rafforzata.

D'altro canto, se così non fosse, perderebbe di significato l'intera decennale riflessione giuridica, di fonte dottrina e giurisprudenziale, sul significato costituzionale del diritto alla salute. Merita, a completamento di queste note, ricordarla, non foss'altro perché possa fungere da bussola per orientarsi nelle sfide poderose che il definanziamento del Servizio sanitario nazionale e il corrispondente arretrante appetito del settore privato già stanno lanciando, e sempre più lanceranno, al diritto alla salute.

Si possono condensare gli esiti di tale riflessione in quattro caratteristiche considerate costitutive del contenuto essenziale del diritto alla salute: oltre alla fundamentalità, il non essere finanziariamente condizionato, l'essere di titolarità dell'essere umano in quanto tale, il dover essere assicurato in modo uguale su tutto il territorio nazionale.

Iniziando dalla prima caratteristica – la fundamentalità – si può aggiungere a quanto già detto la specificazione compiuta dalla giurisprudenza costituzionale in numerose sentenze adottate a partire dalla seconda metà degli anni Settanta, da cui si possono ricavare i profili giuridici essenziali del diritto stesso, vale a dire: la sua inalienabilità, per cui non può essere oggetto di negozi economici; la sua intrasmissibilità, per cui non può essere ceduto, a qualsiasi titolo, ad altri; la sua indisponibilità, per cui non può essere oggetto di azioni giuridiche di qualsiasi genere, non solo a carattere economico; e, infine, la sua irrinunciabilità, per cui non può essere oggetto di rinuncia (ma attenzione a non confondere tale caratteristica con il diritto a rinunciare alle cure, che è parte costitutiva del diritto alla salute: sicché – si perdoni il gioco di parole – tra i profili irrinunciabili del diritto alla salute vi è quello di rinunciare alle cure).

La seconda caratteristica è quella forse più urgentemente attuale e riguarda la doverosità dell'attuazione – e, quindi, del finanziamento – del diritto alla salute, quantomeno nel suo contenuto essenziale.

È un risultato a cui la Corte costituzionale è approdata dopo alcune oscillazioni, che, specie negli anni Novanta del Novecento, hanno non di poco indebolito la tutela della salute.

Riferimento imprescindibile, su questo tema, è oggi la sentenza n. 275 del 2016: una sentenza, dunque, successiva all’inserimento dell’equilibrio di bilancio nella Costituzione, che risale al 2012. Il caso riguardava il trasporto scolastico di un ragazzo disabile, lasciato a casa perché la provincia di residenza aveva terminato i fondi con cui finanziava il pulmino adibito al trasporto, in tal modo violando, nello stesso tempo, sia il diritto all’istruzione, sia il diritto alla salute del ragazzo; ritrovatasi a dover decidere il caso, la Corte costituzionale risolve il giudizio a favore del ragazzo sancendo, con parole suscettibili di assumere valenza generale per tutti i diritti costituzionali, che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Detto altrimenti: la variabile indipendente, nel rapporto tra bilancio e diritti, sono i diritti; è il bilancio che deve adeguarsi. L’ipotesi contraria sarebbe insostenibile: significherebbe far prevalere una legge ordinaria – la legge di bilancio – sulla Costituzione – le disposizioni che proclamano i diritti – in un’inversione della gerarchia delle fonti incompatibile con l’idea stessa di Costituzione. Sentenze successive sono intervenute a rafforzare questa conclusione, colpendo leggi di bilancio regionali lesive, per insufficiente finanziamento, del diritto alla salute.

La sfida è ora innalzare il livello dell’intervento della Corte, investendo il bilancio dello Stato: com’è agevole intuire, le resistenze sono, tuttavia, fortissime, sicché quella del finanziamento continua a rimanere la questione politicamente a tutt’oggi più delicata e discussa.

La terza caratteristica riconduce il discorso al testo dell’art. 32, co. 1, Cost., in cui ricorre un secondo dato lessicale, di notevole rilievo, su cui è bene soffermarsi. Si tratta del riconoscimento del diritto alla salute come diritto spettante all’«individuo», anziché – come avviene per altri diritti – al «cittadino».

Dunque, non soltanto quello alla salute non è un diritto che spetta, com’era un tempo, solo ai lavoratori, ma nemmeno si tratta di un diritto che spetta solo ai cittadini.

Anche su questo punto è intervenuta la Corte costituzionale, per dire che, almeno con riguardo al suo “nucleo essenziale”, il diritto spetta anche agli stranieri, a qualsiasi titolo siano presenti sul territorio nazionale: vale a dire, anche se sono entrati in Italia irregolarmente. Significa, insomma, che il diritto alla salute spetta a qualsiasi essere umano sia, nei fatti, sottoposto alla sovranità dello Stato italiano.

Dalla combinazione dei due dati testuali ora richiamati – diritto fondamentale e diritto che spetta a ogni essere umano – la dottrina ha, infine, ricavato il quarto tratto giuridico essenziale del diritto alla salute: il fatto, cioè, che esso debba essere assicurato, almeno nei suoi livelli essenziali, in modo uguale e uniforme su tutto il territorio nazionale.

È una interpretazione, questa, che nasce in dottrina e che poi è stata fatta propria dalla stessa Corte costituzionale, la quale ha infine affermato che la tutela della salute «non può non darsi in condizioni di fondamentale uguaglianza su tutto il territorio» nazionale (sentenza n. 282 del 2002).

Il punto merita attenzione non solo per le differenze nei livelli di tutela che attualmente il Ssn incostituzionalmente fornisce ai cittadini a seconda delle zone del Paese in cui vivono, ma anche – e forse soprattutto – per i progetti di autonomia regionale differenziata, perseguiti dal Veneto, dalla Lombardia e dall’Emilia-Romagna.

È di qui che viene l’altra grande sfida che oggi minaccia la tenuta della tutela della salute nel nostro Paese: dal disegno di dare soddisfazione a un egoismo regionale suscettibile di assestare il colpo definitivo alla «nazionalità», e quindi all’uniformità, del Servizio sanitario italiano.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/09/il-diritto-alla-salute-sopra-tutto/>

THE LANCET
Planetary Health

L’ONU indaga sull’impatto dei trattati d’investimento sui diritti umani

Isabella Kaminski

Pubblicato: 25 settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00214-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00214-0)

Il relatore speciale delle Nazioni Unite sui diritti umani e l’ambiente sta esplorando se i meccanismi internazionali delle controversie compromettono l’azione sul cambiamento climatico e sullo sviluppo e come ciò possa cambiare

Dagli anni Cinquanta sono stati negoziati migliaia di accordi di investimento tra coppie o gruppi di Stati. Lo scopo dichiarato di questi trattati è solitamente quello di aumentare il flusso in entrata di denaro straniero promettendo che le aziende saranno trattate equamente e garantendo la sicurezza dei loro investimenti finanziari.

La maggior parte dei trattati include una qualche forma di meccanismo di risoluzione delle controversie tra investitori e stato (ISDS) per farli rispettare, che consente alle aziende di citare in giudizio i paesi stranieri in cui hanno una partecipazione per aver fatto cose che riducono il valore dei loro investimenti. Ciò potrebbe includere la violazione di un contratto, il sequestro o la nazionalizzazione degli investimenti o la modifica di tasse, sussidi o regolamenti.

L'ISDS si svolge attraverso un tribunale, piuttosto che un tribunale, ma esistono regole che ne regolano il funzionamento. Gli arbitri sono nominati da entrambe le parti e il tribunale ha il potere di ordinare agli Stati di pagare un risarcimento se conclude che hanno violato i termini del trattato.

Nonostante la loro prevalenza, questi meccanismi sono stati a lungo criticati perché ostacolano la capacità dei governi di stabilire regole a vantaggio del pubblico più ampio.

Il loro potenziale impatto sul cambiamento climatico è particolarmente preoccupante. L'accordo di più alto profilo interessato da questo problema è il Trattato sulla Carta dell'Energia, un accordo inizialmente stipulato dopo la Guerra Fredda tra gli stati occidentali e quelli post-sovietici per cercare di integrare i rispettivi settori energetici.

Ora, con oltre 50 membri in tutto il mondo, il trattato è stato sempre più utilizzato dalle aziende produttrici di combustibili fossili e da altri per cercare di recuperare le perdite finanziarie subite a causa delle misure statali. L'anno scorso, ad esempio, il governo italiano è stato [condannato a pagare 191 milioni di euro](#), più gli interessi, alla compagnia petrolifera britannica Rockhopper come risarcimento per il divieto di trivellazione petrolifera offshore.

In un caso più complesso, le società energetiche RWE e Uniper, che gestiscono centrali a carbone nei Paesi Bassi, hanno tentato di contestare il divieto del governo olandese sulla produzione di energia elettrica a carbone entro il 2030. Tuttavia, sono stati contrastati dai tribunali nazionali dei Paesi [Bassi](#) e [Germania](#).

Il Trattato sulla Carta dell'Energia non è l'unico accordo su questo problema. Nel 2016, la compagnia energetica TransCanada [ha citato in giudizio il governo degli Stati Uniti](#) ai sensi dell'Accordo di libero scambio nordamericano (NAFTA) per la decisione dell'allora presidente Barack Obama di cancellare il gasdotto per le sabbie bituminose [Keystone XL](#) sulla base del fatto che era incompatibile con l'azione per il clima. La società (ora nota come TC Energy) chiede 15 miliardi di dollari come risarcimento per i costi irrecuperabili e la perdita di profitti nel progetto, nel quale avrebbe svolto un ruolo importante.

L'Agenzia internazionale per l'energia ha [avvertito](#) che non potranno essere effettuati nuovi investimenti nel carbone, nel petrolio o nel gas se si vuole avere la possibilità di limitare il riscaldamento globale a 1,5°C. Sebbene la mancanza di [trasparenza](#) sull'ISDS renda difficile analizzarne adeguatamente gli impatti, un briefing politico pubblicato su [Science](#) nel 2021 ha rilevato che circa un quinto (231) delle richieste totali fino ad oggi si riferivano all'industria dei combustibili fossili – principalmente petrolio e gas – e gli investitori erano successo nel 72% dei casi completati.

Un recente [rapporto](#) del Programma ambientale delle Nazioni Unite e del Sabin Center for Climate Change Law della Columbia University ha identificato almeno 14 casi ISDS relativi al clima depositati tra il 2010 e il 2022, concludendo che il diritto internazionale sugli investimenti sta guadagnando crescente attenzione come forum per le controversie sui cambiamenti [climatici](#).

Il risultato di questi tribunali può essere [paralizzante](#) per gli stati e potrebbe avere un effetto dissuasivo sulla [legislazione e sulla regolamentazione futura](#). Nel 2017, la compagnia petrolifera canadese Vermillion [ha minacciato](#) il governo francese di avviare una causa ISDS per il suo piano di eliminazione graduale dei combustibili fossili, dopo di che la legge è stata successivamente indebolita. E l'anno scorso è stato [riferito](#) che Danimarca e Nuova Zelanda avevano elaborato piani per eliminare gradualmente petrolio e gas in base ai trattati di investimento.

"Un investitore avvierà una causa arbitrale se ritiene che ci siano prospettive di vittoria", afferma Lukas Schaugg, analista di diritto internazionale presso l'Istituto internazionale per lo sviluppo sostenibile. Ma lo farà anche se pensa di poter esercitare pressioni sullo Stato "per spingerlo ad adottare una posizione più liberale nei confronti degli investimenti o a non adottare determinate leggi o regolamenti che intendeva adottare".

Schaugg aggiunge che la mancanza di opacità dei processi e delle decisioni dei tribunali, così come la vaghezza dei principi scritti in molti trattati, possono rendere difficile per gli stati anticipare come verranno gestite le loro azioni. "In realtà c'è poca certezza giuridica. E come potete immaginare, nel contesto del cambiamento climatico e della politica climatica, gli stati dovranno muoversi rapidamente, con quantità senza precedenti di investimenti pubblici".

Un [rapporto del 2022](#) del Gruppo intergovernativo sui cambiamenti climatici afferma che i trattati commerciali e di investimento potrebbero limitare la capacità dei paesi di ridurre le proprie emissioni.

Il briefing sulla politica scientifica del 2021 descrive la minaccia delle rivendicazioni ISDS come una "grande preoccupazione" per i paesi a basso e medio reddito, in particolare quelli vulnerabili ai gravi impatti dei cambiamenti climatici e che lottano per sfuggire al debito. Le azioni legali degli investitori nel settore del petrolio e del gas potrebbero

costare più di 340 miliardi di dollari – una cifra che supera gli attuali finanziamenti pubblici globali per il clima – e minacciare la transizione globale all'energia verde e gli sforzi per adattarsi ai cambiamenti climatici.

Anche il pubblico è preoccupato. [Cinque persone](#) provenienti da Francia, Cipro, Belgio, Germania e Svizzera stanno intentando un'azione contro 12 stati presso la Corte europea dei diritti dell'uomo, sostenendo che l'adesione e l'utilizzo del Trattato sulla Carta dell'Energia impedisce ai loro governi di adottare misure immediate per affrontare il cambiamento climatico e quindi rende difficile impossibile raggiungere gli obiettivi dell'Accordo di Parigi.

Questo non è solo un problema climatico; Gli investitori stranieri hanno utilizzato i trattati di investimento per avanzare rivendicazioni contro le politiche che proteggono l'ambiente in generale, la salute pubblica o i diritti umani.

[Glencore](#) ha intentato una causa ISDS per un importo non reso noto contro la Columbia a seguito di una [sentenza della Corte Costituzionale](#) che mirava a proteggere le comunità locali e il loro ambiente dall'espansione di Cerrejón, la più grande miniera di carbone a cielo aperto dell'America Latina. La compagnia mineraria aveva precedentemente vinto una richiesta separata di 19 milioni di dollari contro la Colombia.

[Una ricerca](#) della Conferenza delle Nazioni Unite sul commercio e lo sviluppo ha identificato almeno 33 casi noti di ISDS relativi alla salute pubblica a luglio 2021. Un esempio notevole, afferma Martin Dietrich Brauch, ricercatore capo presso il Columbia Center on Sustainable Investment, è l'uso dell'ISDS dalle aziende produttrici di tabacco come una minaccia ai requisiti di imballaggio semplice, che si sono rivelati efficaci nel ridurre i tassi di fumo.

Esistono "ampie prove" dei costi sproporzionati dei trattati di investimento e dell'ISDS, afferma Brauch. "I premi ISDS gravano maggiormente sulle tesorerie pubbliche più piccole e già gravate dei paesi più vulnerabili poiché distolgono le scarse risorse pubbliche dal raggiungimento delle loro priorità di sviluppo, tra cui la riduzione della povertà, l'assistenza sanitaria, le infrastrutture e l'istruzione". E ci sono [poche prove](#) che i trattati stessi abbiano l'effetto voluto di aumentare gli investimenti esteri.

Preoccupato per l'influenza di questi accordi internazionali, il relatore speciale delle Nazioni Unite sui diritti umani e l'ambiente, David R. Boyd, sta esplorando il modo in cui i meccanismi ISDS si collegano al diritto a un ambiente pulito, sano e sostenibile. Boyd dice a *Lancet* che le cause legali dell'ISDS, e anche la minaccia di tali affermazioni, stanno bloccando le azioni urgentemente necessarie per prevenire la catastrofe planetaria e proteggere i diritti umani.

"Un'esplosione di richieste ISDS negli ultimi anni è guidata da società di combustibili fossili, minerarie e altre industrie estrattive, con conseguenti risarcimenti esorbitanti contro gli Stati, permessi concessi per attività distruttive per l'ambiente e l'indebolimento di norme vitali intese ad affrontare la crisi climatica", dice Boyd.

Un [comunicato stampa](#) dell'Ufficio dell'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i diritti umani lascia intendere che gli stati sono già stati condannati a pagare più di 100 miliardi di dollari alle aziende dei settori del carbone, petrolio, gas, elettricità e miniere da collegi arbitrali internazionali: una cifra ciò verrà spiegato quando il rapporto finale di Boyd sarà pubblicato in ottobre.

Boyd ritiene che gli stati debbano agire immediatamente per porre fine alla loro esposizione alle rivendicazioni dell'ISDS ritirando il loro consenso all'arbitrato ai sensi degli accordi di investimento esistenti, negoziando la rimozione dell'ISDS o risolvendo gli accordi esistenti che includono questi meccanismi.

Schaugg afferma che il diritto internazionale sugli investimenti sta già cambiando in modo fondamentale. "Gli Stati si stanno muovendo sempre più verso la fine degli accordi di investimento internazionali esistenti. Lo fanno in parte a causa delle preoccupazioni legate al clima, ma anche, più in generale, perché pensano che questi trattati riducano la loro libertà normativa".

[Un gruppo di democratici](#) ha chiesto, ad esempio, al dipartimento del commercio degli Stati Uniti di rimuovere le disposizioni ISDS dagli accordi esistenti e di smettere di includerle negli accordi futuri.

Mentre alcuni avevano suggerito di rinegoziare il Trattato sulla Carta dell'Energia per migliorarne le disposizioni, ciò ora sembra improbabile dopo che un certo numero di singoli paesi, tra cui Germania, Francia e Spagna, si sono impegnati ad abbandonarlo del tutto. Anche l'UE nel suo complesso è destinata a [ritirarsi](#), sulla base del fatto che restare "minerebbe chiaramente" gli obiettivi climatici. Il [Regno Unito](#) è incoraggiato dai suoi consulenti ufficiali sul clima a seguire l'esempio.

Tuttavia, affrontare l'eredità dei trattati sarà difficile. Lauge Poulsen, professore presso il dipartimento di scienze politiche dell'UCL e presidente del programma di lavoro intergovernativo dell'OCSE sul cambiamento climatico e sulla legge sugli investimenti, afferma che la maggior parte di questi trattati prevedono clausole di caducità, il che significa che continuano ad applicarsi per anni o addirittura decenni dopo la conclusione di un trattato. foglie.

L'Italia, ad esempio, è stata citata in giudizio ai sensi del Trattato sulla Carta dell'Energia dopo che ne era già uscita. Il NAFTA è stato sostituito nel 2020 da un nuovo accordo che [ha rimosso l'ISDS](#) tra Stati Uniti e Canada, ma la causa tra TC Energy e governo degli Stati Uniti continua. "È una sfida fondamentale che rende così importanti gli argomenti per le discussioni multilaterali e bilaterali", afferma Poulsen, che ha parlato a titolo personale a un evento della LSE.

Un'opzione, elaborata dagli accademici nel [Journal of International Economic Law](#), potrebbe essere un'esclusione climatica escludendo dalle controversie gli investimenti nei combustibili fossili. Questo è un argomento attualmente in discussione all'OCSE.

Anche la Commissione delle Nazioni Unite per il diritto commerciale internazionale ha lavorato alle riforme, afferma Schaugg, includendo potenzialmente un codice di condotta per gli arbitri.

In alcune aree le cose sono più progressiste. Un [trattato bilaterale](#) tra Marocco e Nigeria, firmato nel 2016, è diventato il primo accordo internazionale sugli investimenti che ha stabilito obblighi vincolanti per gli investitori nel rispetto dei diritti umani. E si prevede che un aggiornamento dell'Area di libero scambio continentale africana attualmente in discussione permetterà di raggiungere un migliore equilibrio tra diritti e obblighi degli investitori, di tenere conto dello sviluppo sostenibile e di cercare di trovare alternative all'arbitrato prima che le cose degenerino in una vera e propria disputa.

"Poiché alcuni Paesi africani sono rimasti vittime del vecchio sistema, hanno escogitato strumenti più innovativi", spiega Schaugg. Tuttavia, afferma Brauch, la maggior parte di questi sforzi sono marginali e non affrontano le questioni fondamentali legate ai trattati e all'ISDS. Egli ritiene che sia necessario un regime completamente nuovo per governare gli investimenti internazionali che "promuova e non comprometta il raggiungimento degli obiettivi climatici e di altri obiettivi di sviluppo sostenibile e la realizzazione dei diritti umani".

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(23\)00214-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(23)00214-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

la Repubblica

Guerra ai virus, le dieci strategie per vincerla secondo Anthony Fauci di Sandro Iannaccone

Anthony Fauci

Sars-CoV 2 non è più un'emergenza. Ma dobbiamo prepararci a quello che verrà nei prossimi anni. L'uomo in prima fila contro la pandemia: "Nessuno sa cosa accadrà, dobbiamo aspettarci l'inaspettato". Ecco il suo decalogo perché non si ripeta

Venticinque novembre 2021. Negli Stati Uniti milioni di famiglie festeggiano il Giorno del Ringraziamento. La pandemia da Covid-19 è tutt'altro che finita, ma il peggio sembra essere passato. Gli americani si godono la festa. Sta celebrando anche Anthony Fauci, immunologo italoamericano e consigliere medico capo del Presidente, quando, nel mezzo della cena, squilla il telefono. Dall'altra parte della cornetta ci sono le autorità sanitarie sudafricane: quaggiù abbiamo identificato una nuova variante del virus, gli dicono. Sembra più cattiva e in poche settimane ha soppiantato tutte le altre.

Fauci sa bene cosa vuol dire: poco più di un mese dopo quel primo sequenziamento, la nuova variante, Omicron, è diventata dominante ovunque. Ha poco in comune con il virus originale, si replica con più efficienza nel tessuto polmonare ed è più scaltra nell'evadere all'immunità acquisita con un'infezione pregressa o con la vaccinazione. La partita con il Covid si è riaperta.

Sono passati quasi due anni da allora e la domanda è sempre la stessa: è finita? Cosa succederà nei prossimi mesi? Secondo Fauci, che è stato ospite dell'Accademia dei Lincei, a Roma, dove ha tenuto una *lectio magistralis* su quello che abbiamo imparato (o avremmo dovuto imparare) dalla pandemia e su come dovremmo prepararci per il futuro, la risposta è tutt'altro che scontata.

"Quella sulla fine della pandemia - ha detto l'immunologo - è una delle domande che mi sento rivolgere più spesso. La risposta è: dipende. Dipende da qual è la definizione che diamo della parola fine. Gli Usa e l'Oms hanno dichiarato che il Covid-19 non è più un'emergenza mondiale. Ma questo non vuol necessariamente dire che sia finita". Di più: oltre alle "vecchie" pandemie, ci si deve preparare a quelle che potrebbero piombarci addosso nei prossimi anni. Ecco il decalogo proposto dall'immunologo.

1. Aspettare l'inaspettato

Sembra un ossimoro e tecnicamente lo è. Eppure, è questa la prima lezione da mandare a memoria: "Molti aspetti di questo virus - la struttura, la trasmissibilità, la storia naturale - erano inattesi o non sono stati compresi subito. Si tratta - dice Fauci - di un patogeno molto mutevole, in grado di evolversi velocemente per eludere l'immunità, le terapie e i vaccini. Inoltre, abbiamo visto che una proporzione sostanziale dei contagi (il 59%) arriva dalle persone asintomatiche, il che rende difficile il contact tracing, mentre il virus si trasmette anche tramite aerosol. Sono caratteristiche di cui dovremmo tenere conto per il futuro. Nessuno può sapere con certezza cosa accadrà nei prossimi mesi: potrebbe, e non so con quale probabilità, arrivare una nuova variante che spiazzati tutti. Bisogna stare con gli occhi aperti".

2. Agire subito, efficacemente

Il concetto di "rapidità" è diverso per esseri umani e virus. E, purtroppo, non a nostro vantaggio. La diffusione di un patogeno, di solito, segue una dinamica esponenziale: anche se nelle primissime fasi l'incremento dei contagi sembra lento, poco dopo i casi cominciano ad aumentare in modo incontrollabile. Cosa fare? "Il G7 ha pubblicato un documento che si chiama La missione dei cento giorni", dice Fauci. "Se e quando avremo a che fare con una nuova epidemia, entro i primi cento giorni dall'identificazione del virus bisognerà avere pronti test diagnostici appropriati e avere impostato le linee di sviluppo di terapie e vaccini".

3. Condividere e collaborare

La parola pandemia contiene il prefisso "pan", parola greca che indica "tutto il mondo". Se un'emergenza riguarda tutto il mondo, è tutto il mondo che deve cooperare. "È essenziale che ci sia una condivisione di informazioni e una collaborazione globale. Penso - ha aggiunto - ai campioni dei pazienti infetti e convalescenti, ai dati di sorveglianza delle varianti e a quelli del genoma virale, ai dati clinici real-world, ai reagenti: tutte le nazioni devono essere trasparenti".

4. Utilizzare le infrastrutture esistenti

La buona volontà di condividere le informazioni non basta: per farlo bisogna avere a disposizione anche una rete dedicata. La buona notizia è che non è necessario reinventare nulla: abbiamo già a disposizione diverse piattaforme create a questo scopo. Quando è scoppiata la pandemia, per esempio, il network statunitense di prevenzione per l'Hiv (voluta dallo stesso Fauci oltre 30 anni fa) è stato riconvertito in una piattaforma di studio di vaccini, prevenzione e terapie anti-Covid. Così è stato possibile, in poche ore, arruolare migliaia di pazienti per i trial clinici.

5. Puntare sulla ricerca di base e pre-clinica

Il vaccino contro il tifo ha richiesto 11 anni. Quelli contro la polio e la pertosse 47 e 42 anni. Per il Covid-19 sono passati solo 11 mesi tra sequenziamento del virus e sottomissione del vaccino alle autorità regolatorie. Un successo che non è arrivato per caso, frutto del "lungo e silenzioso lavoro degli scienziati che nei decenni precedenti si sono occupati di ricerca di base e pre-clinica. È l'argomentazione più convincente - osserva Fauci - per aumentare gli investimenti nella ricerca di base".

6. Studiare i virus emergenti

Nessuno, o quasi, aveva previsto l'arrivo di un virus come il Covid. Ed è per questo che Fauci ha parlato della necessità di due approcci indipendenti e da portare avanti in contemporanea: uno a priori, in cui si isolano i possibili candidati per nuove pandemie e si comincia in anticipo lo sviluppo dei vaccini (l'Oms ha già pronta una lista di priorità per la ricerca e sviluppo, in cui figurano Ebola, Marburg, Zika, Nipah e altri virus) e un approccio "prototipale". "Conosciamo 30 famiglie di virus che sappiamo avere il potenziale per diventare pandemiche. Per ragioni logistiche è impossibile studiarle tutte: dal 2017 ne abbiamo selezionate otto. Se una dovesse innescare una pandemia avremmo un "prototipo" da cui partire".

7. Rispettare la fauna selvatica

La pandemia ha portato nel vocabolario il termine "spillover", "tracimazione": definisce il processo con cui un patogeno compie un "salto" da una specie a un'altra. Nel caso del Covid, come era già successo con Ebola, si è trattato (probabilmente) dei pipistrelli. Per questo - ammonisce Fauci - bisogna avvicinarsi con rispetto alla fauna selvatica: "Dobbiamo esaminare come la nostra specie interagisce con gli animali e comportarci di conseguenza: aumentare la sorveglianza, ridurre la deforestazione, regolare i mercati".

8. Abbattere le disuguaglianze

Di "discriminanti di salute" si parla da tempo. Se ne è occupato anche l'epidemiologo inglese Michael Marmot, mostrando come alcuni fattori, tra cui il disagio sociale, la minore scolarità e la povertà, siano correlati a maggiori disparità di salute. Fauci ha ripreso il tema, sottolineando come siano state le comunità più svantaggiate a pagare a più caro prezzo le conseguenze della pandemia. Ed è anche a questo livello che si dovrebbe agire preventivamente, per esempio migliorando le condizioni abitative.

9. Contrastare la disinformazione

Vaccini inefficaci o che fanno più male che bene. Virus creato con l'obiettivo di decimare la popolazione o instaurare una dittatura sanitaria. Conteggi di decessi falsati. Abbiamo sentito di tutto: la disinformazione - denuncia Fauci - ha effetti reali sulla risposta della popolazione alle politiche sanitarie ed è nemica della salute. In quanto tale va contrastata con decisione".

10. Non è mai finita finché è finita. Ma non è mai finita

Difficile dire se sia giunta la fine dell'attuale pandemia. Ma una cosa, secondo Fauci, è certa: "Le malattie vanno a braccetto con la civiltà. Sono sempre state tra noi. Ogni anno, quando parlo al Congresso, sottolineo che ci sono centinaia di minacce. Si tratta di una sfida perpetua, che richiede una preparazione perpetua. È questa la sfida principale".

https://www.repubblica.it/salute/2023/09/19/news/covid_pandemia_cosa_succedera_fauci-413485506/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S3-T1



Il benessere e la decrescita

Andrea Ubiali, specialista in sanità pubblica, Bologna

La crescita economica ha prodotto – nel corso della storia – enormi benefici in termini di qualità della vita e innovazione, seppure distribuiti in maniera fortemente disuguale. Oggi però l'inseguimento acritico di una crescita perpetua non è più sostenibile e rischia di portarci al collasso ecosistemico.

L'attuale dibattito sulla crisi climatica sta interessando sempre più la comunità medico-scientifica che, in misura crescente, si va interessando di tematiche e argomenti che tradizionalmente si potevano considerare marginali o addirittura esclusi dagli interessi del settore sanitario. È in questo contesto che Richard Smith, già editor del BMJ, pubblica un articolo incentrato sul tema della decrescita economica, presentata come l'unica soluzione (forse) in grado di salvarci (1).

Sebbene il tema dell'emergenza climatica sia diventato per certi versi mainstream, alcuni aspetti – tra cui quello della decrescita – rimangono ancora poco noti. Spesso infatti le argomentazioni sul cambiamento climatico prendono le mosse da un approccio riduzionistico che si focalizza su un singolo elemento – le emissioni di anidride carbonica (CO₂) – lasciando nell'ombra il più ampio contesto socio-economico di riferimento (2). L'eccessiva focalizzazione sulle emissioni di CO₂ tende a orientare il dibattito attorno al tema della produzione energetica e di conseguenza alla necessità di una transizione che porti a sostituire le fonti fossili con quelle rinnovabili, lasciando inalterato tutto il resto.

La crisi che stiamo affrontando tuttavia non è esclusivamente una crisi climatica dovuta a eccessiva produzione e accumulo di CO₂, ma dovrebbe essere riconosciuta come una crisi ecologica multifaccettata, in cui il cambiamento climatico rappresenta uno di molti problemi, tra cui: deforestazione, perdita di biodiversità, desertificazione e consumo di suolo, acidificazione degli oceani, inquinamento ambientale, povertà e disuguaglianze, conflitti e migrazioni. Questi elementi si intrecciano tra loro e sono influenzati dalle caratteristiche del nostro sistema economico.

Nel suo editoriale Smith cita esplicitamente il lavoro di Jason Hickel, studioso di antropologia economica e autore del libro *Less Is More: How Degrowth Will Save the World* (3), nel quale Hickel descrive il sistema economico capitalistico, spiegando che l'elemento che lo caratterizza è la crescita. La crescita economica è condizione imprescindibile per la sopravvivenza del sistema.

Essa ha prodotto – nel corso della storia – enormi benefici in termini di qualità della vita e innovazione, seppure distribuiti in maniera fortemente disuguale. Oggi però l'inseguimento acritico di una crescita perpetua non è più sostenibile e rischia di portarci al collasso ecosistemico.

La crescita economica è infatti legata al consumo delle risorse materiali disponibili sul pianeta, e questo consumo è il principale responsabile dei danni ambientali ed ecosistemici.

Una crescita economica infinita, come quella richiesta per mantenere in vita il sistema economico, non è compatibile con i limiti fisiologici di sopravvivenza del pianeta. Continuare a perseguire la crescita renderebbe più difficile, se non impossibile, il rispetto degli accordi di Parigi, e potrebbe rendere futile la transizione energetica.

Poiché non è possibile disaccoppiare crescita economica e consumo di risorse materiali, Hickel descrive l'idea di una crescita green, ipoteticamente sostenuta dalle sole energie rinnovabili, come un miraggio, da cui i decisori politici dovrebbero allontanarsi rapidamente per cercare strategie alternative (4).

L'alternativa sarebbe quella di abbandonare la crescita in favore di modelli di de-crescita o post-crescita. Scenari di questo tipo sono già stati descritti a livello teorico e in alcuni casi sperimentati a livello locale (5, 6).

Le formule proposte per la decrescita possono variare a seconda del quadro teorico proposto, ma ciò che accomuna i diversi modelli è la tensione volta al raggiungimento del benessere economico contestualmente al benessere sociale e ambientale, piuttosto che a detrimento di essi.

L'utilizzo di un indicatore unico e obsoleto come il PIL viene rifiutato, in favore dell'utilizzo di indicatori multipli che rendano conto in maniera più adeguata della complessità del reale e dei limiti planetari. L'idea di crescita inoltre viene sostituita con quella di una redistribuzione equa e giusta delle risorse ed una loro gestione più democratica.

L'idea di decrescita rischia di essere impopolare e politicamente poco appetibile, soprattutto se presentata associandola a concetti come: sacrificio, rinuncia, deprivazione.

La rinuncia è effettivamente una componente chiave della decrescita, ma a ben vedere sono eminentemente gli aspetti negativi e deleteri dell'attuale sistema economico a cui ci viene chiesto di rinunciare, in primis l'estremo grado di disuguaglianza che caratterizza l'attuale distribuzione delle ricchezze globali (7).

Non è necessario crescere, quando le risorse necessarie a soddisfare i nostri bisogni esistono già. Il nostro problema non sta nella produzione della ricchezza, ma nella distribuzione e nell'accesso alle risorse. Nella proposta di Hickel inoltre alcuni settori dell'economia dovrebbero essere considerati ecologicamente dannosi e andrebbero limitati.

I settori a cui dovremmo almeno parzialmente rinunciare includono: l'industria bellica e quella dei combustibili fossili, la fast fashion, il settore alimentare del junk food, i prodotti a obsolescenza programmata, il settore delle automobili private, dei SUV e dell'aviazione, il marketing e la pubblicità.

Il ridimensionamento di questi settori dovrebbe essere adeguatamente accompagnato da politiche sociali per il lavoro, che garantiscano tutele per i lavoratori dei settori che subiscono un ridimensionamento, con la possibilità di essere ri-orientati verso altri settori socialmente ed ecologicamente utili.

Mentre alcuni settori dell'economia vengono ridimensionati, altri necessitano di essere potenziati ed espansi. Questi settori coincidono con i principali servizi pubblici (8).

- Sanità e istruzione dovrebbero essere universali e gratuiti. Molti paesi europei seguono già questo modello, che dovrebbe essere potenziato e adottato ovunque.
- Limitare il numero di unità abitative di cui un privato può disporre – con obbligo di vendere le proprietà in surplus – comporterebbe l'immissione di nuove unità abitative sul mercato, con effetto positivo sull'abbassamento dei prezzi e sulla possibilità di accesso alla casa. Sarebbe inoltre più facile per le istituzioni municipali ampliare il proprio stock di case popolari che potrebbero essere rapidamente efficientate dal punto di vista energetico e successivamente rese disponibili per affitti a prezzi popolari.
- Il trasporto pubblico dovrebbe essere di alta qualità, efficiente, sostenibile e disponibile gratuitamente o al prezzo più basso possibile, per limitare al minimo la dipendenza dalle automobili private.
- Il sistema alimentare, gravato da problemi come diffusione di alimenti ultra-processati e dannosi per la salute, catene di approvvigionamento dipendenti da imballaggi di plastica e trasporti a lunga distanza, sistemi produttivi ad alta intensità energetica, monoculture e allevamenti intensivi, potrebbe essere trasformato tramite programmi statali di giustizia alimentare in un sistema che garantisce l'accesso universale a cibo nutriente e prevalentemente vegetariano, basato su un'agricoltura rigenerativa, con produzione e consumo prevalentemente locali.

- *Acqua ed energia dovrebbero essere gestite come servizi di pubblica utilità, con un sistema di tariffazione a due livelli: una quota di energia e acqua dovrebbe essere gratuitamente a disposizione per il soddisfacimento dei bisogni primari. L'uso aggiuntivo oltre quota potrebbe essere addebitato a un tasso progressivo per disincentivare l'utilizzo in eccesso. Il sistema energetico pubblico può essere inoltre orientato alla rapida decarbonizzazione, mentre le norme che disciplinano il sistema idrico possono essere utilizzate per prevenire l'estrazione eccessiva da parte delle imprese private e garantire una fornitura stabile ed equa, anche durante i periodi di siccità.*
- *L'accesso a internet è necessario per la vita quotidiana e dovrebbe essere considerato come un servizio di pubblica utilità. Un pacchetto mensile di base dovrebbe essere disponibile gratuitamente, con dati aggiuntivi e altri servizi disponibili a prezzi di mercato.*

Il valore aggiunto di avere servizi pubblici universali ed efficienti consiste nel fatto che con essi si può garantire l'accesso ai beni essenziali per tutta la popolazione, con un sistema di produzione e approvvigionamento che richiede minor consumo aggregato di energia e di risorse materiali, e che risponde a un maggior controllo democratico.

Ma come è possibile finanziare questi servizi? La risposta tradizionale è che per pagare i servizi pubblici sia necessaria prima una maggiore crescita del PIL: aumentare la produzione di beni o servizi (non necessari, o potenzialmente dannosi), quindi tassare i ricavi di quella produzione per finanziare la produzione pubblica di beni essenziali.

In realtà – afferma Hickel – non c'è motivo per cui la produzione pubblica debba fare affidamento sui finanziamenti della precedente produzione privata. Qualsiasi governo che abbia sufficiente sovranità monetaria può mobilitare direttamente la produzione pubblica, semplicemente emettendo finanziamenti pubblici per farlo. Come ha sottolineato Keynes: qualsiasi cosa possiamo effettivamente fare, in termini di capacità produttiva, possiamo pagarla (9).

E quando si tratta di capacità produttiva, le economie ad alto reddito hanno già molto più del necessario. Il dispiegamento della finanza pubblica sposta semplicemente l'uso di questa capacità dalle imprese al pubblico, dove può essere utilizzata per obiettivi sociali ed ecologici democraticamente ratificati, piuttosto che per l'accumulazione di capitale.

Hickel conclude affermando che il movimento ecologista globale dovrebbe fare proprie queste rivendicazioni che hanno il vantaggio di tenere contemporaneamente in considerazione i bisogni del pianeta e i bisogni concreti delle persone.

Questo elemento potrebbe rappresentare la chiave per una proficua alleanza tra movimento ecologista, sindacati e classe lavoratrice, cosa che darebbe maggior forza alle richieste di tutti.

Il settore sanitario, dal canto suo, non può non riconoscere il fatto che queste rivendicazioni ricalcano molto da vicino le raccomandazioni formulate ormai molto tempo fa – sebbene mai realmente realizzate – dalla commissione sui determinanti sociali di salute dell'OMS (10), mirate a ripianare le disuguaglianze in salute attraverso un'azione trasversale su tutti i principali determinanti di salute e un'equa redistribuzione di denaro, risorse e potere.

In questo senso il settore sanitario dovrebbe schierarsi a sua volta a fianco di questa alleanza, per sottoscrivere e sostenere le stesse identiche rivendicazioni.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/09/il-benessere-e-la-decrescita/>



Ridurre i rischi della guerra nucleare: il ruolo degli operatori sanitari

Kamran Abbasi, Parveen Ali, Virginia Barbour, Kirsten Bibbins-Domingo, Marcel GM Olde Rikkert, Andy Haines, Ira Helfan, Richard Horton, Bob Mash, Arun Mitra, Carlos Monteiro, Elena N. Naumova, et al.

21 settembre 2023

N Engl J Med 2023; 389:1066-1067

DOI: 10.1056/NEJMp2308547

Nel gennaio 2023, il Consiglio per la scienza e la sicurezza del Bulletin of the Atomic Scientists ha spostato le lancette dell'orologio dell'apocalisse in avanti fino a 90 secondi prima di mezzanotte, riflettendo il crescente rischio di una guerra nucleare. ¹ Nell'agosto 2022, il Segretario generale delle Nazioni Unite António Guterres ha avvertito che il mondo si trova ora in "un momento di pericolo nucleare che non si vedeva dal culmine della Guerra Fredda". ² Il pericolo è stato sottolineato dalle crescenti tensioni tra molti stati dotati di armi nucleari. ^{1,3} In qualità di redattori di riviste sanitarie e mediche in tutto il mondo, invitiamo gli operatori sanitari ad avvisare il pubblico e i nostri leader di questo grave pericolo per la salute pubblica e i sistemi essenziali di supporto vitale del pianeta – e a sollecitare azioni per prevenirlo.

Gli attuali sforzi per il controllo delle armi nucleari e la non proliferazione sono inadeguati a proteggere la popolazione mondiale dalla minaccia di una guerra nucleare dovuta a progettazione, errore o calcolo errato. Il Trattato di non proliferazione delle armi nucleari (TNP) impegna ciascuna delle 190 nazioni partecipanti "a portare avanti negoziati in buona fede su misure efficaci relative alla rapida cessazione della corsa agli armamenti nucleari e al disarmo nucleare, e su una strategia trattata sul disarmo generale e completo sotto stretto ed efficace controllo internazionale". ⁴ I progressi sono stati deludente mente lenti e l'ultima conferenza di revisione del TNP tenutasi nel 2022 si è conclusa senza una dichiarazione concordata. ⁵ Ci sono molti esempi di quasi disastri che hanno messo in luce i rischi derivanti dalla dipendenza dalla deterrenza nucleare per un futuro indefinito. ⁶ La modernizzazione degli arsenali nucleari potrebbe aumentare i rischi: ad esempio, i missili ipersonici riducono il tempo a disposizione per distinguere tra un attacco e un falso allarme, aumentando la probabilità di una rapida escalation.

Qualsiasi utilizzo delle armi nucleari sarebbe catastrofico per l'umanità. Anche una guerra nucleare "limitata" che coinvolga solo 250 delle 13.000 armi nucleari nel mondo potrebbe uccidere 120 milioni di persone e causare uno sconvolgimento climatico globale che porterebbe a una carestia nucleare, mettendo a rischio 2 miliardi di persone. Una guerra nucleare su larga scala tra gli Stati Uniti e la Russia potrebbe uccidere 200 milioni di persone o più nel breve termine e causare potenzialmente un "inverno nucleare" globale che potrebbe uccidere da 5 a 6 miliardi di persone, minacciando la sopravvivenza dell'umanità. Una volta fatta esplodere un'arma nucleare, l'escalation fino a una guerra nucleare totale potrebbe verificarsi rapidamente. La prevenzione di qualsiasi utilizzo delle armi nucleari è quindi una priorità urgente per la salute pubblica e devono essere compiuti passi fondamentali anche per affrontare la causa principale del problema, ovvero l'abolizione delle armi nucleari.

La comunità sanitaria ha svolto un ruolo cruciale negli sforzi per ridurre il rischio di una guerra nucleare e deve continuare a farlo in futuro. ⁹ Negli anni '80, gli sforzi degli operatori sanitari, guidati dall'International Physicians for the Prevention of Nuclear War (IPPNW), hanno contribuito a porre fine alla corsa agli armamenti della Guerra Fredda educando i politici e il pubblico su entrambi i lati della cortina di ferro sulle questioni mediche. conseguenze della guerra nucleare.

Questo lavoro è stato riconosciuto quando il Premio Nobel per la Pace nel 1985 è stato assegnato all'IPPNW (<http://www.ippnw.org>. *si apre in una nuova scheda*). ¹⁰

Nel 2007, l'IPPNW ha lanciato la Campagna internazionale per l'abolizione delle armi nucleari, che si è trasformata in una campagna globale della società civile con centinaia di organizzazioni partner. Un percorso verso l'abolizione del nucleare è stato creato con l'adozione del Trattato sulla proibizione delle armi nucleari nel 2017, per il quale la Campagna internazionale per l'abolizione delle armi nucleari è stata insignita del Premio Nobel per la pace 2017. Le organizzazioni mediche internazionali, tra cui il Comitato Internazionale della Croce Rossa, l'IPPNW, l'Associazione Medica Mondiale, la Federazione Mondiale delle Associazioni di Sanità Pubblica e il Consiglio Internazionale degli Infermieri, hanno avuto un ruolo chiave nel processo che ha portato ai negoziati e nella negoziati stessi, presentando le prove scientifiche sulle conseguenze catastrofiche sulla salute e sull'ambiente delle armi nucleari e della guerra nucleare. ¹¹

Chiediamo ora alle associazioni dei professionisti sanitari di informare i propri membri in tutto il mondo sulla minaccia alla sopravvivenza umana e di unirsi all'IPPNW per sostenere gli sforzi volti a ridurre i rischi a breve termine di una guerra nucleare, compresi tre passi immediati da parte degli stati dotati di armi nucleari. e i loro alleati: in primo luogo, adottare una politica no-first-use ¹²; in secondo luogo, togliere l'allarme nucleare alle loro armi nucleari; e terzo, sollecitare tutti gli stati coinvolti nei conflitti attuali a impegnarsi pubblicamente e inequivocabilmente a non utilizzare armi nucleari in questi conflitti. Chiediamo inoltre loro di lavorare per porre fine definitivamente alla minaccia nucleare sostenendo l'urgente avvio di negoziati tra gli stati dotati di armi nucleari per un accordo verificabile e con scadenza temporale per l'eliminazione delle loro armi nucleari in conformità con gli impegni del TNP, aprendo la strada a tutte le nazioni ad aderire al Trattato sulla proibizione delle armi nucleari.

Il pericolo è grande e crescente. Gli stati dotati di armi nucleari devono eliminare i loro arsenali nucleari prima di eliminare noi. La comunità sanitaria ha svolto un ruolo decisivo durante la Guerra Fredda e, più recentemente, nello sviluppo del Trattato sulla proibizione delle armi nucleari. Dobbiamo riprendere questa sfida come una priorità urgente, lavorando con rinnovata energia per ridurre i rischi di guerra nucleare ed eliminare le armi nucleari.

[q5iyF%2Ba8g1HrKlllCD3y2d9a6rOySRoL%2FTh8SjhCDIF2pNllckNJ4NkXhm8%2BMEEm%2Ff7cj%2BzmcXlfPNYRcHxk00%2F7u2CHHgNQAavB3XzH07Z4jVJXT0Q3hBjs8I4pnBr7eqKo0M29w%2BYzFkj0%2BySosoYrS5btwwop7bd%2FK2%2BQT1Ndhm4eTVBtXbMkkLlkFKe%2F4HUp5oTuw%3D%3D&c id=NEJM%20eToc,%20September%202021,%202023%20DM2285141 NEJM Non Subscriber&bid=1808186766](https://www.quotidianosanita.it/rapporto-global-fund-2023)

quotidianosanita.it

Rapporto Global Fund 2023.

Progressi record: nella lotta ad Hiv, Tbc e malaria numeri più alti del pre-Covid-19. Ma cambiamenti climatici e conflitti ostacolano raggiungimento obiettivi 2030

Il direttore Sands: “Negli ultimi vent’anni il partenariato del Global Fund ha salvato 59 milioni di vite. Nonostante i diversi risultati senza precedenti raggiunti nel 2022, non raggiungeremo gli obiettivi per il 2030, a meno che non adottiamo misure straordinarie”.

18 SET - Forte accelerazione dei risultati programmatici nella lotta contro l’HIV, la tubercolosi (TBC) e la malaria, anche se molteplici sfide – inclusi i cambiamenti climatici, i conflitti, le disuguaglianze sempre più profonde e la crescente minaccia ai diritti umani – hanno messo sempre più a rischio l’obiettivo di porre fine alle epidemie di AIDS, TBC e malaria entro il 2030. E’ quanto mette in evidenza il [Rapporto sui risultati 2023 del Global Fund](#), il cui direttore esecutivo, Peter Sands, rileva: “Lavorando fianco a fianco, negli ultimi vent’anni il partenariato del Global Fund ha salvato 59 milioni di vite. Nonostante i diversi risultati senza precedenti raggiunti nel 2022, non raggiungeremo gli obiettivi per il 2030, a meno che non adottiamo misure straordinarie”.

Nel 2022, grazie agli sforzi, adattamenti e innovazioni da parte di governi, comunità e dei partner, il partenariato del Global Fund ha sottoposto a terapia antiretrovirale per l’HIV un numero di persone senza precedenti. Sono state trovate e sottoposte a terapia più persone affette da TBC che mai e distribuito un numero record di zanzariere per prevenire la malaria.

Nei Paesi in cui investe il Global Fund, i principali risultati per il 2022 comprendono: Per l’HIV:

- 24,5 milioni di persone sottoposte a terapia antiretrovirale per l’HIV.
- 53,1 milioni di test per l’HIV effettuati (12,2 milioni sulle popolazioni vulnerabili e chiave).
- 15,3 milioni di persone raggiunte da servizi di prevenzione dell’HIV.
- 710'000 madri positive all’HIV hanno ricevuto farmaci che le hanno tenute in vita impedendo la trasmissione dell’HIV ai neonati.
- 831'000 circoncisioni mediche maschili volontarie per la prevenzione dell’HIV.

Per la tubercolosi:

- 6,7 milioni di persone trattate per la TBC.
- 118'000 persone in cura per la TBC farmacoresistente.
- 331'000 pazienti affetti da TBC HIV-positivi sottoposti a terapia antiretrovirale.
- 2,2 milioni di persone positive all’HIV in terapia antiretrovirale che hanno iniziato la terapia preventiva della TBC.
- 1,5 milioni di persone esposte alla TBC hanno ricevuto una terapia preventiva.

Per la malaria:

- 220 milioni di zanzariere distribuite per proteggere le famiglie dalla malaria.
- 321 milioni di sospetti casi di malaria sottoposti a test.
- 37,1 milioni di bambini hanno ricevuto la chemiopprofilassi della malaria stagionale.
- 14,6 milioni di donne in gravidanza sottoposte a terapia preventiva per la malaria.
- 165 milioni di casi di malaria trattati.

In molti dei Paesi in cui investe il Global Fund, rimettersi sulla buona strada nella lotta contro queste tre malattie si è rivelato più difficoltoso a causa di una combinazione di crisi contrastanti e interconnesse oltre a quella determinata dal COVID-19 – inclusi i cambiamenti climatici, i conflitti e il crescente indebitamento nonché un'allarmante erosione dei diritti umani e le crescenti disuguaglianze interne e tra i Paesi.

I cambiamenti climatici stanno già avendo un impatto sull'epidemiologia delle malattie infettive. Ad esempio, la malaria si sta diffondendo nelle zone degli altipiani dell'Africa che prima erano troppo fredde per la zanzara Anopheles – responsabile della trasmissione del parassita.

I cicloni, le inondazioni e altri eventi climatici estremi stanno causando una brusca impennata delle infezioni malariche, come quelle viste in Malawi e in Pakistan. L'insicurezza alimentare e la scarsità idrica stanno costringendo intere comunità a spostarsi, aumentando la loro vulnerabilità a malattie come la TBC.

Il Global Fund è intervenuto in seguito agli eventi meteorologici estremi al fine di ridurre il loro impatto sui programmi per combattere la malaria e assicurare la continuità dei servizi dedicati all'HIV e alla TBC.

I conflitti danneggiano le infrastrutture sanitarie e travolgono servizi sanitari già sovraccarichi. Di conseguenza, le persone che si ammalano non riescono ad accedere alle cure, le catene di approvvigionamento si spezzano e gli interventi di prevenzione si interrompono.

In diversi Paesi – tra cui il Sudan, l'Ucraina, Afghanistan e il Myanmar – il partenariato del Global Fund deve superare sfide immense per garantire che le persone più vulnerabili ottengano i servizi di cui necessitano.

Sistemi sanitari resilienti e sostenibili corroborano la lotta per sconfiggere le tre malattie e costituiscono la base per prevenire, individuare e reagire alle minacce sanitarie attuali e future. “Investendo in componenti cruciali di sistemi sanitari resilienti, il Global Fund sostiene i Paesi nella lotta contro le odierne malattie infettive più letali, preparandoli al contempo ad affrontare le future minacce sanitarie”, evidenzia Sands.

“Ad esempio, continueremo a svolgere un ruolo cruciale nel sostegno agli operatori sanitari comunitari e nel rafforzamento delle catene di approvvigionamento e delle reti di laboratori”.

Il Global Fund ha stanziato complessivamente più di 5 miliardi di dollari per sostenere i Paesi nella lotta al COVID-19; circa 2,2 miliardi di tale finanziamento saranno usati per rafforzare i sistemi sanitari e potenziare la preparazione alle pandemie.

Accelerare un equo accesso a strumenti innovativi risulta essenziale per recuperare e sostenere lo slancio nella lotta contro HIV, TBC e malaria.

“Nonostante tutte le sfide, l'obiettivo di porre fine ad AIDS, TBC e malaria quali minacce per la salute pubblica rimane realizzabile. Sappiamo ciò che va fatto, disponiamo di strumenti funzionanti e possiamo imparare da esempi di successo. Dobbiamo accelerare l'accesso a innovazioni rivoluzionarie, ottimizzando la loro distribuzione oltre agli strumenti già esistenti per massimizzare l'impatto di ogni dollaro. Dobbiamo eliminare le disuguaglianze che aumentano la vulnerabilità delle giovani donne, delle popolazioni chiave e dei più poveri”, aggiunge il direttore del Fondo globale.

Per l'HIV, l'anello vaginale Dapivirine Vaginal Ring – la prima efficace opzione di prevenzione dall'HIV sotto il controllo della donna – fornisce un ulteriore nuovo strumento per conferire alle ragazze e alle donne il potere di proteggere se stesse dall'infezione da HIV.

L'HIV pediatrico resta un'area globale di bisogni insoddisfatti ma le recenti innovazioni terapeutiche hanno il potenziale per rappresentare un punto di svolta. Il partenariato del Global Fund sta investendo in una formulazione pediatrica del dolutegravir che risulti più efficace, più economica e meglio tollerata dai bambini.

*Contro la **tubercolosi**, le principali innovazioni comprendono nuovi strumenti diagnostici quali unità mobili di radiografia e diagnostica molecolare a costi inferiori; nuovi trattamenti quali la terapia combinata con bedaquilina, pretomanid, linezolid e moxifloxacin (BPaLM) per la TBC farmacoresistente; e il nuovo breve ciclo di trattamento preventivo per la tubercolosi denominato 3HP.*

*Per la **malaria** vi sono una serie di innovazioni nella lotta antivettoriale, nella prevenzione, nella diagnosi e nel trattamento che ci aiuteranno a combattere gli andamenti allarmanti in termini di infezioni e morti.*

Ad esempio, le zanzariere con un doppio principio attivo che combinano piretroidi e clorfenapir – disponibili su larga scala dal 2024 – sono notevolmente più efficaci rispetto alle zanzariere standard trattate unicamente con piretroidi.

Studi hanno dimostrato una riduzione delle infezioni malariche circa del 50% nei bambini di età compresa tra i 6 mesi e i 10 anni.

Per rimettersi sulla buona strada – sottolinea il Global Fund - sarà fondamentale ottimizzare la distribuzione integrata di tali innovazioni, accelerando al contempo gli sforzi per porre fine alle forti disuguaglianze che alimentano le malattie infettive.

Rafforzando le comunità maggiormente a rischio, garantiamo che i servizi salvavita raggiungano le persone più vulnerabili, comprese quelle emarginate da povertà, stigma sociale, discriminazione o criminalizzazione. Porre le persone

e le comunità al centro del nostro modello contribuisce a creare la fiducia fondamentale per realizzare la nostra missione e garantire che nessuno rimanga escluso.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116697

THE LANCET
Global Health

Glocal è globale: reinventare la formazione degli studenti di salute globale nei paesi ad alto reddito

Sonia S Anand e Madhukar Pai

Publicato: 18 settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00382-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00382-0)

Tradizionalmente, la formazione degli studenti in salute globale provenienti dai paesi ad alto reddito (HIC) si è concentrata principalmente sui problemi sanitari del Sud del mondo e sui tirocinanti che si recano nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) per l'apprendimento esperienziale o la ricerca per integrare il programma. teoria che viene loro insegnata. Queste esperienze possono essere trasformativa a livello personale e potrebbero anche evocare una profonda consapevolezza dei privilegi degli studenti, costringendoli a considerare come potrebbero spendere i propri privilegi.

Tuttavia, questo modello salvifico della formazione tradizionale degli studenti di salute globale nei paesi ad alto reddito e dell'etica delle missioni sanitarie globali a breve termine viene sempre più criticato.

Nel mondo post-globalizzazione di oggi, dobbiamo chiederci se i viaggi verso i paesi a basso e medio reddito, o un'attenzione esclusiva alle disuguaglianze nei paesi a basso e medio reddito, debbano continuare a essere una componente fondamentale della formazione sanitaria globale nei paesi ad alto reddito. Riteniamo che simili opportunità di apprendimento e ricerca esistano all'interno delle comunità emarginate all'interno dei paesi ad alto reddito e che coinvolgere gli studenti di salute globale nell'affrontare tali questioni potrebbe aiutare a produrre un gruppo di studenti immersi nel pensare, lavorare e risolvere problemi globali e locali. Questi problemi potrebbero includere le sfide affrontate dagli immigrati, dai rifugiati, dalle comunità indigene e rurali e da altri gruppi emarginati.

Gli Stati Uniti, ad esempio, sono un Paese che spende molto per la sanità, eppure l'aspettativa di vita diminuisce.

È anche l'unico grande paese ad alto reddito senza copertura sanitaria universale. La violenza armata è diventata la principale causa di morte tra i bambini, e le donne nere hanno tre volte più probabilità di morire per cause legate alla gravidanza rispetto alle donne bianche.

L'erosione dei diritti riproduttivi e la proliferazione dei divieti di aborto non faranno altro che peggiorare questa situazione.

I tirocinanti americani nel campo della salute globale non dovrebbero concentrarsi su questioni così critiche e lottare attivamente per la giustizia sociale e la copertura sanitaria universale?

In Canada, il tasso di tubercolosi nelle comunità Inuit è quasi 300 volte più alto rispetto a quello delle popolazioni non indigene nate in Canada.

Durante la pandemia di COVID-19, i nuovi immigrati di origine dell'Asia meridionale avevano tassi di infezione da SARS-CoV-2 più elevati rispetto alla popolazione generale, in parte a causa del loro lavoro come lavoratori essenziali in prima linea nei settori dei servizi caratterizzati da salari più bassi e benefici per la salute limitati.

Questo tasso di infezione più elevato è stato aggravato dal ridotto accesso ai test COVID-19 e dall'accesso alle informazioni nella loro lingua madre. Forti sostenitori della comunità dell'Asia meridionale, in collaborazione con le agenzie sanitarie pubbliche, hanno riconosciuto tempestivamente queste barriere e sono riusciti a garantire un migliore accesso ai test e ai vaccini. Tuttavia, queste scoperte sono arrivate più tardi nel corso della pandemia, dopo che le comunità dell'Asia meridionale sono state gravemente colpite. Esperienze simili sono state segnalate nel Regno Unito e negli Stati Uniti.

Il concetto di glocalizzazione, o glocal, non è nuovo. Il termine enfatizza l'interazione tra fattori globali e locali e viene utilizzato nel mondo degli affari, nella sociologia e nella pianificazione urbana.

Enfatizzare un programma sanitario globale offre numerosi vantaggi, come affrontare le sfide sanitarie locali, fornire formazione e sviluppo di capacità all'interno dei paesi ad alto reddito per favorire una comprensione più profonda delle popolazioni vulnerabili ed emarginate e incoraggiare la collaborazione come alleati per sostenere l'insediamento dei nuovi arrivati e la crescita degli studenti. Questo approccio non solo riduce i viaggi, portando a benefici per la salute planetaria, ma mitiga anche gli atteggiamenti di salviurismo dei bianchi HIC.

Inoltre, coltiva potenzialmente la passione per l'equità nella salute e stabilisce un quadro che modella le carriere future. Inoltre, i programmi sanitari globali dei paesi HIC guadagnano credibilità e autenticità quando prestano attenzione alle disuguaglianze ovunque, non solo nei paesi a basso e medio reddito.

L'approccio globale non dovrebbe scoraggiare gli studenti dei paesi ad alto reddito dall'impegnarsi nei paesi a basso e medio reddito. Piuttosto, è essenziale garantire che siano consapevoli di tutte le disuguaglianze e ingiustizie sanitarie all'interno dei paesi ad alto reddito, che imparino a evitare di rafforzare il senso di alterità, a riconoscere il potere e i privilegi di cui dispongono e il modo in cui i paesi ad alto reddito potrebbero aver contribuito attivamente agli squilibri di potere nei paesi ad alto reddito. nel loro campo e dare loro la possibilità di lavorare anche sulle disuguaglianze sanitarie all'interno dei paesi ad alto reddito. Se scelgono di lavorare nei paesi a basso e medio reddito, il loro approccio dovrebbe ruotare da un approccio salvifico e caritatevole ad un'autentica alleanza e solidarietà.

Una maggiore consapevolezza da parte dei tirocinanti della sanità globale delle disuguaglianze all'interno dei loro paesi d'origine risponderebbe, in parte, alla necessità di decolonizzare i nostri approcci alla salute globale in cui esistono gravi asimmetrie di potere e privilegio.

Una prospettiva glocale può anche essere considerata dal punto di vista della comunità di interesse, siano esse comunità emarginate nei paesi ad alto reddito o comunità nei paesi a basso e medio reddito, considerando le realtà socioculturali, economiche e politiche locali per co-progettare soluzioni.

Affinché il glocal funzioni, le università dei paesi ad alto reddito devono iniziare a creare partenariati bilaterali equi con organizzazioni locali e regionali basate sulle comunità e costruire relazioni più forti con persone con esperienza vissuta. Anche in questo caso vale il principio "niente su di noi senza di noi", comunemente utilizzato quando si pianifica la ricerca in partenariato con le comunità indigene. Tutto il lavoro locale dovrebbe essere intrapreso nello spirito di alleanza e nel profondo rispetto per l'autodeterminazione e l'azione delle comunità che affrontano sfide diverse. Altrimenti, anche il lavoro locale potrebbe diventare estrattivo e di sfruttamento.

In conclusione, invitiamo i programmi sanitari globali nei paesi ad alto reddito ad adottare il modello glocale e a insegnare agli studenti ad affrontare le disparità sanitarie ovunque si verifichino. L'obiettivo generale della salute globale include la promozione di una generazione di studenti che abbiano una profonda comprensione e un impegno volto a ridurre le disparità sanitarie attraverso metodi di coinvolgimento della comunità, che incorporino una piena comprensione e un'ampia esposizione dei fattori sociali che incidono sulla salute e che acquisiscano una prima - esposizione alla formazione di partenariati comunitari a lungo termine e alla pratica dell'autentica alleanza.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00382-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00382-0/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Nuovi approcci per sviluppare politiche integrate di “One Health”

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

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

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

La scienza è fondamentale per sviluppare e promuovere nuovi approcci per la resilienza climatica e la prospettiva “One Health” ed è stata identificata dalla collaborazione quadripartita (Fao/Unep/Who/Woah) come la principale via da seguire. Tuttavia, l'implementazione e l'adozione di questi approcci dipendono dalla loro desiderabilità, attuabilità e fattibilità dal punto di vista decisionale e politico

11 SET -

Nel recente articolo sulla rivista “The Lancet” intitolato “Strumenti di supporto alle decisioni per costruire la resilienza climatica contro le malattie infettive emergenti in Europa e oltre”, di Joacim Rocklöv, Jan C. Semenza, et al., pubblicato il 07 agosto 2023 [DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanepe.2023.100701>] si afferma che “Il cambiamento climatico è uno dei numerosi motori delle epidemie ricorrenti e dell'espansione geografica delle malattie infettive in Europa. Proponiamo un quadro per la coproduzione di indicatori rilevanti per le politiche e strumenti di supporto decisionale che tracciano i rischi di malattie indotte dal clima passati, presenti e futuri attraverso domini di pericolo, esposizione e vulnerabilità all'interfaccia animale, umana e ambientale”.

Da questo deriva la necessità di “co-sviluppo di sistemi e strumenti di allerta precoce e risposta per valutare i costi e i benefici dell'adattamento ai cambiamenti climatici e delle misure di mitigazione in tutti i settori, per aumentare la resilienza del sistema sanitario a livello regionale e locale e rivelare nuovi punti di ingresso e opportunità politiche”.

Ne deriva che è necessario un “approccio (che) prevede coinvolgimento multilivello, metodologie innovative e nuovi flussi di dati. Sfruttiamo l'intelligence generata localmente ed empiricamente per quantificare gli effetti in aree che subiscono una rapida trasformazione urbana e minacce eterogenee di malattie indotte dal clima”.

Infine viene dichiarato l'obiettivo degli scriventi che è quello di “ridurre il divario tra conoscenza e azione sviluppando un framework integrato One Health-Climate Risk.”

Cambiamenti climatici e salute

È ormai assodato che l'emergenza, la trasmissione e l'espansione della portata geografica delle malattie infettive sono derivate dal cambiamento ambientale globale (compresa la mobilità della popolazione) e da fattori socio-politici. I cambiamenti del clima e dell'uso del suolo offriranno nuove prospettive di condivisione virale tra animali selvatici, precedentemente separati geograficamente.

In questo contesto la redistribuzione delle specie può favorire l'emergere di eventi di ricaduta zoonotica che rappresentano una potenziale minaccia per la salute pubblica. Di particolare interesse sono le zoonosi che si affidano a vettori invertebrati per la loro trasmissione a ospiti vertebrati.

Ciò che li accomuna è una via di trasmissione attraverso un compartimento ambientale che li rende sensibili al clima. I vettori invertebrati sono soggetti a tassi di sopravvivenza e riproduzione dipendenti dal clima che ne influenzano il potenziale di trasmissione. Invece le zoonosi con un ciclo di trasmissione da uomo a uomo autosufficiente, come SARS-cov2 e virus dell'influenza, sono meno sensibili al clima.

I pericoli, le esposizioni e le vulnerabilità variano tra le popolazioni umane e sono soggetti a incertezza in termini di entità e probabilità di diffusione, a seconda della variazione spazio-temporale delle caratteristiche socioeconomiche e delle differenze nella gestione del rischio, nella capacità di adattamento e nelle strategie di mitigazione.

Quando si considera il rischio di trasmissione di malattie infettive sensibili al clima, questi determinanti del rischio (vale a dire, pericolo, esposizione, vulnerabilità) interagiscono ulteriormente tra i domini della salute umana, animale e

ambientale. Ad esempio, varie condizioni meteorologiche e climatiche possono influenzare la riproduzione e la sopravvivenza di animali, vettori di malattie e agenti patogeni.

Questo influisce sulla portata geografica, sulla successiva esposizione e sul potenziale di trasmissione di agenti patogeni, mentre altri fattori biologici, ecologici, demografici, sociali, e fattori strutturali possono influenzare la vulnerabilità a queste malattie infettive. Quindi i determinanti sociali della salute sono importanti da prendere in considerazione perché sono fondamentali per comprendere la distribuzione delle malattie infettive e dei fattori correlati.

La resilienza della sanità pubblica alle malattie infettive sensibili al clima

È relativa alla sua capacità di resistere e gestire con efficacia le minacce derivate dai cambiamenti nel rischio di malattie infettive dovute ai cambiamenti climatici.

Per essere in grado di resistere la sanità pubblica deve poter prepararsi, e rafforzare le capacità fondamentali e l'adattabilità a stress nuovi e imprevisi. Gli strumenti di supporto decisionale e gli interventi basati sull'evidenza sono fondamentali per l'adattamento alle nuove situazioni facilitando le strategie, l'allocazione delle risorse e l'attuazione delle misure di adattamento.

Questo richiede l'adozione di strumenti di supporto decisionale per le azioni di risposta e la capacità di aumentare in modo ottimale gli interventi in presenza di vincoli di risorse. Sebbene esistano alcuni strumenti per la previsione a breve e lungo termine del rischio di epidemie di malattie infettive sensibili al clima, esiste ancora un numero limitato di strumenti operativi, utilizzabili.

Inoltre, gran parte dei dati necessari per supportare e parametrizzare questi strumenti non sono disponibili e le analisi sono attualmente insufficienti.

Un possibile modello di riferimento

Se ci si vuole basare sul quadro dell'IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change, promosso dall'ONU, per valutare il rischio climatico nella prospettiva "One Health" per la sorveglianza integrata della salute animale, umana e ambientale, è necessario un "approccio olistico" e "integrato" per affrontare le emergenze, la trasmissione e la dispersione delle malattie infettive.

Questo è possibile, come citano i colleghi autori del citato articolo su "The Lancet", applicando un "quadro integrato dalla conoscenza all'azione transdisciplinare", che mette insieme flussi di ricerca applicata per co-produrre strumenti e soluzioni di supporto decisionale basati su prove in collaborazione con un insieme diversificato di parti politiche interessate.

Inoltre è necessario incorporare flussi di dati raccolti regolarmente e nuovi e considerare le vulnerabilità sociali per promuovere soluzioni innovative ed eque per la resilienza climatica.

Tale approccio punta a creare le condizioni per coprodurre strumenti di supporto decisionale innovativi rilevanti per le politiche, ricerche e flussi di dati che evidenzino i pericoli, l'esposizione, le vulnerabilità e i metodi di sorveglianza dei rischi legati al cambiamento climatico e gli interventi per migliorare la resilienza ai rischi di malattie infettive sensibili al clima utilizzando un approccio "One Health".

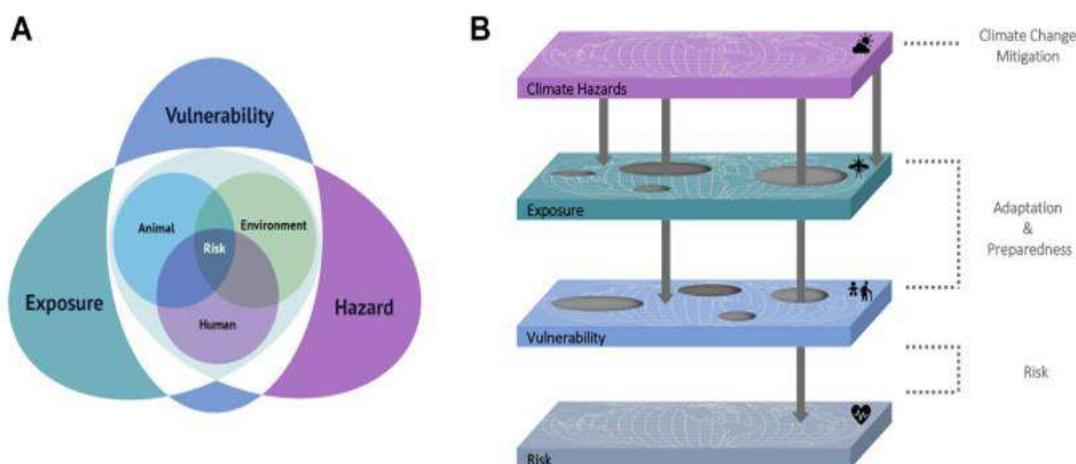


Fig. 1 Approccio integrato One Health–Climate Risk

Fig. 1 Approccio integrato One Health–Climate Risk

Il problema attraversa scienza, economia e società, e, quindi, è necessario metodologicamente combinare diverse discipline sulla base dell'approccio integrato "One Health–Climate Risk" (Figura 1) ed è deve essere progettato per operare in diversi "scale di azione pubblica" (locale, nazionale, regionale e globale) e "scale temporali" (monitoraggio dei cambiamenti storici, previsioni a breve termine e proiezioni a lungo termine; Figura 2).

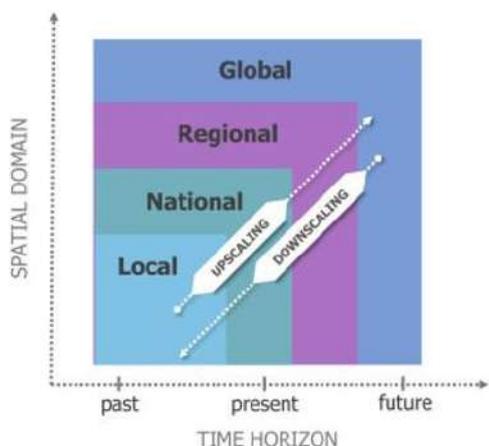


Fig. 2 **Ambiti spazio-temporali in cui si stanno sviluppando gli strumenti integrati One Health–Climate Risk.**

Se si utilizza questo approccio proposto, è necessario concettualizzare metodi di sorveglianza che sfruttano un ampio insieme di fonti di informazioni. La ricerca di studi di casi locali e di flussi di dati deve essere combinata con ulteriori dati empirici ed epidemiologici, risultati di modellazione e valutazioni di esperti per co-sviluppare:

- Indicatori che tracciano il rischio storico di malattie infettive sensibili al clima e prevedono impatti futuri;
- Allerta precoce e sistemi di risposta mirati;
- Metodi per valutare gli interventi di adattamento e mitigazione del clima (esistenti) in specifici siti di studio.

Gli indicatori sviluppati utilizzando prodotti globali possono essere ridimensionati utilizzando le informazioni raccolte su scale spaziali ad alta risoluzione e incorporate nei sistemi di supporto alle decisioni regionali o locali. Nel frattempo, i dati raccolti localmente possono informare i modelli di malattie infettive e migliorare le valutazioni del rischio di malattia in ambiti di azione pubblica più ampi (cioè nazionali, regionali o globali).mVedi (Figura 3) a seguire.

Vedi (Figura 3) a seguire.

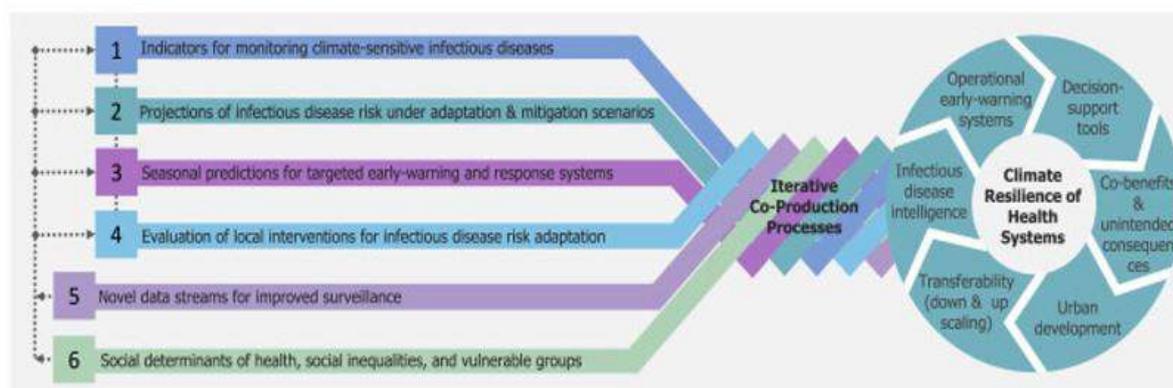


Fig. 3 Il quadro integrato Knowledge-to-Action

Indicatori e modelli possono essere formulati e applicati per tenere traccia dei cambiamenti storici (passati), prevedere la probabilità di emergenza e focolai da scale temporali substagionali a stagionali e prevedere modelli di rischio che cambiano a lungo termine (ad esempio, fino alla fine del secolo), dati i diversi percorsi delle emissioni di gas a effetto serra, i cambiamenti della popolazione e i livelli di adattamento e mitigazione.

L'adattabilità attribuito di un sistema sanitario pubblico resiliente

La capacità di adeguare le strategie, potenziare gli interventi e allocare le risorse in base al mutare delle condizioni è essenziale per affrontare efficacemente le sfide emergenti. Gli interventi di mitigazione e adattamento basati sull'evidenza sono fondamentali per facilitare questa capacità di adattamento.

Metodi di valutazione rigorosi degli interventi dal punto di vista di "One Health" possono migliorare la progettazione di soluzioni e interventi locali, sostenibili, a lungo termine, a monte per migliorare la resilienza alle malattie infettive sensibili al clima e aiutare a identificare e monitorare le conseguenze indesiderate.

E' necessario quantificare gli impatti causali degli interventi di adattamento e mitigazione del clima sul rischio di malattie infettive sensibili al clima utilizzando approcci sperimentali (ad esempio, studi di controllo randomizzati) e quasi-sperimentali (ad esempio, stima delle differenze nelle differenze, progettazione della discontinuità della regressione geografica, approccio delle variabili strumentali e utilizzo di dati raccolti da diverse fonti).

I metodi quasi sperimentali sono vantaggiosi per valutare l'impatto causale di, ad esempio, interventi paesaggistici o infrastrutturali, quali la costruzione di zone umide, lo stoccaggio dell'acqua, la sostituzione dei tombini, il rinverdimento urbano e opere anti-alluvione dopo un incendio) sul rischio di vettore malattie trasmesse e zoonotiche a causa dell'impossibilità di randomizzare tale interferenza.

Oltre a valutare l'efficacia tecnica degli interventi, nell'ambito di una valutazione complessiva delle prestazioni, è altrettanto importante considerare eventuali conseguenze indesiderate dell'intervento, in particolare sugli esiti sanitari, e determinare il "valore" economico dell'intervento. Nessuno dei due è semplice. Ma entrambi sono fondamentali per migliorare i processi decisionali e fornire una comprensione più completa dell'impatto netto di un intervento.

Considerazioni finali

La scienza è fondamentale per sviluppare e promuovere nuovi approcci per la resilienza climatica e la prospettiva "One Health" ed è stata identificata dalla collaborazione quadripartita (FAO/UNEP/WHO/WOAH) come la principale via da seguire.

Tuttavia, l'implementazione e l'adozione di questi approcci dipendono dalla loro desiderabilità, attuabilità e fattibilità dal punto di vista decisionale e politico. Tale approccio può anche fornire una comprensione degli impatti e dei costi-benefici.

Questo approccio è particolarmente opportuno in un mondo post-pandemico in cui una malattia zoonotica ha appena creato una grave minaccia per la sicurezza sanitaria e data l'ambizione del Quadripartito (FAO/UNEP/WHO/WOAH) di aumentare l'adozione e l'influenza delle prospettive "One Health" a vari livelli della società e abbracciando la crescente necessità di prevenire e di prepararsi alle malattie infettive emergenti, che riguarda direttamente e indirettamente le politiche di mitigazione e adattamento ai cambiamenti climatici.

Al momento, le politiche e le discussioni politiche tendono a non tenere conto degli impatti dell'adattamento climatico e delle trasformazioni guidate dalla mitigazione sugli esiti delle malattie infettive.

Anche nel nostro Paese i termini del NADEF, della prossima Legge di Bilancio e il dibattito politico relativo non tengono conto di quanto qui riportato e, anzi, sembrano condividere un approccio non al livello dei problemi attualmente presenti anche in Italia di integrazione e di considerazione del sistema salute come il "driver fondamentale" per ridisegnare il "sistema Paese".

Le previsioni macroeconomiche internazionali sono non espansive. La crisi della bolla immobiliare cinese spinge al ribasso le Borse internazionali. Eurostat e banca d'Italia rivedono le previsioni del PIL italiano sotto l'1% al ribasso tendenziale. I margini per rifinanziare welfare e sanità si restringono.

In questo contesto il Governo ha annunciato tagli per oltre 15 Miliardi di Euro sulle progettualità previste con il PNRR in particolare quelle legate a temi ambientali e di riqualificazione urbana e di servizi sociali.

Questi tagli proposti andranno inevitabilmente ad impattare sulla tenuta dei territori e delle comunità, sapendo che la mancanza di servizi sociali e di ambienti vivibili sono sempre possibili "proxy" di successive "medicalizzazioni" evitabili e spesso improprie e inappropriate.

Non stupisce, quindi, la presa di posizione della Conferenza Stato-Regioni-PPAA sulle proposte di tagli del Governo al PNRR e suscita incertezza la proposta di finanziare questi tagli sui Fondi di Coesione UE che spesso erano già impegnate e non si riscontrano disponibilità ulteriori a breve.

Il dibattito e il confronto politico istituzionale sulla Legge di Stabilità 2024 sono in corso. A breve avremo riscontro sulle scelte che il Governo e il Parlamento faranno ...

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116466

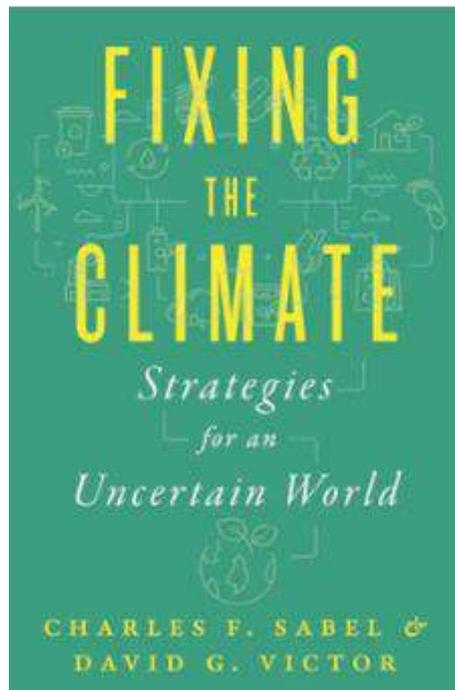
Come affrontare la sfida climatica? La risposta di Charles Sabel

Come rispondere alla sfida climatica? Come farlo qui e ora, in modo concreto e produttivo di effetti? Charles Sabel e David Victor hanno una risposta, che ci obbliga a interrompere il filo dei pensieri e a riflettere. Non funzionano né soluzioni via mercato, né accordi diplomatici globali. E infatti stiamo procedendo a passi di lumaca e si fa sempre più largo l'idea che ambientale sia nemico di sociale.

Quando invece è possibile accelerare la transizione e renderla produttiva di più e migliori lavori, ma a una condizione: che sempre più imprese in tutto il mondo si prendano il rischio di innovare e collaborino, fra loro e con lo Stato e la società, a livello globale e locale, co-disegnando filiere produttive, soluzioni istituzionali, nuovi mercati e nuove tecnologie.

A questo fine devono lavorare gli Stati, certo fissando standard e obiettivi e dando incentivi, ma unendovi sempre l'accompagnamento dei processi, offrendo a chi innova l'opportunità di orientare quegli obiettivi e quegli standard e così rendendo loro più conveniente rischiare e assai costoso star ferme.

Questa è la governance sperimentalista, come la chiamano Sabel e Victor, che sfugge alla dicotomia oziosa fra centralizzazione e decentramento, e che essi ritrovano nei progressi più significativi in giro per il mondo.



«I grandi piani falliscono. Il pianeta si può salvare unendo piccoli obiettivi»

CLIMA. *Un approccio sperimentalista per affrontare la crisi del clima. Sull'esempio di Montreal più che di Kyoto. Parla Charles Sabel*

Charles F. Sabel è professore di diritto e scienze sociali alla Columbia Law School. Il suo ultimo libro, *Fixing the Climate* (Princeton University Press, 2023, con D.G. Victor), riorienta radicalmente il pensiero sulla crisi climatica.

Charles, tu sostieni che le misure sin qui messe in campo abbiano sostanzialmente fallito. Eppure, ci dici anche che la soluzione è davanti ai nostri occhi.

La tesi generale del libro è che, nonostante trent'anni di tentativi, le soluzioni globali basate su regole uniformi, come una tassa sul carbonio o obiettivi concordati a livello globale, non abbiano funzionato. Il loro fallimento è la realtà da cui partire. Ciò che sta funzionando, invece, sono gli sforzi per raggiungere una transizione verde in settori specifici come i veicoli elettrici, il fotovoltaico o l'eliminazione delle sostanze che distruggono l'ozono. Così come le sperimentazioni a livello di luoghi specifici. In altre parole, i tentativi di creare un (apparentemente) semplice sistema globale di regole e incentivi per indurre una transizione verde sono falliti, mentre gli sforzi concreti – a livello di filiera o di luogo – per affrontare i principali ostacoli alla transizione stanno avendo successo.

Se è così, perché queste soluzioni non vengono adottate dappertutto?

Mentre il Protocollo di Montreal del 1987 sulle sostanze che danneggiano lo strato di ozono è sotto gli occhi di tutti e funziona, il suo successo è stato erroneamente attribuito alla presenza di alternative tecnologiche pre-definite e al ruolo di obiettivi vincolanti. Uno dei compiti del libro è invece di fornire una spiegazione diversa. Si tratta di un modello decentralizzato ma coordinato, o "sperimentalista", orientato alla soluzione di un problema specifico. Questo tipo di problem solving può diventare la base di un nuovo tipo di globalizzazione.

Pensi che in tutto ciò sia in gioco un nuovo ruolo dello Stato? Intendo il cosiddetto «Stato innovatore» suggerito dai lavori di Mariana Mazzucato.

Non c'è dubbio che il ruolo dello Stato sia in via di ridefinizione, anche a causa delle sfide poste dall'emergenza climatica. Siamo però ancora molto lontani da un mondo in cui si possa assumere che gli Stati abbiano le capacità di mantenere i propri impegni, specialmente laddove tali impegni comportano la messa in discussione dello status quo. Ci siamo liberati da alcuni degli aspetti peggiori dell'ortodossia, ma facciamo ancora fatica a trovare una via da seguire. Se si guardano i dettagli, come vengono spesi i soldi, quali tipi di progetti sono ammissibili, come verranno valutati i risultati, c'è molta ambivalenza su quale dovrebbe essere esattamente il ruolo dello Stato.

Confrontando Montreal e Kyoto, tu sostieni che, nonostante le differenze, i due casi sono, in linea di massima, comparabili? È un punto controverso. Ci spieghi perché?

Partiamo dai motivi spesso addotti per distinguerli. Il primo tema è che la comprensione dei meccanismi alla base della vulnerabilità dello strato di ozono fosse ben consolidata e, quindi, non vi fosse alcun motivo per ritardare l'azione. La scienza del cambiamento climatico, invece, è ancora immatura, consentendo agli scettici di trasformare le aree di incertezza in dubbi sulla validità delle prove scientifiche, tali da ridurre la pressione sull'azione collettiva. Un secondo argomento riguarda la disponibilità di alternative tecnologiche. Si diceva che i sostituti delle sostanze che riducono lo strato di ozono fossero ben noti o alla portata dei principali produttori. Per quanto riguarda il cambiamento climatico, continua l'argomentazione, la situazione è ancora una volta l'opposto: alternative praticabili alla "tecnologia sporca" si trovano su un orizzonte così lontano che è molto più facile immaginarle che attuarle.

E tu sostieni che questo è falso?

È un resoconto molto parziale. La conoscenza scientifica sullo strato di ozono era tutt'altro che matura alla fine degli anni '80, quando il Protocollo entrò in vigore. Alcune delle reazioni chiave che distruggono l'ozono nella stratosfera antartica, in particolare quelle che comportano l'esposizione diretta al sole estivo, erano ben note; altre, che si verificavano ai bordi delle gelide nubi stratosferiche, non lo erano affatto. Anche il presunto ottimismo tecnologico merita un esame approfondito. Le stime degli esperti all'epoca indicavano che si potessero trovare sostituti funzionanti per il 50% dei prodotti che danneggiavano lo strato di ozono, più o meno la stessa incertezza che oggi caratterizza le discussioni intorno a settori privi di soluzioni tecnologiche pronte da applicare.

Nel caso di Montreal non è stata la fiduciosa aspettativa verso soluzioni indolori che ha portato alla risoluzione dei problemi, quanto la formazione di processi decisionali decentrati a livello di filiera e settore. Processi decisionali i cui

protagonisti sono stati attori pubblici e privati con una conoscenza pratica dei problemi da affrontare. Tutto ciò non significa negare che la de-carbonizzazione dell'economia sia un'impresa più complessa della protezione dello strato di ozono. Ma quella differenza pone sfide simili all'esplorazione collaborativa in condizioni di incertezza. Per questo, è giunto il momento di imparare dalle vere lezioni del successo di Montreal.

<https://ilmanifesto.it/i-grandi-piani-falliscono-il-pianeta-si-puo-salvare-unendo-piccoli-obiettivi>

ForumDD pubblica il Rapporto “La sfida dell’efficienza energetica alla prova delle disuguaglianze”

Mentre per l’Europa, che ha avviato la negoziazione sulla Direttiva edifici green, è sempre più urgente incrementare l’efficienza energetica degli immobili per contrastare i cambiamenti climatici, l’Italia distrugge l’unica misura che andava in quella direzione: il Superbonus. Salvo poi tornarci sopra con una proposta di legge parlamentare piena di luci e ombre. Nel Rapporto “[La sfida dell’efficienza energetica alla prova delle disuguaglianze](#)” il Forum Disuguaglianze e Diversità ricostruisce le misure per il recupero e la riqualificazione energetica degli edifici dal 1998 fino all’introduzione del Superbonus e alla sua abolizione, dal punto di vista della giustizia sociale. A partire da questa analisi, viene delineata infine una proposta di politica strutturale che superi timidezze, frammentazioni, e che abbia come obiettivo una transizione giusta

A partire dall’analisi delle politiche italiane in materia di efficientamento energetico del patrimonio edilizio, il Forum Disuguaglianze e Diversità, nel suo Rapporto dal titolo “[La sfida dell’efficienza energetica alla prova delle disuguaglianze](#)”, ricostruisce il quadro attuale per delineare gli elementi di una proposta di politica strutturale e di medio periodo, che veda nell’efficienza e nel risparmio energetico una risposta alla povertà e al cambiamento climatico.

Un tema centrale che vede le istituzioni europee impegnate proprio in questi mesi nella negoziazione per raggiungere la versione definitiva della cosiddetta **Direttiva edifici green**, approvata dal Parlamento europeo il 14 marzo 2023, che prevede di portare entro il 2033 tutti gli edifici residenziali almeno nella classe energetica D. Mentre l’Europa va in questa direzione, **il governo italiano ha abolito il Superbonus 110 per cento**, una misura che, pur bisognosa di una valutazione e di una riforma, ha dotato il nostro Paese di un piano e di uno strumento di medio periodo su questo tema.

Come il Forum Disuguaglianze e Diversità ha scritto fin dal gennaio del 2021 [in occasione della pubblicazione di un documento di valutazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza](#) (che include misure per la riqualificazione energetica destinando 13,81 miliardi al Superbonus), per migliorare il Superbonus 110 per cento sarebbero stati opportuni e possibili alcuni interventi come la modulazione degli incentivi per tenere conto delle condizioni economiche del territorio e dei valori patrimoniali degli edifici privati; l’integrazione degli interventi con la riqualificazione degli spazi esterni; l’introduzione di misure per promuovere l’uso del bonus. Sul punto, [con una nota di maggio 2021](#), il ForumDD aveva sottolineato come nel Pnrr ci fosse solo una rapida citazione della povertà energetica tra le motivazioni dell’efficientamento in edilizia, senza prevedere alcuna proposta di contrasto e senza alcuna misura per evitare di destinare il Superbonus solo ai ceti più abbienti.

Oggi la situazione è quella di una grande frammentazione delle misure: si contano **oltre venti possibili combinazioni di bonus** – compresi quello sui mobili o il bonus verde – con detrazioni variabili da un minimo del 36% a un massimo del 110%. In alcuni casi si tratta di misure permanenti, in altri temporanee e in altri ancora regolate da condizioni destinate a variare nel tempo. Di fatto occorre attendere ogni anno il testo della legge di bilancio per poter conoscere nel dettaglio come la materia dell’efficientamento energetico sarà regolata nei successivi 12 mesi. Questo determina un grosso impedimento per i cittadini e le cittadine alla possibilità di pianificare nel tempo eventuali interventi in maniera informata e consapevole. Crediamo sia necessario un altro tipo di approccio e da qui partiamo per delineare la nostra proposta.

Dal 1998 al 2020: la fase dei bonus regressivi

L'analisi parte dal quadro delle politiche di efficientamento energetico dell'Italia, dove, a partire dal 1998, si sono stratificati una serie di incentivi fiscali per favorire il recupero del patrimonio immobiliare e, dal 2007, per l'efficientamento energetico, con un progressivo innalzamento dell'aliquota di detrazione fiscale e l'ampliamento della tipologia di interventi ammissibili, introdotti spesso con misure temporanee che hanno generato incertezza nei modi e nei tempi di realizzazione. Dall'analisi emerge come **tutte queste misure abbiano avuto un carattere regressivo** in quanto ne hanno beneficiato maggiormente i contribuenti con un patrimonio immobiliare e con un reddito medio e alto, che, disponendo di liquidità e di capacità fiscale sufficiente, hanno potuto effettivamente scomputare le detrazioni dal debito di imposta.

La svolta del 110%: cessione del credito e inclusione degli incapienti

In questo senso, l'introduzione del Superbonus del 110 per cento (DL 34/2020) ha rappresentato un elemento di discontinuità. Per due motivi in particolare: l'obbligo di aumento della classe energetica dell'abitazione di almeno due classi e la possibilità di cedere il credito a terzi. Questi due elementi hanno fatto sì che anche gli incapienti abbiano avuto accesso all'incentivo. Ne è testimonianza la stima di Nomisma: **1,7 milioni il numero di italiani con redditi medio-bassi che ha beneficiato del provvedimento** e la distribuzione geografica è risultata più omogenea rispetto a quella registrata con le misure precedenti. L'unico gap sociale rimasto ha riguardato le difficoltà di accesso alle informazioni per usufruire della misura. E sempre Nomisma ha stimato **un risparmio in bolletta del 30,9% per un salto di 2 classi e del 46,4% per un salto di 3 classi**, registrando – su stime che riguardano cantieri già conclusi – un risparmio complessivo di circa 29 miliardi, corrispondente a un risparmio medio in bolletta di 964 euro all'anno. A tali miglioramenti di classe energetica corrisponde inoltre **un incremento del valore immobiliare**, stimato attorno ai 7 miliardi nel caso in cui tutte le unità riqualficate rientrassero precedentemente nelle classi energetiche inferiori.

Anche se non pienamente redistributiva, il **Superbonus** ha rappresentato l'unica politica strutturale che, intervenendo sui consumi energetici delle abitazioni, **ha contrastato e ridotto alcune delle cause della povertà energetica e ha migliorato in modo durevole la condizione abitativa delle fasce più vulnerabili**, permettendo un risparmio di spesa a molte famiglie italiane. Secondo alcune stime, infatti, grazie all'efficientamento energetico il settore residenziale potrebbe ridurre i consumi di quasi il 25 per cento entro il 2030. La misura ha inoltre avuto un impatto significativo in termini occupazionali: per Bankitalia, tra il 2019 e il 2022 **il comparto delle costruzioni ha registrato aumenti del valore aggiunto** e dell'occupazione rispettivamente nell'ordine del 27 e del 18 per cento. Il successo del Superbonus è attestato anche dai risultati in termini di edifici interessati. Ciò si è tradotto in un disavanzo significativo per le casse dello Stato, che sarebbe però in parte riassorbito nel medio-lungo periodo grazie al valore aggiunto generato.

Certo non mancano limiti. Si è trattato di un intervento straordinario, con una tempistica concitata, che ha determinato anche la difficoltà a reperire i materiali e la crescita dei prezzi, con alcune regole sbagliate: assenza di un meccanismo di monitoraggio sui preventivi (come a esempio avviene nei meccanismi di rimborso delle ricostruzioni post-sismiche) e di un tetto di spesa massima a metro quadro, eccessiva timidezza negli obblighi di efficientamento energetico, incentivazione prevista anche per le caldaie a gas, esclusione delle abitazioni senza impianti termici fissi, generosità finanziaria anche verso settori sociali che non ne avrebbero assolutamente bisogno.

“Uccidete il Superbonus”

Nonostante questo, **il governo Meloni, in sostanziale continuità con quello di Draghi, ha smontato la misura in poche mosse**: stop a cessione del credito, allo sconto in fattura e all'acquisizione del credito da parte degli enti locali, e progressivo rientro nei ranghi della detrazione fiscale fino al 2025. Obiettivo: a fine 2023 il viaggio del Superbonus si deve chiudere definitivamente.

Perché, chiede il Forum Disuguaglianze e Diversità nel Rapporto, piuttosto che con un intervento chirurgico e mirato, si è voluto cancellare alla radice l'unica politica che ha sostenuto la ripresa di un settore in crisi e la crescita dell'occupazione nel momento stesso in cui faceva fare passi avanti al paese nell'efficientamento energetico, nella riqualficazione abitativa, facendo sì che tutti i cittadini ne potessero beneficiare? Alcuni elementi per provare a rispondere arrivano dall'analisi di una proposta di legge presentata da alcuni parlamentari della Lega e della bozza del Pniec, il Piano per l'energia e il clima presentato a fine giugno a Bruxelles dal governo italiano.

La prima introduce una corsia preferenziale per le famiglie con reddito sotto i 15.000 euro per un incentivo al 100 per cento e cessione del credito, ma al contempo, conferma l'approccio negazionista e sovranista con risultati in termini di **riduzione delle emissioni al di sotto degli obiettivi posti dalla direttiva europea sulle case green e tempistiche molto più rallentate** e nessuna attenzione all'edilizia residenziale pubblica. Nella bozza ufficiosa del piano integrale del Pniec, (analizzata dal Forum Disuguaglianze e Diversità nella nota **“La transizione energetica tra spinte di cambiamento e di conservazione: una introduzione per inquadrare il PNIEC”**), invece, si parla di **aliquote crescenti in rapporto alle**

prestazioni energetiche raggiunte, di agevolazioni per le famiglie a basso reddito, di priorità da dare agli interventi su edifici meno performanti, ma si difende a oltranza l'utilizzo delle caldaie a gas.

La proposta

*Il Rapporto si chiude con una **proposta di politica strutturale** che deve essere in grado di mettere in campo una **strategia chiara e di sistema**, che tenga insieme obiettivi ambientali e abitativi, anche per le fasce economicamente più deboli, identificando con chiarezza gli obiettivi delle misure. In particolare la politica dovrebbe prevedere i seguenti obiettivi:*

- 1) stabilizzazione del meccanismo per l'**opportuna pianificazione degli investimenti** di operatori di mercato e utenti finali (eventualmente prevedendo incentivi a scalare nel tempo);*
- 2) incentivazione alla ristrutturazione per garantire come minimo il **raggiungimento degli obiettivi della direttiva EPBD** ed incremento progressivo dell'incentivo in rapporto al miglioramento dell'efficienza raggiunto;*
- 3) **esclusione delle caldaie a combustibili fossili**, per incentivare l'elettrificazione dei consumi;*
- 4) adozione di strumenti che garantiscano l'accesso agli **interventi a partire dalle fasce di reddito più basso** (ed esclusione seconde case) e che non abbiano capitali sufficienti da anticipare, tenendo conto dei limiti delle politiche selettive, che spesso faticano a definire il target sociale in modo appropriato e devono fare i conti con le conseguenze dell'evasione fiscale su strumento di selezione come l'ISEE o il reddito;*
- 5) **possibilità di cedere il credito per chi non ha la capienza** fiscale sufficiente ad assorbire l'importo incentivato;*
- 6) **concentrazione delle risorse pubbliche sull'Edilizia Residenziale Pubblica**, con politiche mirate e attraverso la ristrutturazione di strumenti già in essere (come il Conto Termico);*
- 7) **integrazione** delle politiche che agiscono sulle singole abitazioni, **con interventi a scala di comunità e di quartiere**, al fine di migliorare – attraverso la riqualificazione energetica – i contesti di vita delle persone, agendo sugli spazi pubblici e sulla socialità.*

la Repubblica

Allarme clima ultima chiamata

Mathis Wackernagel

Al festival "Una sola Terra" di Brescia arriva l'ambientalista che ha elaborato il concetto di "impronta ecologica". Ascoltiamolo

Il dibattito sul clima sta fallendo. L'attuale concentrazione di gas serra nell'atmosfera promette già un devastante aumento delle temperature di 3°C, secondo i dati del NOAA, l'agenzia governativa statunitense. E stiamo parlando solo di clima. Ciò dimostra che la comunità scientifica e il movimento per il clima non sono stati in grado di motivare a sufficienza le società affinché adottassero misure climatiche efficaci. Ho il sospetto che l'errore fondamentale stia nel descrivere la sfida climatica come una questione a sé stante, un problema isolato.

Questo perché a causa delle sue caratteristiche, che lo rendono fondamentalmente un "problema del free rider" globale, ridurre le emissioni di gas a effetto serra risulta così praticamente impossibile.

Il fenomeno del free riding si verifica quando gli incentivi che muovono le parti interessate e la società non sono allineati. Chi emette i gas a effetto serra trae profitto dall'energia prodotta, mentre l'umanità deve subire le conseguenze di queste emissioni; o al contrario, chi taglia le proprie emissioni rinuncia a un po' di agiatezza, mentre aumentano i vantaggi per l'umanità nel suo complesso. I problemi del free rider sono complessi da risolvere e quelli che hanno portata globale e dei quali avvertiamo gli effetti con un certo ritardo, come nel caso del clima, sono ancora più difficili da superare.

Questo mi porta all'ipotesi seguente: ampliando la nostra prospettiva sulla sfida climatica per considerarla come un sintomo di una dinamica più ampia, quella del cosiddetto "ecological overshoot", la trappola del free riding diventa molto più gestibile.

Con il termine overshoot (in italiano, superamento) ci si riferisce alla situazione nella quale il fabbisogno umano supera la quantità di risorse che gli ecosistemi sono in grado di fornire e rinnovare. In questo modo gli ecosistemi si impoveriscono e i rifiuti si accumulano. Adottare una prospettiva che tiene conto del concetto di overshoot trasforma il dilemma ecologico in una gara che ci lascia maggiori speranze di vittoria. La narrativa dominante secondo cui siamo tutti incastrati in un "problema del free rider" senza via d'uscita, non solo sta rallentando l'adozione di possibili contromisure, ma è anche falsa e controproducente. Ciononostante, essa è onnipotente e ha conosciuto grande successo nelle sue

diverse versioni. Esemplicata nel documentario sul clima di Al Gore intitolato *Una scomoda verità*, essa suggerisce che accettare la verità sul cambiamento climatico sia più dispendioso e sgradevole che ignorarla.

Tuttavia, comprendere il contesto in cui ci troviamo e prepararci a ciò che ci attende è di gran lunga più utile e stimolante. Garantire la sicurezza delle risorse è di cruciale importanza per tutti ed è in linea con i nostri interessi personali profondi... Promuovere l'interesse personale non significa sostenere il capitalismo. L'interesse personale è più affine al gesto di lavarsi i denti. Quando ci laviamo i denti siamo mossi dal nostro interesse personale, non dà un senso di superiorità morale, né da un istinto capitalistico di avidità.

La cura di sé riguarda il proprio interesse personale.

Tutti noi ci laviamo i denti perché abbiamo interesse a mantenere la nostra igiene orale, il nostro capitale dentale. Pertanto, le campagne di sostenibilità dovrebbero assomigliare più alle pubblicità che promuovono l'igiene orale, piuttosto che ad attività da missionari che vogliono convertire le persone a una nuova religione.

Non agire di fronte all'overshoot è pericoloso, ignorare il fatto che siamo tutti coinvolti rischia di rendere vani i nostri sforzi. Da qui la mia ultima ipotesi. Se vogliamo aiutare le città e i paesi a evitare l'imminente impatto con l'iceberg, evitiamo di rivolgerci agli altri come a dire: "Sacrificati definitivamente per l'umanità senza ottenere niente in cambio". È difficile che i discorsi che ci descrivono intrappolati nel problema del free riding, così come gli appelli a "ridurre la nostra impronta ecologica", possano portare a delle vere trasformazioni. Forse per alcuni, ma non per otto miliardi di persone. Abbiamo piuttosto bisogno di ravvivare il desiderio delle persone nei confronti della trasformazione, stimolare la loro curiosità e aiutarle a trovare il loro senso di agentività.

Credi di doverti preparare a un futuro in cui il cambiamento climatico e la scarsità delle risorse saranno una realtà? Se sì, fallo, i benefici potrebbero andare ben oltre il tuo vantaggio personale. Se credi che sia utile prepararti al cambiamento, allora gli altri lo noteranno e inizieranno a imitarti. Questo "mettersi veramente in gioco" è uno dei modi più efficaci per affrontare il cambiamento climatico.

https://www.repubblica.it/robinson/2023/09/19/news/allarme_clima_ultima_chiamata-415068403/?ref=RHLM-BG-I387467671-P1-S2-T1

Science

Gli antenati umani potrebbero essere sopravvissuti all'estinzione 900.000 anni fa

La popolazione dei nostri antenati si è ridotta a circa 1300 adulti riproduttori, suggerisce uno studio di modellizzazione

Elisabetta Pennisi

Circa 1 milione di anni fa, i nostri lontani antenati cacciavano in piccoli gruppi e raccoglievano il cibo con sofisticati strumenti di pietra. Poi, circa 900.000 anni fa, accadde qualcosa: il numero di individui riproduttori si ridusse a soli 1.300 circa, secondo un nuovo studio che modellava le dimensioni delle popolazioni antiche. I nostri antenati sono arrivati a un passo dall'estinzione e le popolazioni sono rimaste così basse per i successivi 100.000 anni o più, sostengono oggi i ricercatori su Science .

Il lavoro, che si basa su un nuovo metodo statistico per stimare le dimensioni delle popolazioni antiche, fornisce informazioni su un momento critico per il nostro lignaggio e "riempie alcuni altri pezzi del puzzle della storia evolutiva umana", afferma Joshua Akey, un genetista evolucionista di Princeton. Università che non era coinvolta nel lavoro." Ma altri invitano alla cautela nell'adottare le sue conclusioni.

Rispetto ad altri primati viventi, gli esseri umani contemporanei hanno una diversità genetica inizialmente bassa. Per decenni i ricercatori hanno sospettato che ciò fosse dovuto al fatto che i nostri antenati hanno attraversato un collo di bottiglia nella popolazione. Per esplorare ulteriormente, una coppia di ricercatori dell'Accademia cinese delle scienze (CAS), Yi-Hsuan Pan e Haipeng Li, e i loro colleghi, hanno esaminato attentamente i genomi umani moderni. Gli scienziati sanno approssimativamente quanto tempo occorre perché le mutazioni si accumulino nei nostri geni e, osservando le

variazioni dei geni nelle diverse popolazioni, possono stimare quanto tempo fa questi gruppi si sono differenziati. I ricercatori possono riavvolgere questo orologio molecolare per indagare quando si sono verificati i principali eventi che hanno modellato la popolazione.

Li, un genomista del Key Laboratory of Computational Biology del CAS, era interessato alle popolazioni vissute 1 milione di anni fa. "Quello fu un periodo interessante per l'evoluzione umana", afferma Chris Stringer, paleoantropologo emerito del Museo di storia naturale di Londra. In quel periodo emersero diversi rami dei nostri parenti più stretti, uno dei quali diede origine al nostro lignaggio.

Li ha unito le forze con Pan, un genomista della East China Normal University, e insieme ai loro colleghi hanno sviluppato un nuovo approccio statistico. Per contenere i costi di calcolo e ridurre gli errori che derivano dal riportare l'orologio così indietro nel tempo, il loro modello utilizza solo un sottoinsieme di geni, come quelli non soggetti a forze come la selezione positiva che cambierebbero il tasso di mutazione, per stimare le dimensioni della popolazione in diversi momenti nel tempo.

Usando questo metodo, hanno calcolato quando erano comparsi i cambiamenti genetici nei genomi precedentemente sequenziati di 3154 individui provenienti da 10 popolazioni africane moderne e 40 popolazioni non africane moderne. Le dimensioni e la storia della popolazione influenzano l'accumulo di questi cambiamenti e gli scienziati possono analizzarli per capire quante persone hanno vissuto in momenti diversi nel tempo. Analizzando le linee temporali, Pan e Li hanno riscontrato un declino molto marcato, pari a circa il 99%, nella popolazione riproduttiva dei nostri antenati circa 930.000 anni fa. Il numero di coppie riproduttive è crollato da almeno 100.000 a 1.280, riferiscono. (La popolazione totale, compresi bambini e anziani, sarebbe stata più alta.) Il basso numero di abitanti persistette fino a circa 813.000 anni fa, quando il numero delle persone cominciò ad aumentare di nuovo, riferiscono i ricercatori.

Non è chiaro cosa abbia portato la nostra specie sull'orlo dell'estinzione, ma Pan e Li suggeriscono che lunghi periodi di glaciazione, raffreddamento delle temperature della superficie del mare o siccità potrebbero aver giocato un ruolo importante. "Potrebbe essere necessario perfezionare l'esatto periodo di tempo e la gravità", afferma Akey, ma "le prove di un grave collo di bottiglia sembrano piuttosto convincenti".

Tuttavia, Janet Kelso, biologa computazionale presso il Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology, è scettica. Lei nota che il segnale genetico del collo di bottiglia è più forte solo nelle popolazioni africane attuali, e non nelle persone che oggi vivono al di fuori dell'Africa, il che suggerisce che il collo di bottiglia potrebbe aver colpito solo alcune popolazioni ancestrali. Le conclusioni, "sebbene intriganti, dovrebbero probabilmente essere prese con una certa cautela ed esplorate ulteriormente", afferma.

Nicholas Ashton, un archeologo paleolitico del British Museum che non è stato coinvolto nello studio, è d'accordo. "L'ipotesi di un incidente globale non si adatta alle prove archeologiche e fossili umane", dice. "Rimangono dubbi su cosa abbia innescato il collo di bottiglia e cosa, dopo 120.000 anni, abbia portato all'espansione". Tuttavia, aggiunge, "qualsiasi nuovo modo di indagare sul passato dovrebbe essere accolto con favore".

https://www.science.org/content/article/human-ancestors-may-have-survived-brush-extinction-900-000-years-ago?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=DailyLatestNews&utm_content=alert&et rid=691092258&et cid=4882490



Minacce al futuro della salute globale: modifiche alle politiche degli NIH sulle collaborazioni di ricerca internazionali

Albert I. Ko, Salim S. Abdool Karim, Carlos Morel, Soumya Swaminathan, Peter Daszak, e Gerald T. Keusch,

2 settembre 2023

DOI: 10.1056/NEJMp2307543

I National Institutes of Health (NIH) degli Stati Uniti, in risposta alle verifiche condotte dall'Ufficio dell'Ispettore Generale del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani (HHS) e dal Government Accountability Office, hanno recentemente annunciato una nuova politica per i sub beneficiari stranieri dei finanziamenti NIH che parte fortemente da decenni di sforzi degli NIH per promuovere l'integrità della ricerca e costruire capacità di ricerca a livello globale. ¹

A partire dal 1° ottobre 2023, i destinatari stranieri del sub-premio saranno tenuti a fornire al beneficiario principale statunitense "copie di tutti i quaderni di laboratorio, di tutti i dati e di tutta la documentazione a supporto dei risultati della ricerca... almeno ogni sei mesi, o più frequentemente in base ai rischi"; l'NIH si riserva il diritto di esaminare questi documenti come parte delle sue responsabilità di supervisione.

La nuova politica risponde in particolare a un audit che criticava l'incapacità dell'NIH di proteggere i quaderni di laboratorio e i dati grezzi dell'Istituto di Virologia di Wuhan in Cina ² un sub-beneficiario di una sovvenzione dell'NIH a uno di noi [PD]), nonché a pressione del Congresso per migliorare la supervisione. ³

Ma il linguaggio ampio e spesso vago della politica è soggetto a interpretazione, il che ne complicherà l'attuazione. Il mandato rappresenta un cambiamento rispetto ai precedenti requisiti per la condivisione di dati scientifici di "qualità sufficiente per convalidare e replicare i risultati della ricerca", che escludevano specificamente quaderni di laboratorio, analisi preliminari, moduli completati di rapporti di casi, bozze di articoli scientifici e comunicazioni tra colleghi. ⁴

Riteniamo che imporre questi nuovi requisiti a tutti i sub-beneficiari stranieri dei finanziamenti NIH, senza un adeguato contributo da parte dei beneficiari statunitensi e dei loro collaboratori internazionali, invii il messaggio che gli NIH non si fidano degli scienziati di altri paesi per soddisfare i più alti standard di ricerca etica e responsabile pratica.

Il NIH – il più grande finanziatore della ricerca sanitaria a livello mondiale, con un budget annuale di oltre 40 miliardi di dollari – svolge un ruolo chiave nel promuovere e difendere l'integrità della ricerca ed esercita un'influenza sostanziale nel promuovere le migliori pratiche per la condotta responsabile della ricerca e la responsabilità fiscale.

La promozione di partenariati equi focalizzati su problemi di reciproca importanza per gli Stati Uniti e i paesi partner genera ricerca a beneficio delle popolazioni statunitensi e globali. La ricerca internazionale finanziata dall'NIH ha portato alla scoperta della reidratazione orale per il colera e altre infezioni enteriche, del trattamento e della gestione dell'HIV e dei vaccini per la poliomielite, l'Ebola, la febbre dengue e il Covid-19.

Riteniamo che i nuovi requisiti avranno conseguenze negative di ampia portata e saranno visti come una reazione eccessiva al rischio di una supervisione inadeguata. Sebbene possa essere ragionevole che i sub

destinatari stranieri forniscano determinati documenti, come chiarimenti sui conflitti di interessi o sulla paternità, alla frequenza proposta, la natura ampia della politica minerà lo scopo di supervisione previsto erodendo la fiducia della comunità scientifica globale, creando ingiustizie tra i partner e creando ostacoli allo svolgimento efficace della ricerca. È particolarmente problematico all'indomani della pandemia di Covid-19, che ha consolidato l'importanza della cooperazione internazionale nell'identificazione, prevenzione e mitigazione delle minacce pandemiche e nella valutazione rapida di vaccini e terapie.

Obiettività, onestà, apertura, responsabilità, equità e gestione sono valori fondamentali dell'integrità della ricerca. Soprattutto data la lunga storia di disuguaglianze coloniali e di asimmetria di potere nella ricerca internazionale, i programmi di successo si basano sulla fiducia e sul rispetto reciproci per ottenere responsabilità e controllo.

Nella migliore delle ipotesi, il documento politico inutilmente burocratico dell'NIH dimostra insensibilità nei confronti dei ricercatori stranieri; nel peggiore dei casi, rappresenta un'arrogante affermazione del primato statunitense. I requisiti minacciano le relazioni reciprocamente rispettose che sono essenziali per una collaborazione produttiva imponendo un controllo manageriale intrusivo. La comunità scientifica internazionale potrebbe vederli come la prova che il NIH e, per procura, gli Stati Uniti

Inoltre, le leggi di molti paesi affermano che i dati generati dagli sforzi dei cittadini appartengono al paese, non a un finanziatore straniero; il trasferimento obbligatorio di tutti i dati della ricerca alle istituzioni statunitensi potrebbe essere inaccettabile ai sensi di tali normative. Inoltre, i documenti trasferiti da destinatari stranieri di subaward alle istituzioni statunitensi e al NIH possono essere soggetti al Freedom of Information Act, che richiede la divulgazione dei registri delle agenzie statunitensi, compresi i documenti provenienti da ricerche finanziate a livello federale, su richiesta dei cittadini. I collaboratori stranieri potrebbero percepire questa possibilità come un'ulteriore violazione delle normative specifiche del paese che regolano i dati e la proprietà intellettuale da loro creati.

*Il trasferimento unidirezionale obbligatorio di documenti mina i principi di equità, responsabilità reciproca ed equità nella ricerca che la comunità sanitaria globale sostiene.*⁵

Una politica che presuppone che i ricercatori statunitensi aderiscano a standard di integrità della ricerca più elevati rispetto ai collaboratori stranieri non è fondata su prove. Se l'obiettivo è migliorare la trasparenza e la responsabilità complessive, perché la politica si rivolge solo ai sub destinatari stranieri, evitando di affrontare il trasferimento di documenti dalle istituzioni statunitensi a istituzioni partner nazionali o straniere?

L'onere amministrativo per i collaboratori stranieri derivante dal frequente trasferimento di documenti di ricerca sarà sostanziale. I sub destinatari stranieri sono già sovraccaricati da normative specifiche dell'NIH che vanno oltre i loro requisiti nazionali e istituzionali, come il controllo preliminare, la documentazione della conformità del comitato etico alle normative HHS per la protezione dei soggetti umani, la segnalazione dei conflitti di interessi finanziari e l'auditing per dimostrare conformità con i requisiti finanziari e di controllo interno del NIH.

*Gli NIH limitano le agevolazioni e i rimborsi amministrativi per i sub beneficiari stranieri all'8% dei costi diretti ammissibili, ben al di sotto del costo reale, mentre i tassi per le istituzioni statunitensi sono in genere superiori al 40% – una disparità che suggerisce che le istituzioni straniere stanno effettivamente sovvenzionando la ricerca sponsorizzata dagli NIH.*⁵*Le esigenze amministrative create dalla nuova politica aggraveranno queste disuguaglianze.*

Gli studi clinici internazionali, che sono fondamentali per la missione dell'NIH, sono particolarmente vulnerabili perché spesso si svolgono in più siti in un paese partner e possono generare centinaia di pagine di dati e fogli di calcolo ogni giorno.

Richiedere il trasferimento frequente di questi dati, che spesso includono informazioni sanitarie protette che devono essere deidentificate ed elaborate, è un altro mandato non finanziato. Inoltre, non è chiaro se l'NIH abbia capacità sufficienti per rivedere tutti questi dati o se la politica genererà semplicemente una montagna di documenti raramente esaminati.

La nuova politica è sorprendente alla luce degli approcci alternativi esistenti alla responsabilità.

Ad esempio, l'NIH potrebbe imporre queste regole solo alla ricerca che garantisce un'eccezionale supervisione della biosicurezza, come il lavoro ritenuto dal comitato HHS P3CO che coinvolga agenti patogeni potenziati dal potenziale pandemico. Questo approccio soddisferebbe la presunta motivazione di queste regole² e sarebbe probabilmente sostenuto dalla comunità scientifica internazionale e dal pubblico.

Altri approcci affondano le loro radici nella lunga storia degli NIH nel rafforzamento della capacità di ricerca a livello globale. Grazie ai programmi di formazione alla ricerca del Fogarty International Center e alle collaborazioni internazionali dell'NIH, ci sono gruppi di ricercatori competenti ed esperti provenienti da paesi a basso e medio reddito che avrebbero potuto fornire approfondimenti per modellare soluzioni migliori. L'utilizzo di revisori nazionali a contratto che rispettino l'autonomia dei ricercatori stranieri, comprendano le leggi locali e implementino audit che informino anche gli sforzi di rafforzamento delle capacità potrebbe mitigare gli aspetti punitivi delle richieste.

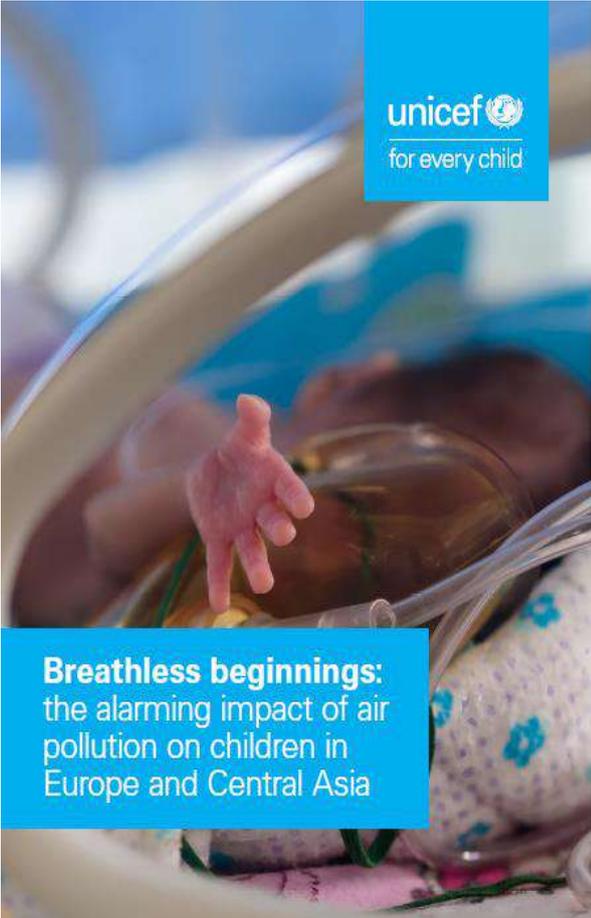
L'NIH è stato leader nell'introduzione di nuove tecnologie come i database REDCap (Research Electronic Data Capture), la raccolta e l'immissione di dati elettronici, mHealth, archiviazione basata su cloud, protocolli di identificazione dei campioni e armonizzazione della supervisione della biosicurezza. Il rafforzamento delle capacità finalizzato ad un'ampia diffusione delle nuove tecnologie potrebbe essere più efficace dei requisiti pesanti come incentivo per rafforzare la responsabilità e la supervisione.

Sebbene alcune istituzioni siano disposte a conformarsi ai cambiamenti, ci aspetteremmo che costituiscano l'eccezione piuttosto che la norma. Affinché una politica possa essere rispettata, deve essere adattata alle capacità, ai bisogni e alle normative locali delle istituzioni straniere. Le premesse alla base della nuova politica degli NIH, la mancanza di consultazione anticipata, le sue richieste eccessive e la sua portata eccessivamente ampia minacciano di invertire i progressi nella collaborazione internazionale con gli scienziati statunitensi e di danneggiare la reputazione degli NIH come leader sanitario globale.

Se i paesi ritengono che la politica sia troppo onerosa, potrebbero opporsi alla visione di responsabilità dell'agenzia, cessare di collaborare con gli scienziati statunitensi e cercare altri partner.

Se gli NIH cambiassero rotta ora, potrebbero essere in grado di basarsi sui suoi successi storici e affrontare i problemi di supervisione con fiducia e rispetto, negoziazione e costruzione del consenso. Esortiamo i leader NIH a riconsiderare, consultarsi ampiamente.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2307543?query=WB&ssotoken=U2FsdGVkX1%2Fia86oUjTfu4scYlajlmD1ghBVvJ5KTFKbVDZEWOGCJZ7y5CnKNJ78yhUMTsI2TiwEDAHBBa4SeX7iUgPPy%2F2UViMjVDVokuwEtTyeqp5oYGgwASBwz7dbKaJJiUu4mo%2BzpK%2Fk1Gr%2BwTl7rXkXU8o1D6S8i42oHVG1tuRajk8%2BreDalXqbvzNUXOYXL1ogObYUFZ9oe2nhYQ%3D%3D&cid=NEJM+Weekend+Briefing%2C+September%2C+2023+DM2281379+NEJM+Non+Subscriber&bid=1772246570>



unicef
for every child

Breathless beginnings:
the alarming impact of air pollution on children in Europe and Central Asia

5,801
children and teenagers in 52 countries in Europe and Central Asia died from causes linked to air pollution in 2019.

~85%
of under-20s who died from causes related to air pollution in Europe and Central Asia in 2019 did so before their first birthday.

83%
More than
of children in 50 countries across the region are exposed to ambient air pollution.

4,917
infant deaths were recorded as a result of this. These deaths were preventable.

POLICY BRIEF 06.09.23

Breathless beginnings:
the alarming impact of air pollution on children in Europe and Central Asia

Air pollution is a major environmental health risk for children. In 2019, 5,801 children and teenagers in 52 countries in Europe and Central Asia died from causes linked to air pollution. Many more suffered the health and development effects of breathing polluted air, including non-fatal diseases, hospitalizations and disabilities.

Around 85 per cent of under-20s who died from causes related to air pollution in Europe and Central Asia in 2019 did so before their first birthday – accounting for the deaths of 4,917 infants. These deaths were preventable.

Children are uniquely vulnerable to air pollution, with devastating effects on their health and development. Scientific evidence shows air pollution contributes to adverse birth outcomes including preterm births and low birth weights, infant mortality, damaged lung function, illness and diseases including asthma, cardiovascular disease and cancer, and an increased risk of neurological disorders. Other respiratory illnesses associated with air pollution include common childhood conditions such as upper respiratory tract infections, otitis media and allergic diseases.

Children are physically more exposed to air pollution than adults because they breathe twice as fast, often by mouth, taking in more pollutants, and are often closer to the ground where pollutants accumulate. Children are physiologically more vulnerable to air pollution than adults because their brains, lungs and other organs are not maturely developed, thus protective mechanisms are not available as they are for adults during exposure to toxic pollutants. Prolonged exposure to toxic pollutants leads to damaged growth and development of their organs, and affects brain development in the critical early years, resulting in long-term consequences to children’s physical and mental development.

The right to clean air is far from the reality for children and young people in Europe and Central Asia. More than 83 per cent of children¹ in 50 countries across the region are exposed to ambient air pollution.

quotidianosanita.it

Fondi sanitari e welfare aziendale. Gimbe: “Deregulation e scarsa trasparenza li hanno resi strumenti sostitutivi della sanità pubblica”

"A normativa vigente, di fatto il sistema dei FSI, grazie alla defiscalizzazione di cui beneficiano, sposta denaro pubblico verso l'intermediazione assicurativo-finanziaria e la sanità privata, trasformandosi progressivamente in uno strumento di strisciante privatizzazione. Un sistema su cui poggiano anche le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del cosiddetto welfare aziendale, che usufruisce di ulteriori benefici fiscali". Così il presidente Cartabellotta ieri in audizione al Senato.

15 SET -

"A fronte di un netto aumento degli iscritti ai fondi sanitari e dell'espansione del cosiddetto 'secondo pilastro', il settore della sanità integrativa, che include le forme di welfare aziendale, è tra i meno trasparenti della sanità". Infatti, da un lato l'Anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi (FSI) istituita presso il Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile, dall'altro solo dal 2018 il Dicastero pubblica un report, peraltro basato su un dataset molto limitato. E se il recente avvio dell'Osservatorio nazionale permanente dei fondi sanitari integrativi (DM 15 settembre 2022) è un primo passo verso una maggiore trasparenza, ha ricordato il Presidente, "l'implementazione del nuovo cruscotto di dati sarà sperimentale fino al 2024, e solo dal 2025 sarà obbligatorio per i fondi sanitari fornire i dati richiesti, pena l'impossibilità d'iscriversi all'Anagrafe dei FSI per fruire dei benefici fiscali".

*Così ha esordito ieri **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe, presso la 10a Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato della Repubblica nel corso dell'audizione nell'ambito dell'“Indagine conoscitiva su forme integrative di previdenza e assistenza sanitaria”.*

"Le potenzialità dei fondi sanitari nel fornire prestazioni integrative e ridurre la spesa a carico dei cittadini – ha spiegato Cartabellotta – oggi sono poi sempre più compromesse da una normativa frammentata e incompleta, una deregulation che ha permesso da un lato ai FSI di diventare prevalentemente sostitutivi di prestazioni già incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) mantenendo le agevolazioni fiscali, dall'altro alle compagnie assicurative di assumere il ruolo di gestori dei fondi in un ecosistema creato per enti non-profit, dirottando gli iscritti ai fondi verso erogatori privati". Infatti, se da un lato i FSI convenzionati con una compagnia assicurativa sono aumentati dal 55% nel 2013 all'85% nel 2017, dall'altro l'erogazione delle prestazioni rimborsate dai fondi avviene quasi esclusivamente in strutture private accreditate, grazie agli accordi messi in campo dalle assicurazioni che gestiscono i FSI.

"A normativa vigente – ha precisato Cartabellotta – di fatto il sistema dei FSI, grazie alla defiscalizzazione di cui beneficiano, sposta denaro pubblico verso l'intermediazione assicurativo-finanziaria e la sanità privata, trasformandosi progressivamente in uno strumento di strisciante privatizzazione. Un sistema su cui poggiano anche le prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del cosiddetto welfare aziendale, che usufruisce di ulteriori benefici fiscali".

Nel corso dell'audizio

ne il Presidente ha esposto i dati provenienti da varie fonti: [2° Reporting System del Ministero della Salute](#), [Decimo Report di Itinerari Previdenziali](#), [ANIA](#), [ISTAT](#), [OCSE](#):

- Nel 2022 la spesa sanitaria intermediata da fondi e assicurazioni secondo i dati ISTAT-SHA ammonta a quasi € 4,7 miliardi; tuttavia il dataset, se da un lato esclude esplicitamente i FSI, dall'altro in parte finisce per ricomprenderli visto che include le polizze collettive attraverso le quali i fondi sono ri-assicurati. "Ovvero la spesa intermediata da fondi e assicurazioni sanitarie appare sottostimata – ha commentato il Presidente – in quanto la sua entità e composizione non sono quantificabili con precisione perché i dati, frammentati e incompleti, provengono da fonti multiple, in parte sovrapponibili".

- Le stime di Itinerari Previdenziali riportano per il 2021 l'esistenza di 321 fondi sanitari e casse con oltre 15,6 milioni di iscritti.

Le stime del Decimo Report di Itinerari Previdenziali riportano, complessivamente, una "marginalità" di quasi € 500 milioni: infatti, nel 2022 a fronte di € 2.862 milioni di quote versate dagli iscritti, i fondi hanno erogato prestazioni per € 2.370 milioni.

- A normativa vigente, i FSI aumentano la spesa privata totale, senza ridurre quella a carico dei cittadini per tre ragioni. Innanzitutto, almeno il 30% dei premi versati non genera servizi per gli iscritti perché viene eroso da costi amministrativi, fondo di garanzia (o oneri di ri-assicurazione) e utili delle compagnie assicurative. In secondo luogo, perché inducono consumi di prestazioni inappropriate, in particolare sotto forma di "pacchetti prevenzione" privi di evidenze scientifiche, senza fornire un contributo sostanziale all'abbattimento delle liste di attesa. Infine, perché le prestazioni extra-LEA (odontoiatria, long term care) che gravano interamente sui cittadini vengono coperte solo parzialmente.

- A fronte di consistenti benefici fiscali concessi agli iscritti ai FSI (sino a € 3.615,20 di deducibilità per contribuente) "è inaccettabile che non sia nota – ha ribadito il Presidente – l'entità del mancato gettito per l'erario conseguente alle agevolazioni riconosciute a FSI e al welfare aziendale".

- Secondo i dati del Rapporto 2022 del think tank "Welfare, Italia", i FSI sono molto più diffusi al Nord, ovvero il 60% del totale "perché legati ai contratti di lavoro – ha spiegato Cartabellotta – e va sfatata pertanto l'idea che nel Mezzogiorno i FSI possano integrare le prestazioni che lo Stato non riesce a offrire. Siamo di fronte a una frattura Nord-Sud che non si riesce a sanare".

"Ecco perché è inderogabile un riordino normativo – ha concluso Cartabellotta esponendo alla Commissione gli spunti di riforma elaborati dalla Fondazione Gimbe – idealmente un Testo unico in grado di restituire alla sanità integrativa il suo ruolo, ovvero rimborsare prevalentemente prestazioni non incluse nei LEA per riappropriarsi della funzione di supporto al Servizio Sanitario Nazionale. Le prestazioni sostitutive erogate dai FSI non dovrebbero più usufruire di detrazioni fiscali, perché alimentano business privati e derive consumistiche, e le risorse recuperate devono essere indirizzate al finanziamento della sanità pubblica. Infine, bisogna assicurare una governance nazionale dei fondi sanitari, oggi minacciata dal regionalismo differenziato, e garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=116633

Verso la Legge di stabilità 2024

quotidiano**sanita**.it

Verso la manovra. Altro che risparmi, il Ssn già oggi fa miracoli. Esiti sopra la media UE a fronte di un sottofinanziamento e carenze di personale

di **Giovanni Rodriguez**

Siamo sicuri che in sanità ci siano ancora ampi margini di risparmio? Guardando ai dati Ocse, in termini di esiti clinici l'Italia si colloca ben al di sopra della media europea a fronte di un forte sottofinanziamento, di un basso numero di posti letto e con gravi carenze di personale. La tenuta del sistema è però messa a rischio da alcuni dati che rendono evidenti crescenti difficoltà nell'accesso ai servizi. La priorità è quella di far crescere gli investimenti, investire nel personale e migliorare alcuni aspetti legati alla prevenzione. Altro che risparmi.

04 SET -

In vista della prossima legge di Bilancio, a causa delle ristrettezze economiche, sarà molto complicato accontentare le richieste che provengono dai diversi ministeri. Per quanto riguarda la sanità, il ministro **Orazio Schillaci** ha chiesto ulteriori 4 miliardi da aggiungersi ai 2,5 miliardi già previsti dalla precedente manovra. Risorse, queste ultime, che

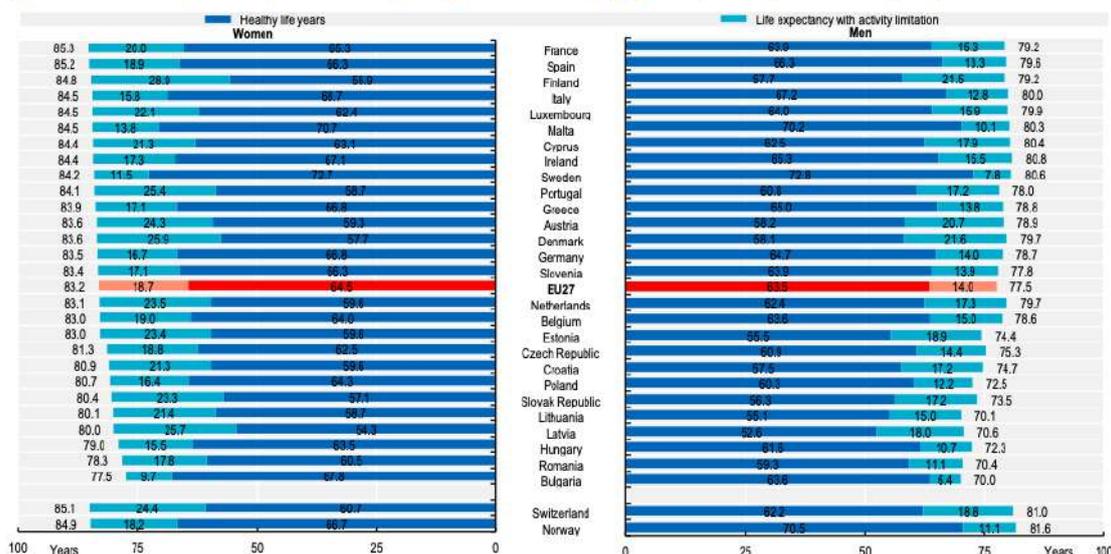
verranno però in larga parte erose dall'inflazione e dai rincari dei costi energetici. Dalle prime esternazioni del Mef sembra però che sarà molto difficile accontentare le richieste del ministro. Ed ecco quindi che si torna a parlare di potenziali risparmi da investire in maniera più efficiente all'interno dello stesso comparto. Ma siamo sicuri che in sanità ci siano ancora ampi margini di risparmio?

Intendiamoci, spendere meglio si può, sempre. Restano però due fatti evidenti: nell'ambito della spesa pubblica, quella sanitaria resta una di quelle più monitorate; stando ai più recenti dati Ocse, già oggi il Servizio sanitario nazionale in termini di esiti fa letteralmente miracoli a fronte di un sottofinanziamento rispetto alla media UE, con un gap molto ampio rispetto ai maggiori partner europei, un organico ridotto ai minimi termini per alcune professioni come quella degli infermieri ed un numero di posti letto ben al di sotto della media europea. Pesano, però, crescenti difficoltà nell'accesso ai servizi e a livello di prevenzione, in particolare per quella legata agli screening per alcuni tumori.

Proviamo a vedere, dati Ocse alla mano, qual è l'attuale situazione del comparto.

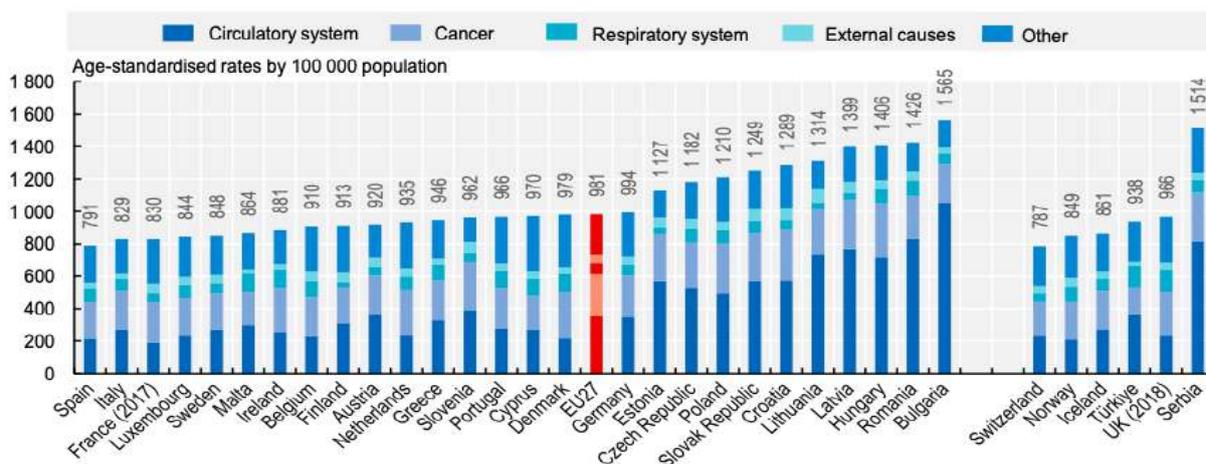
Aspettativa di vita alla nascita. L'Italia (donne 84,5 anni /maschi 80 anni) si colloca ai primi posti in Europa, insieme a Spagna, Svezia, Svizzera, Islanda e Francia.

Figure 3.3. Life expectancy and healthy life years at birth, by gender, 2020 (or nearest year)



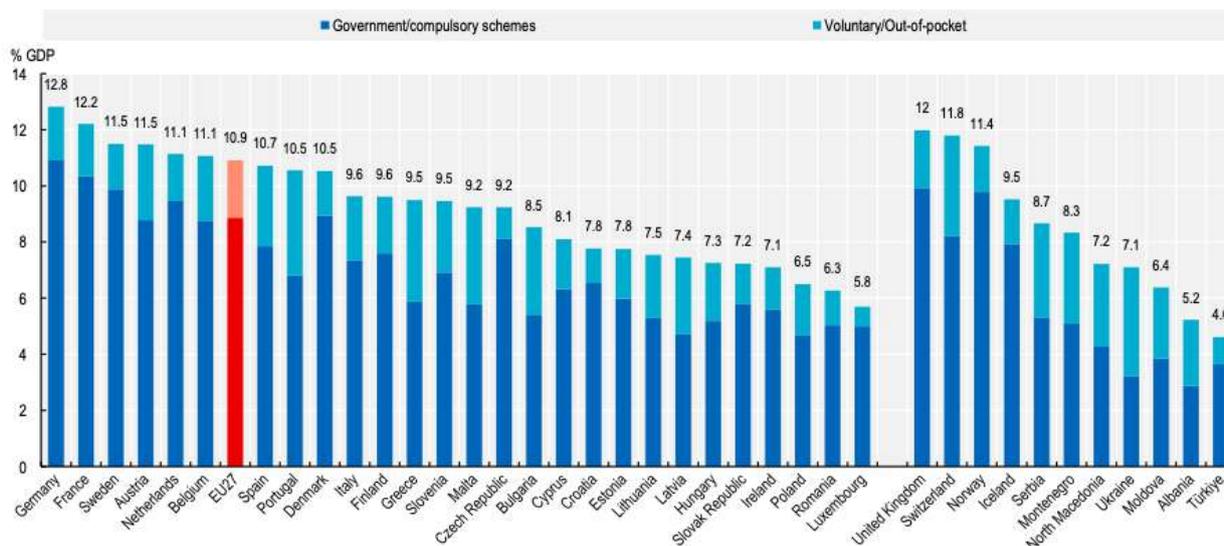
Guardando poi il **tasso di mortalità standardizzato per età** osserviamo che, a fronte di una media europea di 981 per 100.000 abitanti, l'Italia si ferma a 829, facendo meglio anche di Francia (830) e Germania (994).

Figure 3.8. Main causes of mortality by country, 2019 (or nearest year)



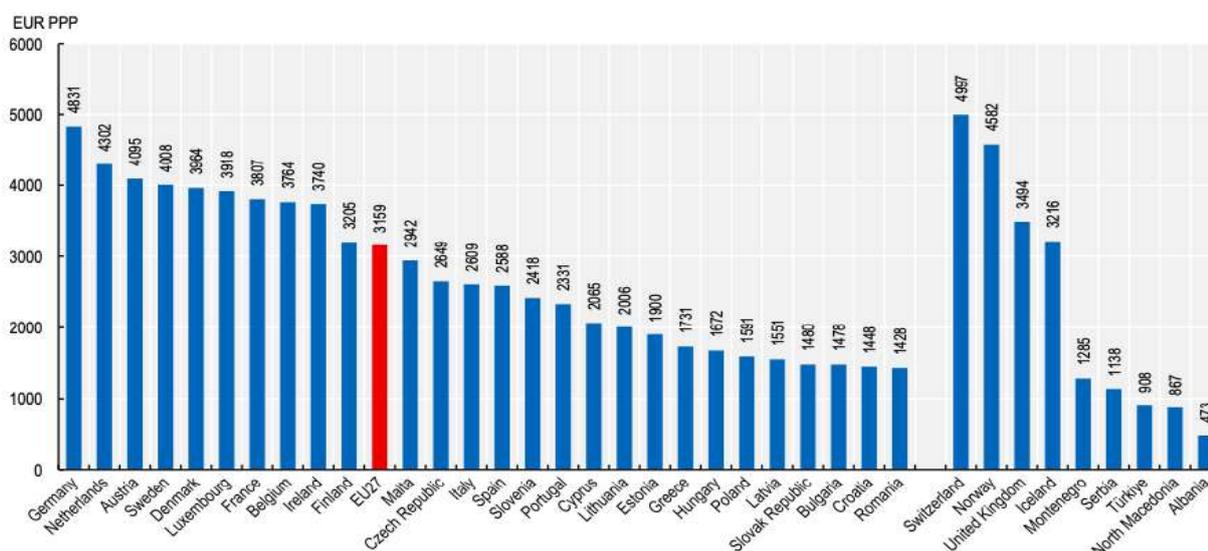
Spesa sanitaria. Come già accennavamo il nostro Paese investe in sanità, in termini di Pil, meno della media europea con un 9,6% a fronte del 10,9% UE. La forbice si allarga ancora di più se paragoniamo il dato italiano a quello di Francia (12,2%) e Germania (12,8%).

Figure 5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2020 (or nearest year)



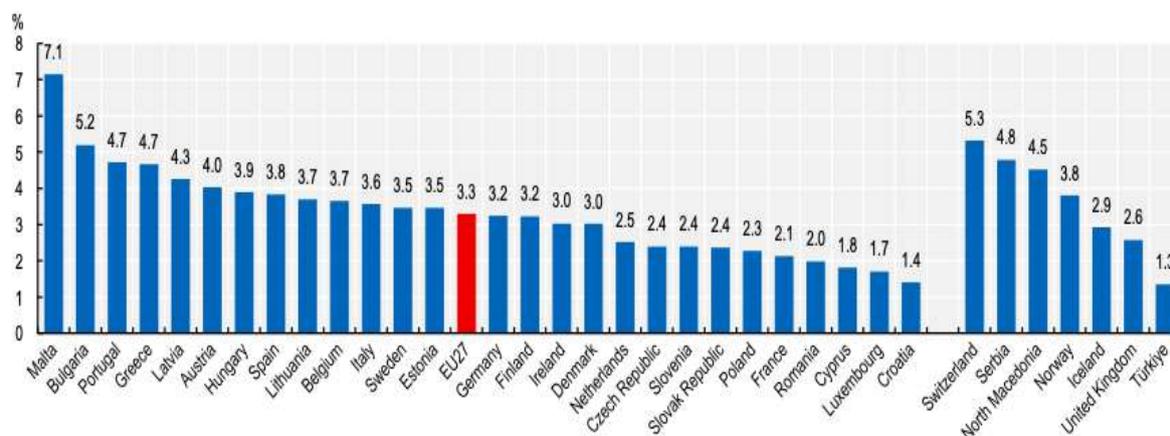
Il quadro non cambia se esaminiamo la **spesa sanitaria pro capite**. In Italia si investono 2.609 euro, la media UE è di 3.159 euro. Anche in questo caso il gap diventa impietoso rispetto a Paesi quali la Francia (3.807 euro) e la Germania (4.831 euro).

Figure 5.1. Health expenditure per capita, 2020 (or nearest year)



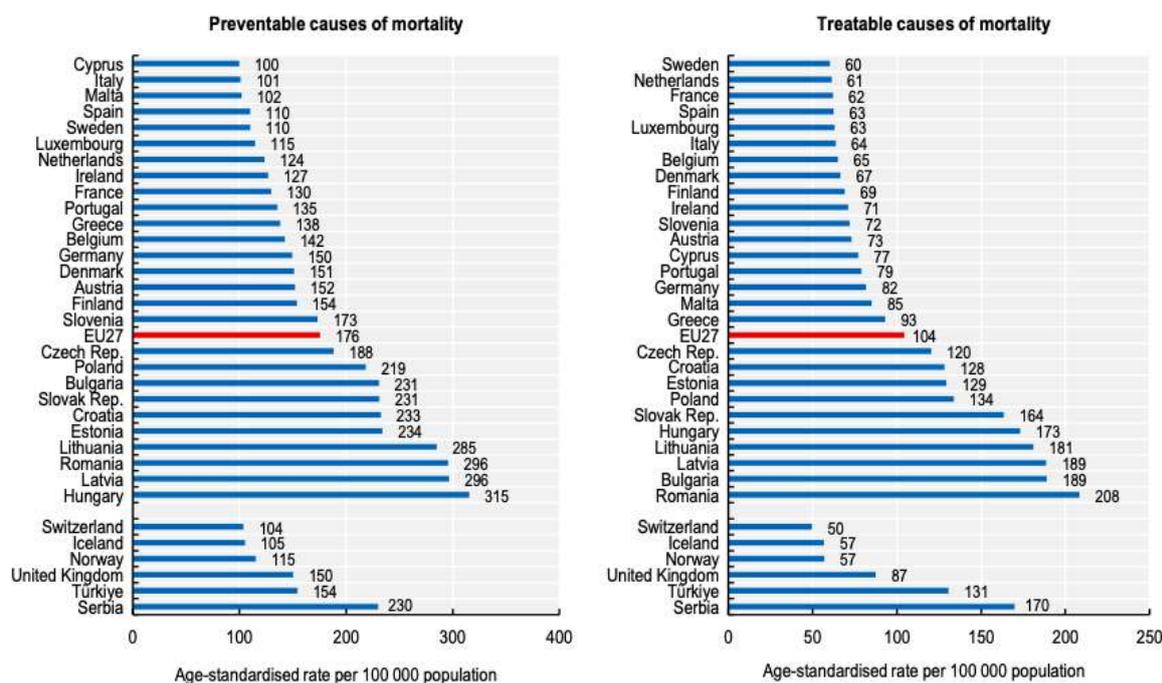
Cresce la **spesa out of pocket**, ossia quella che gli italiani devono sostenere di tasca propria per ottenere servizi sanitari. Nel 2020 in Italia si è attestata al 3,6%, un dato più alto della media europea (3,3%). Un ulteriore segnale di una difficoltà di accesso ai servizi e della necessità di ricorrere a prestazioni a pagamento da privati.

Figure 7.7. Out-of-pocket spending on health as share of final household consumption, 2020 (or nearest year)



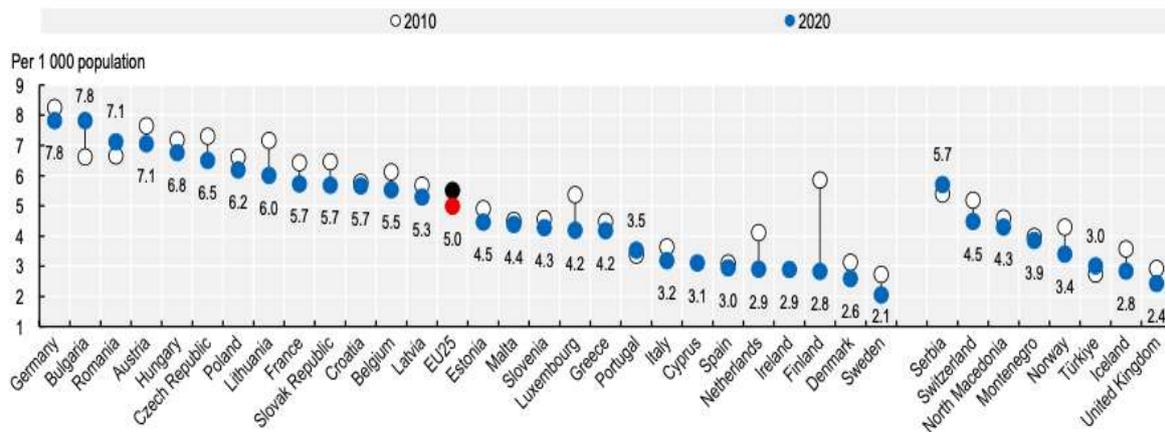
Mortalità evitabile. Passando ai decessi evitabili, quelli per cause prevenibili in Italia sono 101 per 100.000 abitanti. Un dato molto buono a fronte di una media europea di 176. Quanto alle cause di mortalità curabili il dato italiano si ferma a 64 su 100.000 contro una media europea di 104.

Figure 6.2. Mortality rates from avoidable causes, 2019



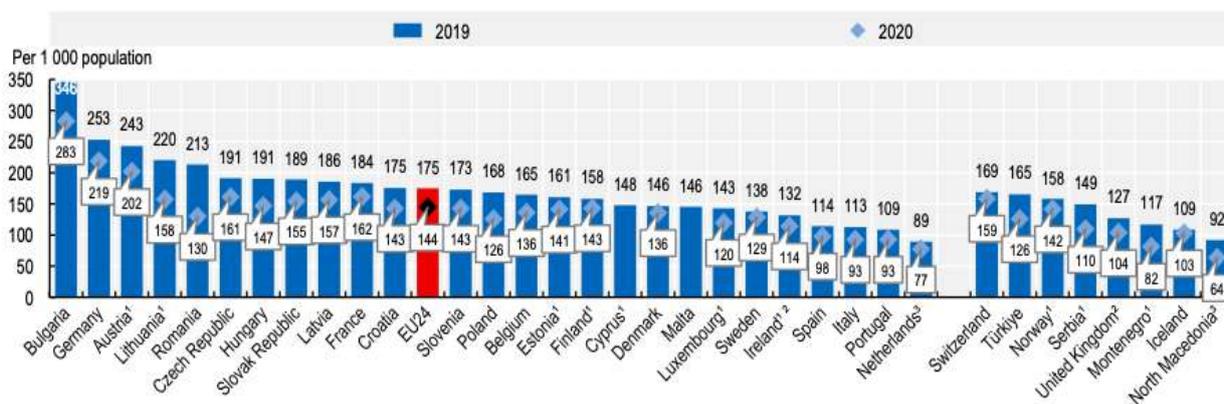
Ospedali. I posti letto ospedalieri per 1.000 persone nell'arco temporale che va dal 2010 al 2020 sono scesi in Italia a 3,2. La media europea è di 5. La Francia ne ha 5,7, la Germania 7,8.

Figure 7.23. Hospital beds per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)



Le **dimissioni ospedaliere** nel 2020 sono state in Italia 93 per 1.000 abitanti, la media Europea è di 144.

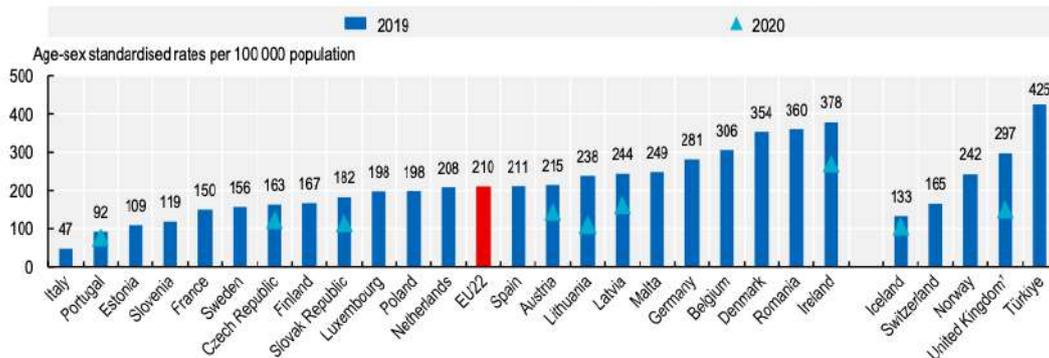
Figure 7.24. Hospital discharges per 1 000 population, 2019 and 2020



Andando ancora più nel dettaglio, questi alcuni degli esiti principali riportati nel rapporto Ocse.

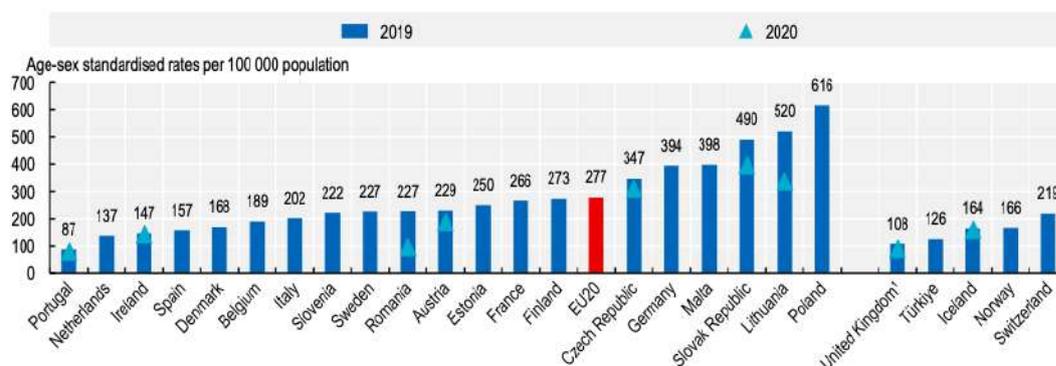
I **ricoveri per asma e bpc** sono stati solo 47 a fronte di una media europea di 210 per 100.000 abitanti. Meglio di Francia (150) e Germania (281).

Figure 6.8. Asthma and COPD hospital admission in adults, 2019 (or nearest year) and 2020



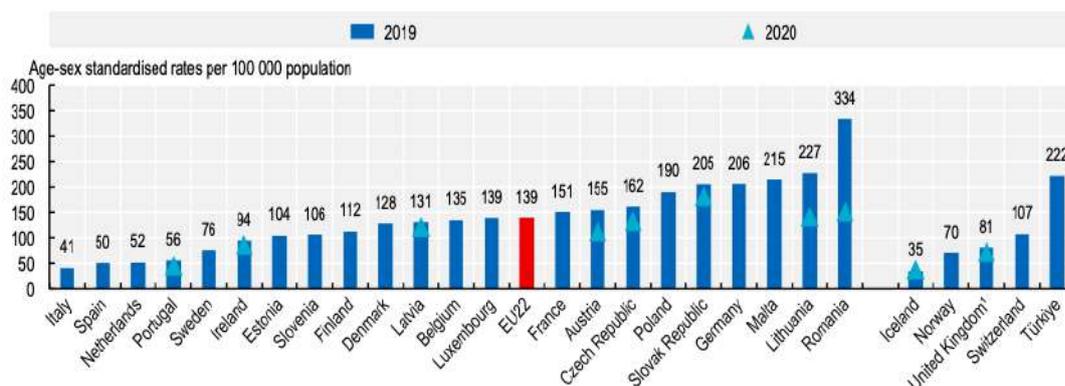
I ricoveri ospedalieri per insufficienza cardiaca tra gli adulti sono stati in Italia 202, la media europea è di 277 per 100.000 abitanti. Anche in questo caso numeri più bassi rispetto alla Francia (266) e Germania (394).

Figure 6.9. Congestive heart failure hospital admission in adults, 2019 (or nearest year) and 2020



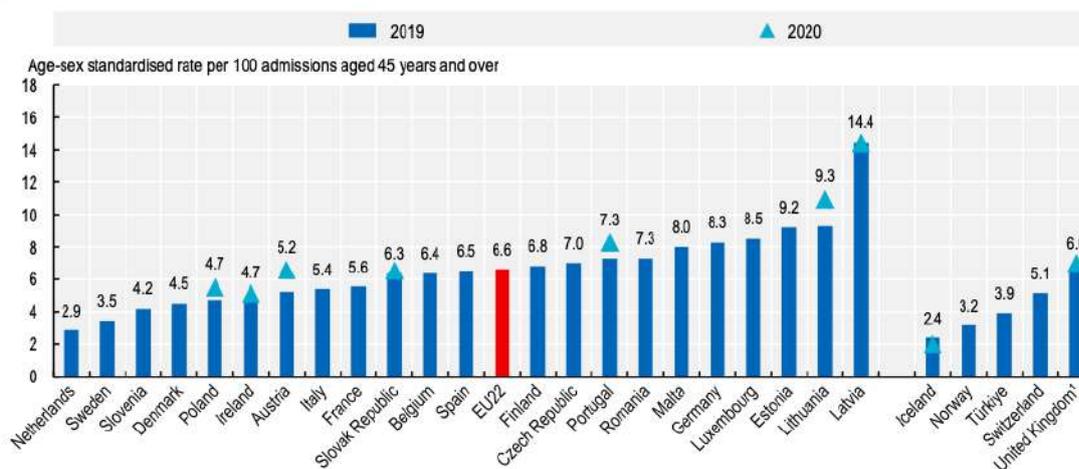
Numeri simili anche per i ricoveri causati da diabete: in Italia sono stati 41, la media europea è di 139 per 100.000 abitanti.

Figure 6.10. Diabetes hospital admission in adults, 2019 (or nearest year) and 2020



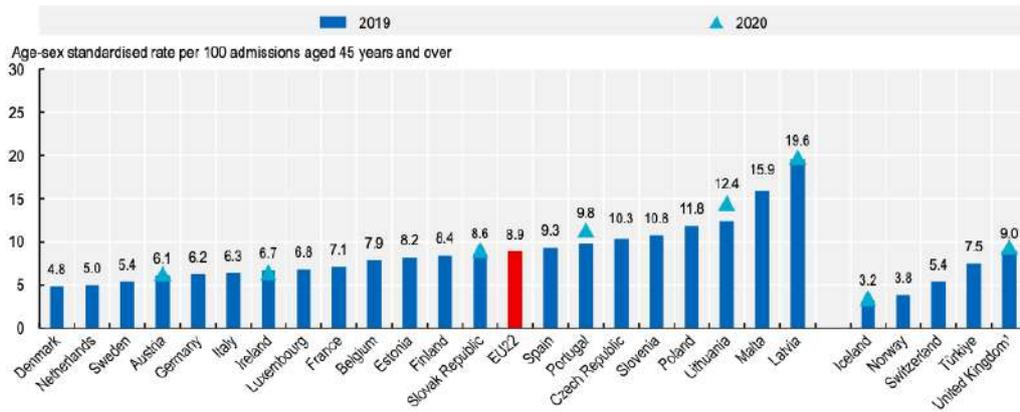
La mortalità a 30 giorni a seguito di ricovero per infarto tra gli over 45 in Italia è del 5,4%, la media europea è del 6,6%. Anche in questo caso numeri migliori di Francia (5,6%) e Germania (8,3%).

Figure 6.14. Thirty-day mortality after hospital admission for AMI based on unlinked data, 2019 (or nearest year) and 2020



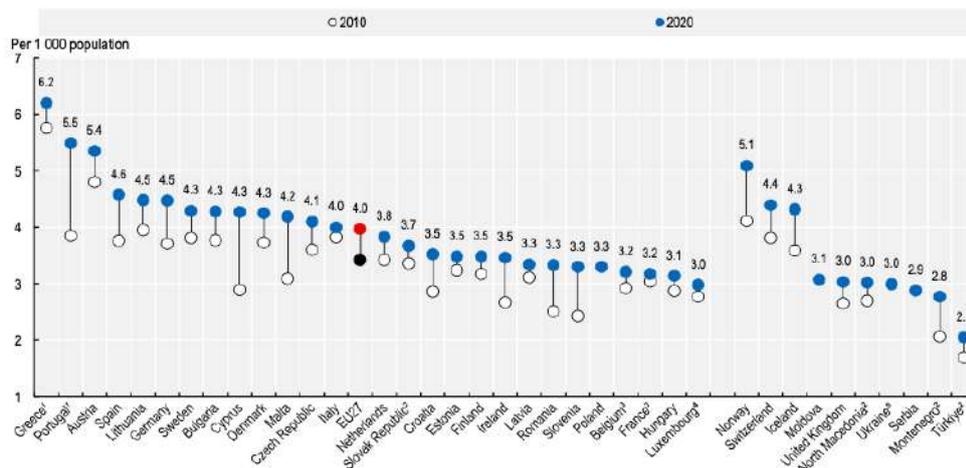
La mortalità a 30 giorni a seguito di ricovero per ictus in Italia è del 6,3%, la media europea è del 8,9%. Un dato di poco inferiore rispetto a quello registrato in Germania (6,2%) ma migliore di quello francese (7,1%).

Figure 6.16. Thirty-day mortality after admission to hospital for ischaemic stroke based on unlinked data, 2019 (or nearest year) and 2020



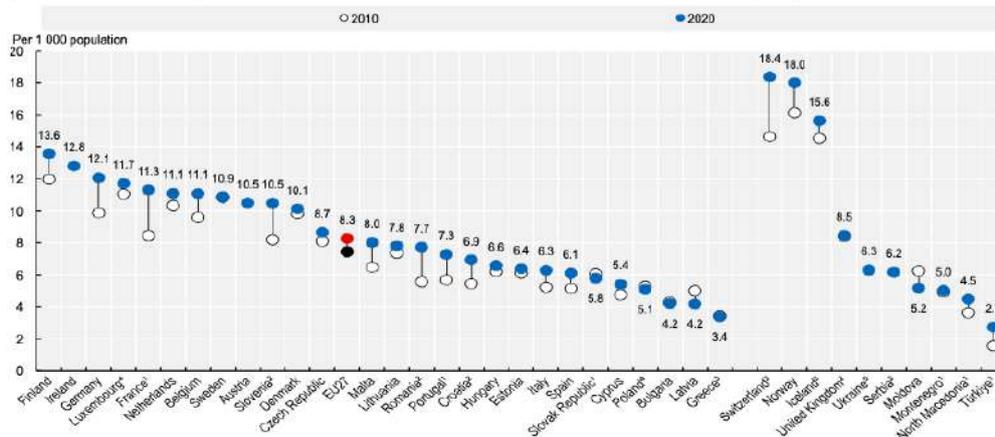
Lato personale, l'Italia ha una dotazione di medici di 4 ogni 1.000 abitanti, un dato pienamente in linea con la media europea.

Figure 7.10. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)



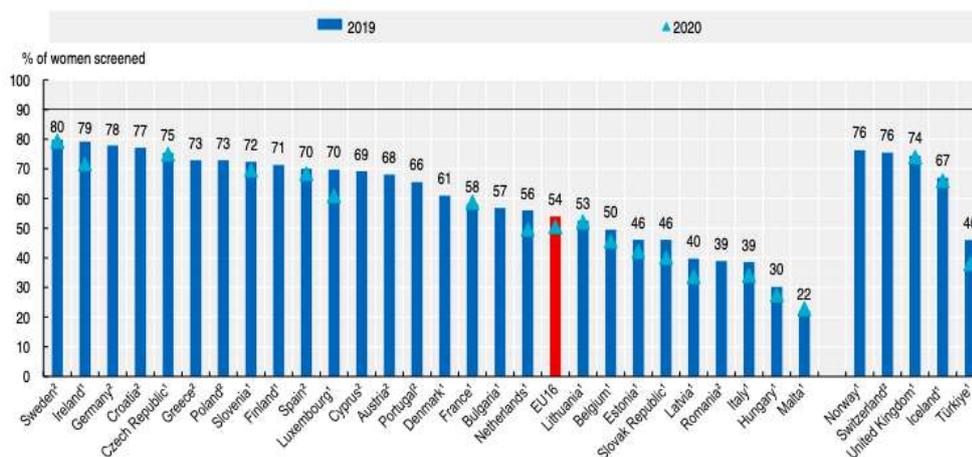
Se però spostiamo lo sguardo sugli infermieri, il dato si ferma a 6,3 per 1.000 abitanti, una dotazione ben al di sotto degli 8,3 della media europea. Il confronto diventa impietoso con la Francia (11,3) e ancor più con la Germania (12,1).

Figure 7.16. Practising nurses per 1 000 population, 2010 and 2020 (or nearest year)



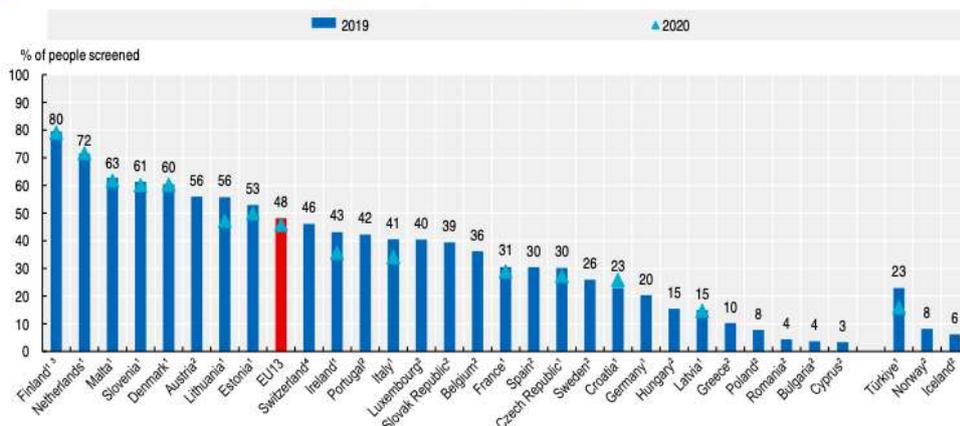
Da migliorare, poi, alcuni aspetti riguardanti la prevenzione. Per fare alcuni esempi, in Italia si sottopongono allo **screening per il tumore del collo dell'utero** il 39% delle donne, la media europea è del 54%.

Figure 6.24. Cervical cancer screening, 2019 (or nearest year) and 2020



Ricorre allo **screening per il tumore del colon-retto** il 41% della popolazione italiana a fronte di una media europea del 48%. Dati migliorabili sui quali non a caso insiste da tempo anche il ministro Schillaci.

Figure 6.25. Colorectal cancer screening, 2019 (or nearest year) and 2020



In sintesi possiamo quindi dire che già oggi il Ssn fa miracoli. In termini di esiti clinici l'Italia si colloca ben al di sopra della media europea a fronte di un forte sottofinanziamento, di un basso numero di posti letto e con gravi carenze di personale. La tenuta del sistema è però messa a rischio da alcuni dati che rendono evidenti crescenti difficoltà nell'accesso ai servizi. Insomma, i margini per ulteriori risparmi sembrano davvero minimi. Di certo non è questa la priorità del Ssn che rischierebbe in tal modo solo di non riuscire negli anni a mantenere gli attuali standard. La priorità è quella di far crescere gli investimenti, investire nel personale e migliorare alcuni aspetti legati alla prevenzione. Altro che risparmi.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116308

Nadef: deficit al 4,3%, dote di 14 miliardi per la manovra. Spending review da 2 miliardi. Stretta sui migranti

Approvato dal Consiglio dei ministri anche il nuovo decreto migranti. Proroga smartworking nella Pa per i fragili

Deficit che sale al 5,3% nel 2023 per la contabilizzazione del Superbonus e che sarà fissato nel quadro programmatico al 4,3% nel 2024. Sono questi gli obiettivi di indebitamento che il governo stima nella Nadef che è stata approvata dal Consiglio dei ministri. Il Pil del 2024 crescerà dell'1,2% con una stima rivista al ribasso rispetto a quella stima fissata ad aprile pari al +1,5%. Il debito per il 2024 è fissato al 140,1%. Il tasso di disoccupazione sarà al 7,3%.

Nella Nadef il governo indica un'impostazione di bilancio «all'insegna della serietà e del buon senso». Saranno confermati, secondo quanto si apprende, «gli aiuti alle famiglie con redditi medio bassi» e «il taglio del cuneo». Il ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti** ha inviato alla Commissione europea la lettera con i dati della Nadef 2023.

Deficit dal 3,6% al 4,3%, dote di 14 miliardi per la manovra

L'indebitamento tendenziale che nel 2024 passa dal 3,6% al 4,3% programmatico rende disponibili 0,7 punti, circa 14 miliardi di deficit, per la manovra.

Giorgetti: confermeremo cuneo, natalità e risorse per P.a.

In conferenza stampa il ministro dell'Economia **Giancarlo Giorgetti** ha detto che «per l'anno prossimo abbiamo posto l'asticella» del deficit al 4,3% e dovrebbe «permetterci confermare interventi indispensabili a beneficio dei redditi medio bassi, in particolare il taglio cuneo e misure premiali per la natalità oltre a stanziamenti significativi per rinnovo del contratto del pubblico impiego». **Giorgetti** ha aggiunto: «Riteniamo di aver fatto le cose giuste» e di essere nella cornice delle regole europee. «Non rispettiamo il 3%» del deficit «ma la situazione complessiva non induce a ritenere di fare politiche procicliche che alimentano la recessione e quindi l'asticella si sposta a un livello di ragionevolezza».

Giorgetti: a Bruxelles comprenderanno la situazione

«Credo - ha detto **Giorgetti** - che alla Commissione ci siano delle persone che hanno fatto e fanno politica, e quindi diversamente dai banchieri centrali che fanno il loro mestiere e decidono in autonomia da altri tipi di considerazione, credo che comprenderanno la situazione, come la comprendono tutti i miei colleghi ministri delle finanze europei che gestiscono una situazione di rallentamento dell'economia e in qualche caso di recessione». **Giorgetti** ha escluso uno «scambio tra il Mes rispetto agli scostamenti»; «Non l'ho mai posta, né ne ho mai sentito parlare», il Mes «è un binario parallelo che risponde a logiche di altro tipo».

Giorgetti: taglio delle tasse da scaglione Irpef più basso

«La delega fiscale comincerà partendo dai redditi più bassi e dallo scaglione più basso» ha detto il ministro dell'Economia, rispondendo ad una domanda sull'Irpef e l'avvio del taglio delle tasse annunciato dopo il Consiglio dei ministri che ha varato la Nadef.

Giorgetti: 2 miliardi di spending review nel 2024

Parlando di spending review **Giorgetti** ha affermato: «Ho due testimoni al tavolo, l'ho detto in Consiglio dei ministri: il lavoro che non hanno fatto i singoli ministri lo farà il ministro dell'Economia in loro vece e addirittura intensificherà i tagli». Il ministro ha spiegato che si punta a «2 miliardi nel 2024 di taglio spese, compreso quanto già previsto», ossia 300 milioni.

Superbonus peserà sui conti per tutta la legislatura

Il «salto» del rapporto deficit/Pil nel 2023 sale dal 4,3% al 5,3% interamente per l'effetto del Superbonus 110%. I bonus edilizi avranno un impatto negativo sui conti pubblici e, in assenza di questi, il debito sarebbe sceso di un punto percentuale all'anno. I bonus edilizi comportano un sostanziale incremento del fabbisogno

pubblico nel corso dell'intera legislatura, riducendo gli spazi di manovra per finanziare interventi a favore dell'economia reale e delle famiglie.

Meloni: in manovra basta con gli sprechi del passato

«Abbiamo varato la Nadef, ovvero la cornice che definisce la prossima legge di bilancio. Stiamo lavorando per scrivere una manovra economica all'insegna della serietà e del buon senso. E che mantenga gli impegni che abbiamo preso con gli italiani: basta con gli sprechi del passato, tutte le risorse disponibili destinate a sostenere i redditi più bassi, tagliare le tasse e aiutare le famiglie». Lo scrive sui social la premier **Giorgia Meloni** parlando di «alcuni importanti provvedimenti» approvati oggi dal Consiglio dei ministri.

<https://www.ilsole24ore.com/art/nadef-deficit-2023-53percento-e-43percento-2024-prossimo-anno-pil-all-12percento-AFLgIE1>

la Repubblica

Nel nuovo Patto di stabilità regole più morbide per Roma ma costerà 20 miliardi l'anno

dalla corrispondente **Tonia Mastrobuoni**

È il costo della correzione annuale per ridurre il rapporto debito/Pil. La Francia è la più penalizzata dalla riforma e si oppone alla linea del rigore di Berlino

BERLINO - La più contraria all'ultima versione della riforma del Patto di stabilità resta la Francia. La distanza con la Germania è enorme, conferma una fonte governativa tedesca. E a Berlino resiste persino il timore che qualcuno, in mancanza di un accordo, possa essere tentato da una nuova sospensione del Patto. «Per noi, un'ipotesi inaccettabile: piuttosto, torniamo al vecchio Patto di stabilità», puntualizza. E quest'ultimo, per l'Italia, sarebbe il vero scenario da incubo. Invece, il motivo per cui Parigi tira ancora il freno a mano sull'ultima versione della riforma, quella presentata da Paolo Gentiloni ad aprile, sta tutta nei numeri illustrati da Lucrezia Reichlin all'ultimo Ecofin, tratti da uno studio del think tank Bruegel.

L'ultima proposta di Bruxelles combina una valutazione della sostenibilità del debito che sarà fatta tra i singoli governi e la Commissione ma anche il ritorno rigido di un tetto al 3% del deficit – un paletto voluto da Berlino, insieme a vincoli che imporrebbero un percorso di riduzione del debito e del deficit, le cosiddette “salvaguardie”. Bruegel dimostra chiaramente che un ritorno al vecchio Patto non conviene a nessuno. Ma che anche il nuovo impone degli aggiustamenti notevoli a tutti: «In media il 2% del Pil nel medio termine, in aggiunta alle correzioni già richieste da Bruxelles per il biennio 2023-24». Tuttavia, rispetto alle vecchie regole, il taglio viene alleggerito dello 0,6% di Pil.

Gli economisti notano anzitutto che chi ha un debito alto (superiore al limite europeo del 60% del Pil) dovrà aggiustare il tiro o negoziando al tavolo con la Commissione, quando si ragionerà sulla sua sostenibilità. «Ma ci sono notevoli eccezioni», scrive Bruegel, «e la principale è la Francia», che a causa del suo deficit alto rischia di far scattare la “salvaguardia” che la costringerebbe a una ghigliottina pesante. In sostanza, siccome l'allarme scatterebbe sul deficit e non sul debito – che in Francia è circa il 111% del Pil – il nuovo Patto di stabilità attiverebbe una tagliola automatica su Parigi.

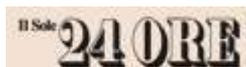
PUBBLICITÀ

Bruegel dimostra che le aggiunte tedesche al nuovo Patto di aprile lo hanno reso di nuovo “stupido”: «La Francia è l'esempio più lampante del perché l'ultima versione del Patto funziona male e va rivista», ragiona Lucrezia Reichlin, economista della London Business School. «Nonostante una buona prospettiva di crescita, un costo del debito basso e uno sviluppo demografico migliore che in altri paesi della Ue sarà costretta dal nuovo Patto a tagliare 30 miliardi di euro all'anno». È vero che con l'ultima proposta i vincoli diventano “meno stringenti”, prosegue Reichlin, «ma se hai un disavanzo molto alto, come è il caso adesso della Francia, anche se l'analisi del tuo debito è buona e quindi le tue prospettive sui conti pubblici tutto sommato positive, la tagliola è micidiale».

Per l'Italia il discorso è diverso perché ha un debito che nelle previsioni della Commissione sarà al 140% del Pil nel 2024 e quindi il fatto che il deficit sarà ancora al 3,7% sarà un dettaglio meno rilevante, ai fini

del negoziato. Nel caso in cui la Commissione chiedesse una correzione veloce, su quattro anni, dovrà ridurre il disavanzo di circa 20 miliardi, lo 0,9% del Pil – col vecchio Patto sarebbe stato l'1,4%. Mentre se Bruxelles concederà a Roma sette anni di tempo per raddrizzare il debito, dovrà tagliare lo 0,5%.

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/19/news/patto_stabilita_italia_simulazione-415097648/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S7-T1



Contratto medici/ Di Silverio (Anaa): «Le Regioni sblocchino la questione dell'extra-lavoro o pronti a tutto a cominciare dallo sciopero». Poi: «Il Governo abbia il coraggio di pronunciarsi sul destino del Ssn»

di Barbara Gobbi

«Da parte dell'Aran l'apertura c'è, il problema sono le Regioni perché al di là delle prese di coscienza che dichiarano, nei fatti non hanno dato risposta alla nostra domanda principale sull'orario di lavoro eccedente. Solo con una chiarezza che arrivi dalla politica la situazione potrà sbloccarsi: il ministro dell'Economia deve dire chiaramente se ha intenzione o meno di salvaguardare non solo il nostro lavoro attraverso il contratto, ma tutta la sanità pubblica».

Così Pierino di Silverio, segretario nazionale dell'Anaa Assomed, a una manciata di ore dalla ripresa delle trattative in Aran sul Ccnl 2019-2021 commenta lo stallo che potrebbe di nuovo seguire all'impasse negli incontri di fine luglio.

«Di fatto il Comitato di settore delle Regioni esprime l'approccio della politica, per questo deve arrivare un segnale forte dal Governo - prosegue -. O si risolvono i nodi principali oppure non si firma. E se si continua a tergiversare non restiamo certo con le mani in mano: se ci sarà un disinvestimento siamo pronti a bloccare tutto, con uno sciopero e con l'abbandono del Ssn», avvisa.

Il primo nodo è quello dell'orario di lavoro: ci riassume le posizioni?

Pretendiamo che non sia più possibile regalare ore alle aziende come avviene oggi, ma le Regioni al momento non rispondono nel merito. Oggi c'è l'articolo 65 del contratto e in assenza di quello c'è la legge 502/92: nel caso l'azienda abbia bisogno per il raggiungimento dei suoi obiettivi di ore in più, può chiederlo al medico ma pagando l'eventuale straordinario.

Cosa che oggi non succede: regaliamo alle aziende circa 300 ore all'anno a testa - all'incirca un miliardo visto che ogni ora dovrebbe fruttarci in ordinario circa 27 euro e in straordinario come attività libero professionale intorno ai 60 euro - tanto che al momento l'orario di lavoro è di 34 più 4 ore, più quanto indefinitamente l'azienda chiede. Senza che ci sia nemmeno la possibilità di recuperare.

In secondo luogo chiediamo un contratto più flessibile, con più tempo e con riconoscimento professionale. Stop anche alla "regola" di 13-15 guardie al mese, che significa essere a giorni alterni a disposizione dell'azienda.

Una prassi che contravviene anche alla normativa sul riposo. Serve un ritorno alla normalità: vogliamo svolgere la nostra professione in maniera tranquilla, lavorando in sicurezza e con un contratto tutelato, esigibile e che ci permetta di rispettare la legge. Con queste premesse firmiamo, altrimenti non se ne parla.

Quindi l'ipotesi di una "chiusura" a breve si allontana?

Non si risolve in un giorno, bisogna ancora lavorarci ed è indispensabile arrivare nel più breve tempo possibile quantomeno alla chiarezza. Se ci sono i margini si tratta, altrimenti blocchiamo tutto fino a quando non ci ascoltano.

Sarebbe sciopero?

Siamo disposti a tutto: dallo sciopero alle dimissioni di massa, se è necessario. Non abbiamo più niente da perdere, ci hanno tolto anche la dignità professionale ma a quella personale non intendiamo rinunciare. Siamo in una condizione disastrosa, non per noi ma per il sistema in cui lavoriamo. A quanto pare nessuno se ne accorge.

In questo quadro rientra il tema delle risorse per una legge di Bilancio che per la sanità si preannuncia magrissima. Assolutamente è così e il personale è l'ambito più vituperato. Il Mef dice che non ci sono risorse: ma se non ci sono soldi per salvare il sistema di cure pubblico, il presidente del Consiglio deve avere il coraggio di contravvenire all'articolo 32 della Costituzione e dichiarare che la Sanità pubblica non interessa più come priorità, che può curarsi solo chi ha i soldi per rivolgersi al privato.

Quale cifra sarebbe accettabile, per cominciare?

Di sicuro i 4 miliardi circa già chiesti dal ministro Schillaci, che ci ha provato e continua a chiedere risorse così come lo sblocco del contratto. In ogni caso in manovra 2,7 miliardi servirebbero solo per il rinnovo del contratto 2022-2024 visto che quello di cui stiamo discutendo è già scaduto. Quanto resterebbe sarebbe un buon inizio per cominciare a riorganizzare il sistema, cosa impossibile a invarianza di spesa.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-09-04/contratto-medici-silverio-anaao-le-regioni-sblocchino-questione-extra-lavoro-o-pronti-tutto-cominciare-sciopero-poi-il-governo-abbia-coraggio-pronunciarsi-destino-ssn-174211.php?uuid=AFZUUYj&cmpid=nlqf>



Verso la manovra/ La Toscana si allinea all'Emilia Romagna: Fondo sanitario nazionale a 20 mld dal 2027 grazie alla lotta all'evasione e alla crescita del Pil

Destinare tra 2023 e 2027 un +0,21% del Pil ogni anno, per salire al 7,5% di rapporto tra fondo sanitario e Prodotto interno lordo, invertendo nettamente la tendenza disegnata nell'ultimo Def e che va verso la riconferma nella NadeF.

E quindi incrementare il Fondo sanitario di circa 4 miliardi l'anno, a partire dalla legge di Bilancio alle porte. È la proposta che il presidente della Toscana Eugenio Giani ha portato in Giunta, gemella rispetto a quanto chiesto prima di Ferragosto dall'Emilia Romagna. Obiettivo, far arrivare in Parlamento questa richiesta "salva-Ssn" che dà sostanza all'appello di tutte le Regioni per un aumento sostanzioso delle risorse.

Il traguardo è all'incirca lo stesso che aveva indicato - quanto meno per il 2023 - prima della pausa d'agosto il ministro della Salute Orazio Schillaci: tra i 3 e i 4 mld in più da destinare innanzitutto al personale sanitario. Salvo poi sentirsi precipitare addosso la doccia fredda del titolare del Mef Giancarlo Giorgetti, che al Meeting di Rimini ha gelato gli entusiasmi annunciando una «manovra complicata».

Nel dettaglio, la Pdl approvata dall'esecutivo toscano e pronta per il Consiglio regionale propone anche di superare i vincoli di spesa delle Regioni per il personale sanitario, così come per il salario accessorio, e chiede la garanzia della copertura delle prestazioni assistenziali su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti.

Le risorse in più da trovare - 4 miliardi per il 2023, 8 mld per il 2024, 12 mld per il 2025, 16 mld per il 2026 e 20 miliardi l'anno a decorrere dal 2027 - si recupererebbero attraverso la lotta all'evasione fiscale, oltre che da uno sperato aumento del Pil. «Senza investimenti e risorse adeguate una sanità pubblica e universale non può sopravvivere - commenta il presidente Giani -. In Toscana già aggiungiamo alle risorse nazionali risorse regionali: fare di più non è semplice. In un momento poi in cui, per scelte sbagliate, gli investimenti finanziati con il Pnrr sono messi a rischio, l'esigenza di evitare tagli e trovare maggiori risorse diventa ancora più necessaria.

Agganciare l'ammontare del fondo sanitario al Pil - aggiunge Giani - e stabilire un principio per cui non può essere meno del 7,5 per cento del prodotto interno lordo, che poi è la media della spesa sanitaria in Europa, vorrebbe dire, per la Toscana, avere a disposizione almeno un miliardo in più l'anno, da qui al 2027: 250 milioni già quest'anno. Ci sono Paesi in Europa - prosegue Giani - che vanno oltre questa percentuale e sfiorano il 10 per cento. Noi chiediamo di raggiungere, in cinque anni, almeno la media europea. La Repubblica, in base alla Costituzione, tutela la salute come diritto fondamentale, ma per rendere effettivo questo diritto sono necessarie risorse adeguate».

«Insieme ad altre Regioni - commenta l'assessore al diritto alla salute, Simone Bezzini - stiamo assumendo una grande iniziativa per difendere la sanità pubblica e portare il finanziamento del sistema sanitario nazionale al pari della media

europea. La garanzia del diritto alla salute universale, che in questa fase storica deve già misurarsi con i nuovi bisogni sanitari e sociosanitari di una popolazione che ha conosciuto un incremento delle aspettative di vita, rischia di venire meno di fronte all'assenza di una programmazione di lungo periodo che garantisca interventi finanziari consistenti e strutturali. Con questo atto che è stato trasmesso al Consiglio per l'approvazione – prosegue - formalizziamo la richiesta al Parlamento di lavorare su una proposta nazionale per il finanziamento della sanità pubblica che possa permettere alle Regioni di garantire il diritto di offerta e accesso universale alle cure, così come previsto dall'articolo 32 della nostra Costituzione. Abbiamo il dovere – conclude Bezzini - e la responsabilità di accompagnare questa proposta di legge con una grande mobilitazione unitaria e popolare insieme ai Comuni, ai sindacati, agli Ordini professionali, al mondo del volontariato e delle associazioni, e tutti insieme impegnarci nella difesa del sistema sanitario pubblico così come lo conosciamo, universale, equo ed egualitario, sensibilizzando la cittadinanza su questo tema».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-09-01/verso-manovra-toscana-si-allinea-emilia-romagna-fondo-sanitario-nazionale-20-mld-2027-grazie-lotta-evasione-e-crescita-pil-160942.php?uid=AF8zVVi&cmpid=nlqf>

quotidianosanita.it

La crisi del Ssn non è solo una questione economica

Aldo Grasselli, Presidente Federazione Veterinari e Medici (Fvm)

31 AGO -

Gentile Direttore,

arrivati a settembre, prima di ripartire con il consueto slancio di fine estate, conviene guardare ai mesi precedenti per vedere "dove eravamo rimasti".

Il Servizio sanitario nazionale era oggetto di forte preoccupazione di Presidenti e Assessori regionali alla sanità e del Ministro della salute. Si ipotizzava un incremento del fondo sanitario nazionale, si vagheggiava di miliardi, forse 4, magari di più, ma naturalmente sempre senza utilizzare il MES sanitario per non inquinare il sano fluido vitale della nostra Nazione con moneta impura dell'Unione europea.

Poi il 7 agosto il Governo - mossa tipicamente prebalneare - ha emanato il decreto più Omnibus della storia: misure contro i piromani, sulle licenze dei taxi, sulla disciplina delle intercettazioni e dei trojan, fino alla tassa (soviet) sulle banche.

Decreto traballante, in attesa di una ripulita prima di cadere sotto la scure della Corte Costituzionale, pur tuttavia un decreto che tra le tante regalie non ha previsto un centesimo per la sanità pubblica.

Poi, superati Ferragosto e qualche svarione di politica estera, si è tornati alla cruda realtà della legge di bilancio che dovrà far quadrare i conti tra entrate (sempre più modeste grazie alla confermata non belligeranza del Governo contro l'evasione fiscale) e uscite per due delle voci più importanti dello Stato: pensioni Inps e stipendi della pubblica amministrazione.

Sorpresa! Non ci sono soldi per cambiare (in meglio per i lavoratori) la legge Fornero, non ci sono soldi per i rinnovi contrattuali dei pubblici dipendenti, e tra questi per gli stipendi del personale (sempre eroico e osannato) del servizio sanitario nazionale.

In questo scenario poco entusiasmante, l'unica cosa che stava maturando i suoi pochi ma tangibili frutti era il Contratto collettivo (2019/2021) della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, l'ultimo contratto ancora da firmare di tutta la pubblica amministrazione. La maratona iniziata a febbraio avrebbe dovuto portare alla firma della pre-intesa prima della pausa estiva, in modo che il contratto potesse produrre effetti immediati su molti aspetti che richiedono una urgente ridefinizione a cominciare dalle prestazioni aggiuntive e dell'extra orario e permettere il pagamento degli arretrati entro fine anno. Secondo le previsioni gli arretrati ammontano in totale a circa 10mila euro, mentre gli aumenti arrivano a regime dopo le contrattazioni aziendali a 6500 euro lordi annui tenendo conto che una parte sono già entrati in busta paga con le indennità di vacanza contrattuale.

L'Aran ha convocato i sindacati martedì 5 settembre, dopo la sospensione delle trattative di inizio agosto orientata alla soluzione delle questioni cruciali.

I temi sul tavolo per il rinnovo del contratto della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria 2019-21 restano gli stessi lasciati in sospeso prima della pausa estiva. Restano da sciogliere i nodi sulle eccedenze orarie per le quali si era trovata una soluzione che soddisfaceva almeno la maggioranza delle sigle sindacali e la pretesa non quantificata delle risorse aggiuntive necessarie per soddisfare un maggiore arco sindacale da reperire col Governo.

Che succederà il 5 settembre in Aran? Sarà messo a frutto il confronto contrattuale già fatto aggiungendo qualche miglioria nell'alveo delle disponibilità oppure, irrigidite le posizioni, sarà inevitabile passare alla ricusazione totale di questo contratto non chiuso - ancorché tangibile - in attesa di "migliori sorti e progressive" e naturalmente mettendo in stand by anche il prossimo contratto 2022/2024 non ancora finanziato?

La domanda è d'obbligo perché delle due l'una: o si portano a casa i benefici disponibili sul tavolo dell'Aran che comprendono tra l'altro il premio economico per chi opera nei pronto soccorso e in emergenza urgenza e gli incrementi significativi per i medici con meno di 5 anni di servizio, o si punta a una contrattazione straordinaria, di tipo politico e non quindi con Aran, per avere quelle risorse che occorrono a soddisfare ogni richiesta legittima ma per le quali il Governo per ora è - e sembra intenzionato a rimanere - insolvente.

Se non ci si potrà ritenere soddisfatti delle aperture e delle risorse di cui dispone Aran, allora i sindacati (tutti?) dovranno ribaltare il tavolo e dare il via ad azioni durissime e durature contro Governo e Regioni che invertano una buona volta le politiche di finanziamento della sanità pubblica (una vertenza carsica e un po' sopita) e che parifichino o almeno avvicinino gli stipendi di medici e sanitari a quelli degli altri paesi dell'UE, cosa di non facile realizzazione a meno di una mobilitazione professionale e sociale capace di mettere in discussione i parametri di contrattazione del pubblico impiego e a sciogliere i cordoni della borsa del MEF che ha già molti debiti da onorare.

In questo quadro rivoluzionario sarà necessario intercettare il "paese civile" anche superando qualche contraddizione interna, come ad esempio l'uso dell'intramoenia quale ammortizzatore delle carenze dei LEA che espone i cittadini bisognosi di cure al vergognoso bivio: liste d'attesa infinite nel SSN o prestazione immediata ma dopo pagamento (out of pocket come si usa dire oggi) del medesimo personale - di quel SSN inadempiente - se la prestazione viene erogata in libera professione intramuraria.

È oggettivamente sensato chiedere pane, burro e marmellata quando si sta razionando il pane e tutto il personale sanitario è esposto alle contraddizioni di alcuni settori particolari che hanno un potere negoziale proprio legato al razionamento delle loro disponibilità?

C'è tra le dirigenze sindacali la consapevolezza che una volta ricusato questo contratto, su cui si è lavorato sei mesi in sede Aran, la prossima mossa conseguenziale dovrà indirizzare le richieste, la protesta e la rivolta tambureggiante del personale contro i datori di lavoro (Governo e Regioni)?

Quando il gioco si fa duro non si discute più con gli intermediari ma ci si deve confrontare col "padrone", magari con una mobilitazione forte, unitaria e generale sino a spremere significativi risultati, o si subisce la delegittimazione del sistema di rappresentanza, di cui alcuni tra i professionisti - ma solo alcuni e spesso i più tenaci nel chiedere - possono fare a meno essendo merce rara e cara.

I sanitari dipendenti e convenzionati sono in buona parte i custodi del SSN e della sanità pubblica universalistica, inclusiva e capace di proteggere soprattutto le crescenti fasce di cittadini deboli del Paese, come tali sono dei rompiscatole per chi invece nella sanità vede un gran bel business. E l'individualismo che ormai sta caratterizzando la nostra società non risparmia la sanità pubblica che con le sue inefficienze incentiva l'offerta individuale e privata nelle sue tante forme.

Il momento è particolarmente delicato, stanno venendo al pettine tutti gli effetti degli errori di programmazione e del mancato finanziamento del passato, l'escalation una volta innescata ha pochi margini di mediazione, e si sa che è più facile appiccare incendi che spegnerli.

E anche all'interno dello stesso mondo professionale creare delle fratture indebolisce i professionisti più deboli, quelli che in gran parte reggono sommessamente il sistema per permettere il successo di tutti gli altri.

Il rientro dalle ferie non sarà una passeggiata di salute.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116253

quotidianosanita.it

Verso la manovra. "Aumentare il Fondo sanitario di 4 miliardi l'anno nel prossimo quinquennio per raggiungere la media Ocse". Sul personale: "Via il tetto di spesa e stroncare il fenomeno gettonisti". Intervista a Sereni (PD)

Giovanni Rodriguez

"Siamo su un piano inclinato molto pericoloso che, se non corretto, potrebbe portarci verso la fine del Servizio sanitario nazionale universalistico per come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi. Abbiamo i poveri che non riescono a curarsi e un ceto medio che per curarsi si impoverisce". Sulle critiche alle case della comunità: "Cercare di smontare quell'impianto del Pnrr è un grave errore del governo Meloni". Infine, sul Covid: "Starei attenta a mettere il vaccino a pagamento, si rischia così di disincentivare un'ampia copertura su tutta la popolazione"

11 SET -

Si torni ad investire in sanità o potrebbe sparire il Servizio sanitario nazionale universalistico per come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi. Servono 4 miliardi l'anno per i prossimi cinque anni per potersi riallineare almeno con la media Ocse. L'altra emergenza da affrontare è quella del personale migliorando le loro remunerazioni e condizioni di lavoro. Stop al fenomeno dei gettonisti in corsia.

*Questa la ricetta della responsabile sanità del PD, **Marina Sereni**, che in questa intervista a Quotidiano Sanità traccia le priorità dei dem in vista della prossima legge di Bilancio.*

Di recente [su QS abbiamo analizzato i più recenti dati Ocse](#), ne emerge un Ssn che nonostante un forte sottofinanziamento riesce a fare ancora miracoli in termini di esiti. Si evidenziano però criticità su personale e accesso ai servizi. Cosa ne pensa?

I dati sul defianziamento del Servizio sanitario nazionale non risalgono ad oggi, sono noti da tempo con la lodevole ma insufficiente eccezione degli ultimi anni della precedente legislatura. In Italia ormai da decenni si spende meno, sia in rapporto al Pil che per spesa pro capite, rispetto alla media dei paesi Ocse e molto meno di quei paesi maggiormente avanzati. Il fatto che in termini di esiti si abbiano ancora dati importanti ci dice che abbiamo un buon sistema sanitario, con un livello alto di professionalità capaci di garantire una buona qualità dei servizi nonostante le difficoltà. Ma ormai siamo su un piano inclinato molto pericoloso che, se non corretto, potrebbe portarci verso la fine del Servizio sanitario nazionale universalistico per come lo abbiamo conosciuto fino ad oggi. Possiamo notarlo già oggi da due fattori.

Quali?

Abbiamo chi per mancanza di risorse proprie si trova nell'impossibilità di ricevere risposte adeguate alle proprie esigenze di salute. Al contempo, come spiega una ricerca condotta dalla Lumsa, abbiamo un ceto medio che si impoverisce se, come capita, si trova nelle condizioni di dover affrontare una malattia. Abbiamo quindi i poveri che non riescono a curarsi e un ceto medio che per curarsi si impoverisce. Si mettono così in discussione articoli 3 e 32 costituzione e rischia di venire meno la natura universalistica della nostra sanità pubblica. L'allarme per noi è molto forte. La crisi pandemica ci ha aperto gli occhi costringendoci a aumentare le risorse e a capire quanto sia importante investire sulla sanità pubblica, in particolare sulla sanità territoriale e sulla prevenzione, quindi su tutto ciò che viene prima dell'ospedale. Non solo screening, in una società dove c'è molta prevenzione conta anche l'attenzione a quei determinanti di salute sociali che fanno parte di una buona politica sanitaria di prevenzione. Il Covid dovrebbe aver fatto capire a tutti noi che non si può tornare indietro dal trend di crescita della spesa sanitaria e che sia quanto mai necessario raggiungere almeno la media di spesa dei paesi Ocse, con un livello superiore a 7% Pil. Per noi questo obiettivo è realizzabile in 5 anni aumentando il fondo sanitario di 4 miliardi l'anno. Poi c'è l'emergenza riguardante il personale sanitario.

Che si può fare?

Sul piano normativo per noi è fondamentale togliere il tetto alla spesa per il personale. Un tetto anacronistico che non ha mai prodotto un reale risparmio di spesa visto che nel tempo si è in parte aggirando l'ostacolo ricorrendo alla voce per spese e servizi e accrescendo il ricorso verso cooperative e gettonisti. Questo dei gettonisti è un fenomeno che

dobbiamo stroncare. Mi rendo conto che non si potrà fare dall'oggi al domani, ma dobbiamo chiudere alla possibilità che negli ospedali vadano a lavorare cooperative mediche e gettonisti disincentivando il lavoro dipendente. Si pensi piuttosto ad investire sul personale sia in termini remunerativi che di organizzazione del lavoro e riorganizzazione delle strutture. Tutto questo deve essere fatto molto rapidamente. Sul piano numerico, non sono pochi i medici che abbiamo, siamo in piena media Ocse, il problema è che soprattutto i più giovani scelgono di non impegnarsi nelle strutture pubbliche a causa di stipendi bassi e turni di lavoro massacranti.

Di infermieri invece e abbiamo pochi.

Sì, ne mancano tantissimi come emerge anche dal rapporto Ocse. Se non aumentiamo la loro retribuzione e non riconosciamo un maggior valore al loro lavoro in termini anche di possibilità di carriera, non riusciremo ad invertire la tendenza della carenza alle iscrizioni al corso di laurea in scienze infermieristiche.

Negli ultimi mesi sia il ministro Fitto che il sottosegretario Gemmato hanno un po' messo in discussione il progetto case della comunità, che idea si è fatta?

Mettere in discussione le case comunità per noi è un errore. Sentir dire da Fitto che si taglieranno oltre 400 case comunità e 96 ospedali di comunità dal Pnrr per realizzarli con i soldi per poi realizzarli con i finanziamenti per l'edilizia sanitaria non ha senso, quelle risorse servivano ad altro. Perché riduciamo gli investimenti su queste strutture del territorio? Il Pnrr che era stato pensato proprio per ridurre i divari territoriali. Così potrebbe invece acuirli dal momento che magari si realizzeranno case e ospedali comunità su quei territori dove già oggi esistono e non dove non c'è invece nulla per dare risposte sul territorio alle domande di salute dei cittadini. Così si continua a scaricare tutto sul pronto soccorso. La casa della comunità, insieme alla rete dei medici di famiglia e alle farmacie dovrebbe servire a fare anche da filtro. Cercare di smontare quell'impianto del Pnrr è un grave errore del governo Meloni.

Continua a crescere la spesa out of pocket, ulteriore segnale della difficoltà di accesso al Ssn.

Ormai è in atto un processo di privatizzazione inerziale, la spesa pubblica diminuisce - con la piccola parentesi del triennio 2019-2021 - ma la spesa privata aumenta ad un ritmo significativo, si rischia così di avere un sistema sanitario di serie A per chi può permetterselo e uno di serie B per gli altri. Noi non possiamo accettare questa idea. Abbiamo delle responsabilità sul passato che non neghiamo, ma proprio perché abbiamo visto in faccia l'importanza della salute come bene comune nel periodo del covid abbiamo il dovere di non ripetere gli errori commessi. Servono risorse in più ed una capacità di visione che non avvertiamo nelle politiche del governo. Il ministro Schillaci ha chiesto 4 miliardi, il Mef ha dato risposta negativa, non si può giocare con i numeri in sanità. Servono quei 4 miliardi in più per poter reinvestire la freccia. Ci sono anche disattenzioni che andrebbero denunciate. C'è circa 1 miliardo che sono appostati sul bilancio del ministero del Lavoro relativi a impatto delle disposizioni sulla regolarizzazione degli stranieri da ripartire alle Regioni. Questo conteggio è stato portato a termine, ci sono tutti i dati per ripartire queste risorse ma ancora non lo si fa. In una situazione di questo genere si deve avere anche l'attenzione a sentire quello che chiedono le Regioni.

Dal ministero della Salute si sta ipotizzando la possibilità di offrire il vaccino Covid gratuitamente solo a quelle fasce per cui è raccomandato lasciandolo a pagamento per gli altri. Sarebbe d'accordo?

Con le nuove varianti in circolazione e una ripresa dei contagi spero che il ministero possa fare scelte diverse. Bene una campagna vaccinale per sollecitare i fragili, soprattutto oggi che la tensione sul tema è molto calata. Molti fragili non hanno ricevuto ancora neanche la quarta dose. Starei però attenta a pensare che tutti gli altri debbano pagarsi il vaccino, si rischia così di disincentivare un'ampia copertura per tutta la popolazione.

A che punto siamo sulla non autosufficienza?

Sulla non autosufficienza è stata fatta legge delega, è tempo di fare decreti attuativi ma anche in quel caso se si vuole irrobustire la medicina del territorio e l'assistenza domiciliare in modo da non costringere le famiglie a portare i non autosufficienti in strutture assistenziali bisogna che quella riforma venga applicata e che, soprattutto, vengano immesse le necessarie risorse. Senza risorse la legge resterà solo sulla carta.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=116474

quotidianosanita.it

Verso la manovra. “Senza interventi strutturali ci sarà uno smantellamento del Ssn”. E sul Covid: “Un delitto di sanità pubblica equipararlo all’influenza”. Intervista a Ricciardi (Azione)

di Giovanni Rodriguez

"Siamo arrivati ormai ad un punto di crisi. Sono necessari e più che mai urgenti una serie di interventi strutturali sui quali Azione ha fatto proposte concrete". Queste sono state sintetizzate in 10 punti, oltre ad una ulteriore serie di proposte mirate a risolvere i problemi legati alla condizione di caos in cui continuano a versare il pronto soccorso e le liste d'attesa che spingono sempre più i cittadini verso il privato. Senza una serie di interventi strutturali, "il tempo è destinato a crollare"

08 SET - Ospedale, medicina territoriale e prevenzione sono i tre pilastri fondamentali. "Il primo registra tutte le difficoltà che da tempo raccontiamo mentre gli ultimi due sono delle 'cenerentole', così alla lunga il tempio crolla". È netto il giudizio del responsabile sanità di Azione, **Walter Ricciardi**, che in questa intervista a Quotidiano Sanità spiega come senza una serie di interventi strutturali il Servizio sanitario nazionale per come lo conosciamo sarà destinato ad uno smantellamento.

Professor Ricciardi, [su QS abbiamo analizzato i più recenti dati Ocse](#), ne emerge un Ssn che nonostante un forte sottofinanziamento riesce a fare ancora miracoli in termini di esiti. Si evidenziano però criticità su personale e accesso ai servizi. Cosa ne pensa?

Siamo arrivati ormai ad un punto di crisi, senza interventi strutturali siamo destinati ad un drammatico declino che porterà ad uno smantellamento del Sistema sanitario nazionale per come lo conosciamo oggi. Sono necessari e più che mai urgenti una serie di interventi strutturali sui quali Azione ha fatto proposte concrete. Anche in queste settimane, come Azione, stiamo dicendo in maniera molto chiara e netta che la sanità dovrebbe essere una priorità assoluta per il governo in vista della prossima legge di Bilancio.

Da cosa si dovrebbe iniziare?

Si deve puntare sul personale sanitario che dovrebbe essere rafforzato sia dal punto di vista numerico che delle remunerazioni. Per poter ampliare le dotazioni di organico si deve però contestualmente affrontare un altro problema, ossia quello della scarsa attrattività del Ssn, specie per alcune specialistiche. Mi faccia poi dire che si è anche esagerato con l'incremento dei posti per le facoltà di Medicina.

Non è stata una risposta adeguata alle attuali carenze?

Questa risposta avrà effetti tra tanti anni e produrremo medici che, se non cambiano le attuali condizioni, continueranno ad andare all'estero dove avranno orari di lavoro e remunerazioni migliori. Pagheremo quindi la formazione di medici che in buona parte andranno poi a lavorare in altri Paesi. Si stanno quindi commettendo errori sia nella pianificazione della loro formazione che poi sul piano lavorativo non garantendo alcuna attrattività nel servizio pubblico. Discorso a parte quello per gli infermieri.

Quali problemi si riscontrano per loro?

Di medici ce ne sono, con i dovuti incentivi il Ssn non avrebbe grandi problemi a reperirli. Di infermieri invece proprio non ce ne sono. Come risulta anche dai dati Ocse da voi riportati mancano decine di migliaia di infermieri, siamo di fronte ad un vero problema strutturale anche in questo caso. Del resto, chi si metterebbe a studiare per tanti anni per poi ritrovarsi a lavorare con turni massacranti per circa 1.400 euro netti al mese?

Cosa si dovrebbe fare per invertire la rotta?

Ripartire la dovuta attenzione verso i tre pilastri fondamentali sui quali si regge il Servizio sanitario nazionale: ospedali, medicina del territorio e prevenzione. Il secondo e terzo pilastro sono da tempo completamente abbandonati. Il Covid ci ha dimostrato come la medicina del territorio sia ancora una 'cenerentola' in larga parte del Paese. Azione ha fatto proposte precise per intervenire in maniera strutturale dicendo anche dove reperire le necessarie risorse. Da questo

punto di vista reputo sia stato davvero incredibile non aver preso il Mes sanità. Come Azione abbiamo [sintetizzato in 10 punti gli interventi necessari](#).

Quali sono?

Tra le **azioni politiche**: la ridefinizione dei rapporti istituzionali e di governance tra Stato, Regioni e Province autonome anche nella prospettiva di un'Unione europea della salute e l'aumento del finanziamento del Ssn nei prossimi tre anni insieme ad una razionalizzazione della spesa; la ridefinizione degli obiettivi di salute nazionali e regionali e conseguente revisione del sistema dei Lea, dei Lep e degli standard ospedalieri ex DM 70/2015 con gestione attiva delle liste di attesa.

Quanto alle **azioni governative**: il varo di un piano straordinario di assunzioni per il personale sanitario e offerta di adeguate motivazioni agli operatori sanitari garantendo un maggiore livello di professionalità, prospettive di carriera chiare e un migliore equilibrio tra vita lavorativa e privata; la riorganizzazione e regolamentazione del rapporto tra pubblico e privato e costituzione di un'Agenzia Europea per le emergenze di salute pubblica; il riordino delle aziende ospedaliero-universitarie e IRCSS ridisegnando i rapporti tra ricerca, didattica e clinica investendo in ricerca almeno il 3% del fondo sanitario nazionale, con particolare attenzione alla ricerca applicata e al miglioramento del sistema con l'introduzione della "value based medicine"; l'istituzione di una Agenzia Nazionale di Sanità Pubblica (ANSP) con status di organo unitario tecnico-scientifico, strutturato a livello nazionale ma con articolazioni regionali, con dipartimenti per aree e servizi, anche per rilanciare il Piano Nazionale per la Prevenzione.

Infine le **azioni gestionali**: il monitoraggio dell'applicazione del DM 77/2022 con correzioni delle eventuali criticità emergenti per garantire la continuità assistenziale e l'integrazione attiva tra servizi sanitari e sociali; l'attivazione di un Piano Nazionale per la Formazione alla Leadership e al Management per la dirigenza del SSN in collaborazione con le scuole italiane di sanità pubblica e gestione dell'Albo Nazionale dei Direttori Generali con maggior trasparenza e miglior valutazione delle competenze; la trasformazione digitale del Servizio Sanitario Nazionale, come previsto dal Pnrr, con lo sviluppo di applicativi informatici efficaci per fini epidemiologico-statistici e amministrativi e per le attività cliniche (telemedicina e intelligenza artificiale); il monitoraggio dell'applicazione del Pnrr rispetto all'ammodernamento logistico, tecnologico e edilizio delle strutture sanitarie per garantire l'umanizzazione delle cure, la sicurezza delle pratiche e il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza.

Ultimamente abbiamo poi presentato due proposte per affrontare il problema riguardante il caos dei [pronto soccorso](#) e quello delle [liste d'attesa](#) che è ben lontano dall'essere risolto nonostante. Ad oggi tutte le nostre proposte sono state completamente ignorate dall'esecutivo.

Nel mentre l'Italia registra una spesa out of pocket sopra la media europea, segnale che le richieste di salute dei cittadini non trovano risposte nel Ssn.

È vero, deteniamo inoltre il record mondiale della spesa sanitaria non intermediata quindi senza nessun valore di sistema. Tutto questo lascia ben trasparire il tentativo disperato dei cittadini di sopperire alle difficoltà di accesso ai servizi con liste d'attesa lunghissime, soprattutto diagnostiche e chirurgiche.

Al ministero della Salute si sta esaminando la possibilità di offrire solo a pagamento il vaccino Covid a quelle persone per le quali non è raccomandata la sua somministrazione, lei cosa ne pensa?

Il covid non è un'influenza. L'influenza già di per sé viene banalizzata nonostante causi tra gli 8 e i 9mila decessi l'anno. Il Covid ha una letalità superiore, una variabilità superiore, un decorso prolungato in una certa percentuale di persone con esiti disabilitanti. Trattarlo come un'influenza è un delitto dal punto di vista della sanità pubblica. Servirebbe una grande campagna vaccinale con una promozione attiva del vaccino. Se non c'è promozione attiva ci saranno coperture vaccinali scarse. In UK e negli Usa le scuole continuano a sospendere le attività perché con la ripresa dell'anno scolastico il virus continua a circolare. Succederà lo stesso anche da noi dal momento che su scuole e prevenzione in tutti questi anni non è stato fatto nulla.

In conclusione, come descriverebbe l'attuale situazione del Ssn?

Ospedale, medicina territoriale e prevenzione sono i tre pilastri fondamentali. Il primo registra tutte le difficoltà che abbiamo raccontato mentre gli ultimi due sono delle 'cenerentole', così alla lunga il tempo crolla.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=116414

Ssn. Mai più Pil sotto il 7%, revisione Titolo V, assunzioni e Bond salute. Castellone (M5S): "Le nostre proposte per il rilancio"

Il finanziamento della Sanità pubblica non dovrebbe mai scendere al di sotto del 7% del Pil. Revisione del Titolo V della Costituzione per contrastare l'iniqua e inefficiente polverizzazione che ha rischiato di scardinare le fondamenta della sanità pubblica. Superamento del tetto di spesa per il personale. Emissione da parte dello Stato di 'Bond Salute' per recuperare risorse. Queste le proposte rilanciate dalla vicepresidente del Senato.

21 SET -

*Non possiamo arrenderci alla complice inerzia del Governo Meloni. E non possiamo permettere lo sperpero di quel patrimonio, di quel cambio di paradigma che, a partire dal dramma della pandemia, puntava a ridisegnare presente e futuro della Sanità italiana. In Parlamento abbiamo presentato numerose proposte di legge per proteggere e rilanciare la Sanità pubblica italiana, tutte basate su 3 pilastri fondamentali: la valorizzazione del personale sanitario, una nuova governance della sanità e il potenziamento delle infrastrutture tecnologiche e digitali in tutto il Paese, da Nord a Sud". Così la vicepresidente del Senato, **Mariolina Castellone (M5S)**, sulla sua pagina Facebook.*

"Nel momento in cui il governo è tornato a def finanziare il nostro Servizio sanitario nazionale, intendiamo contrastare questa scelta profondamente sbagliata con proposte molto chiare.

1 – Sanità 7%. *Il finanziamento della Sanità pubblica non dovrebbe mai scendere al di sotto del 7% del Pil, per far ritornare l'Italia vicina alla media Ocse e alla media europea. Durante il Governo Conte II il M5S era riuscito a riportare gli investimenti nella Sanità pubblica al 7,4% del Pil nel 2020 e al 7,1% nel 2021, mentre nei prossimi anni l'Esecutivo Meloni ha programmato un obiettivo del 6,2%, addirittura inferiore al 2019, anno pre-pandemico. Interpretiamo il '7%' come una sorta di 'investimento sanitario minimo' al di sotto del quale non si potrà più andare. Anzi, dovrà essere una base dalla quale ambire nel corso del tempo anche a cifre più alte.*

2 – Revisione del Titolo V della Costituzione. *Riteniamo necessaria una correzione del Titolo V della Costituzione, proprio a partire dalla necessità di contrastare l'iniqua e inefficiente polverizzazione che nel corso degli anni ha rischiato di scardinare le fondamenta della nostra Sanità pubblica. Parliamo naturalmente di un obiettivo intimamente collegato alla dura opposizione che il M5S continuerà a fare all'ipocrita riforma dell'autonomia differenziata, che finge di volersi basare su una preliminare scrittura dei Lep ('Livelli essenziali delle prestazioni'), ma non mette in campo nemmeno un euro per garantire davvero il loro finanziamento.*

3 – Assunzioni. *Vogliamo il superamento definitivo del vincolo che inchioda la spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale ai livelli del 2004, meno l'ormai famigerato '1,4%'. Non possiamo più andare avanti con una carenza di 30mila medici e 70mila infermieri e non possiamo più permetterci di guardare in faccia tutti quegli 'eroi', come giustamente li abbiamo chiamati durante la pandemia, e continuare a non valorizzarne il profilo economico. E' un corso che va fermato e invertito.*

4- Bond Salute. *Per recuperare risorse utili al nostro Servizio sanitario nazionale, coinvolgendo più da vicino famiglie e lavoratori che lo vogliono, proponiamo l'emissione da parte dello Stato di una particolare categoria di titoli che possiamo chiamare 'Bond Salute'. Si tratta di titoli adeguatamente remunerati, anche per proteggere dagli effetti dell'inflazione, i cui proventi sarebbero utilizzati esclusivamente per obiettivi di potenziamento e sviluppo della nostra Sanità.*

Il M5S si batterà con tutti i mezzi istituzionali per sottrarre la Sanità italiana a quel 'viale del tramonto' su cui è stata avviata dal Governo Meloni", conclude Castellone.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=116807

Otto punti per salvare il Ssn

Gianni Nigro, Già responsabile nazionale della FP CGIL Sanità

08 SET - Gentile Direttore,

ho riflettuto a lungo sulle criticità del Ssn e le sue possibilità di sopravvivere nel futuro. Da queste riflessioni è scaturito un documento di proposte in otto punti per rilanciare la sanità pubblica in equilibrio la sanità privata integrativa:

1. Finanziamento del Sistema sanitario: la Sanità Pubblica deve innanzitutto essere finanziata per poter svolgere la sua funzione che è quella di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con tempistiche adeguate. Per raggiungere questo obiettivo deve essere dotata di fondi che portino nel 2024 l'incidenza sul PIL della spesa SSN al 7,5%. E' stato un errore non farlo prima e approvare un DEF nel 2022 che la riducesse. È necessario pianificare un incremento costante e stabile del finanziamento negli anni che lo porti ad allinearla alla media Europea.

2. Rapporto Stato-Regioni: revisione del titolo V, riequilibrando il rapporto Stato Regioni e rafforzando i poteri di indirizzo e verifica dello Stato per conservare la natura nazionale del servizio stesso e garantire l'uniforme applicazione dei LEA. In questo quadro NO a qualsiasi ipotesi di autonomia differenziata delle Regioni.

3. Spesa per il personale: è necessario rimuovere il tetto alla spesa del personale garantendo il rispetto della compatibilità del fondo del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) come sopra definito. Questo comporterà meno esternalizzazioni di servizi e più personale dipendente.

4. Tema motivazione ed efficientamento del personale: è necessario valorizzare e rimotivare il personale del SSN, al fine di contrastare fenomeni di abbandono e di superare la bassa attrattività attuale. Realizzare una strategia di ridefinizione dei ruoli all'interno dell'organizzazione con un ampliamento delle funzioni e delle competenze assegnate al personale delle professioni sanitarie al fine di valorizzare le stesse e le specifiche competenze del personale medico. È inoltre opportuno qualificare maggiormente il profilo degli Operatori Socio Sanitari (OSS). Il combinato dei punti 3) e 4) ha l'esplicito obiettivo di ridurre il sovraccarico e il burnout di medici e infermieri.

5. Sanità integrativa: deve essere restituita alla sanità integrativa il ruolo di coprire esclusivamente prestazioni non incluse nei LEA (come previsto dal DLgs 229/99 – riforma Bindi) e di dimostrata efficacia. La sanità integrativa deve essere detassata nella stessa forma delle altre spese sanitarie. Questo supera il welfare aziendale oggi detassato al 100% che corrisponde ad un trasferimento di fondi pubblici al privato.

6. Non autosufficienza: dare concreta attuazione alla legge delega del 2023 in materia di politiche sulle persone non autosufficienti prevedendo adeguati livelli di finanziamento pubblico. Per supportare le famiglie con familiari non autosufficienti e contrastare il ricorso inappropriato agli ospedali. È inoltre necessario che la normativa nazionale di attuazione legge delega riconosca e sostenga il ruolo dei caregiver e che venga finanziata la legge 112 del 22-6-2016 relativa al "dopo di noi".

7. Riorganizzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali: attuazione della riforma della medicina territoriale (DM 77/2022): devono essere realizzate le Case di Comunità (CdC) e gli ospedali di comunità (OSCO) con le relative risorse umane e posti letto che riducano l'inappropriato utilizzo di letti e risorse specialistiche negli ospedali che si devono occupare degli acuti; potenziato il ruolo MMG mediante lo sviluppo della medicina di gruppo in stretta relazione con la specialistica ospedaliera e la continuità assistenziale (Unità di Continuità Assistenziale); deve essere potenziata la assistenza domiciliare utilizzando le nuove tecnologie della digitalizzazione (investimenti PNRR). Si propone la sperimentazione della assunzione diretta, su base volontaria, di giovani medici di medicina generale da inserire nelle CdC. Le CdC sono la sede privilegiata della integrazione socio-sanitaria e devono includere le cure per la salute mentale.

8. Impegno straordinario post-covid: per ridurre il disagio ed i rischi per la salute mentale dei ragazzi e delle ragazze adolescenti e giovani adulti/e.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116455

L'Autunno freddo della sanità

Antonio Panti

Ogni anno si preannuncia un autunno caldo per lo scontro sociale tra lavoratori e Governo sulle principali questioni economiche e politiche. Quest'anno nella sanità pubblica l'autunno sarà freddo perché i lavoratori, i professionisti della sanità, sembrano storditi e sorpresi dagli eventi e, nello stesso tempo, il finanziamento del servizio, sempre più carente, mostra l'indifferenza del Governo rispetto a questa essenziale conquista della civiltà, la tutela universale della salute.

Inutile elencare le prove di questa affermazione, ormai chiunque percepisce la crisi del servizio e il povero Ministro prosegue nella sua collezione di pessime figure, di promesse che non può mantenere. E allora ragioniamo sulla nostra Regione, amministrata con diligenza ma meno efficace sul piano politico. Che può fare la Regione Toscana, in perenne penuria di risorse come tutte le altre Regioni?

Altresì la cosiddetta "destra sociale" non si appoggia su una solida trama di idee e l'orientamento decisamente conservatore, dichiarato dalla premier, implica, aderendo all'ideologia del mercato, una prevalenza delle strutture economiche private anche nei servizi sociali.

La Toscana rischia di rimanere isolata con poche altre Regioni, travolta dall'ondata del regionalismo differenziato. E il bilancio regionale non è certamente florido.

La Regione sta cercando di risolvere alcuni problemi pressanti, ad esempio quello delle liste d'attesa, con qualche successo. Ma il riordino del sistema ospedaliero e, ancor più, di quello informatico, è legato al destino del PNRR nella sanità e di questo finora, a livello governativo, si sa poco e si è fatto meno.

Ma il vero dramma irrisolto della nostra Regione è il territorio. In questo caso la Regione si è limitata a deliberare il piano delle case e degli ospedali di comunità, finanziato dal PNRR, e quindi in alto mare, senza affrontare il problema con mezzi propri.

Perché non si è ancora stipulato un accordo con i medici generali? Che sono più che disponibili. Perché non si è sistemata definitivamente la questione della continuità assistenziale? Perché non si è riorganizzata la presenza dei medici generali definendo meglio compiti e funzioni delle AFT?

Inerzia e mancanza di coraggio, non il modo migliore per affrontare le tempeste che ci attendono nella sanità pubblica.

<https://www.toscanamedica.org/lautunno-freddo-della-sanita/>

Pandemie oggi e domani



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Fluticasone furoato per via inalatoria per il trattamento ambulatoriale del Covid-19

David R. Boulware, medico, Christopher J. Lindell, Thomas G. Stewart, Adrian F. Hernandez, Sean Collins, Matthew William McCarthy, Dushyantha Jayaweera, Nina Gentile, Mario Castro, Mark Sulkowski, Kathleen McTigue, G. Michael Felker, et al., per il gruppo di studio ACTIV-6 e i ricercatori *

N Engl J Med 2023; 389:1085-1095

DOI: 10.1056/NEJMoa2209421

Astratto

Sfondo

L'efficacia dei glucocorticoidi inalatori nel ridurre il tempo necessario alla risoluzione dei sintomi o nel prevenire il ricovero ospedaliero o la morte tra i pazienti ambulatoriali con malattia da coronavirus 2019 (Covid-19) da lieve a moderata non è chiara.

Metodi

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

RESEARCH SUMMARY

Inhaled Fluticasone Furoate for Outpatient Treatment of Covid-19

Boulware DR et al. DOI: 10.1056/NEJMoa2209421

CLINICAL PROBLEM
Inhaled glucocorticoids have been tested as a possible early outpatient therapy to prevent progression of Covid-19 to severe disease, but results have been inconsistent.

CLINICAL TRIAL
Design: A decentralized, double-blind, randomized, placebo-controlled trial assessed the efficacy of inhaled fluticasone furoate in nonhospitalized adults 20 years of age with confirmed Covid-19 who had had 2-3 symptoms for 5-7 days.
Intervention: 1407 adults were randomly assigned to receive inhaled fluticasone furoate (at a dose of 200 µg once daily) or placebo for 14 days, and 1277 were included in the analysis. The primary outcome was the time to sustained recovery, defined as the time to 3 consecutive days without symptoms.

RESULTS
Efficacy: The time to sustained recovery was not significantly different in the two groups.
Safety: The frequency of adverse events was similar in the two groups. The fluticasone furoate group had a higher percentage of participants who received urgent care or emergency department care.

LIMITATIONS AND REMAINING QUESTIONS

- Few clinical events occurred, limiting the power to study the treatment effect on outcomes such as hospitalization.
- The trial did not achieve the desired level of representation of underrepresented populations.
- Owing to the decentralized trial design, all trial visits were remote, and the time from symptom onset to receipt of the trial drug or placebo was 6 days, which is longer than the suggested time to start therapy with antiviral medicines (5-6 days).

Links: Full Article | NEJM Quick Take

Time to Recovery
HR for faster recovery with fluticasone, 1.01 (95% confidence interval, 0.91-1.12)

Hospitalization or Death through Day 28
HR, 0.94 (95% CI, 0.29-3.02)

Hospitalization, Urgent Care Visit, Emergency Department Visit, or Death
HR, 1.5 (95% confidence interval, 0.5-3.5)

CONCLUSIONS
Among outpatients with mild-to-moderate Covid-19, treatment with inhaled fluticasone furoate for 14 days did not result in a shorter time to recovery than placebo.

Copyright © 2023 Massachusetts Medical Society.

Abbiamo condotto uno studio su piattaforma decentralizzato, in doppio cieco, randomizzato, controllato con placebo negli Stati Uniti per valutare l'uso di farmaci riproposti in pazienti ambulatoriali con malattia da coronavirus confermata 2019 (Covid-19). Adulti non ospedalizzati di età pari o superiore a 30 anni che presentavano almeno due sintomi di infezione acuta presenti da non più di 7 giorni prima dell'arruolamento sono stati assegnati in modo casuale a ricevere fluticasone furoato per via inalatoria alla dose di 200 µg una volta al giorno per 14 giorni o placebo. L'esito primario era il tempo necessario al recupero sostenuto, definito come il terzo di 3 giorni consecutivi senza sintomi. Gli esiti secondari chiave includevano il ricovero in ospedale o il decesso entro il giorno 28 e un risultato composito relativo alla necessità di una visita di assistenza urgente o al pronto soccorso o al ricovero in ospedale o al decesso entro il giorno 28.

Risultati

Dei 1.407 partecipanti arruolati e sottoposti a randomizzazione, 715 sono stati assegnati a ricevere fluticasone furoato per via inalatoria e 692 a ricevere placebo, e rispettivamente 656 e 621 sono stati inclusi nell'analisi. Non c'erano prove che l'uso di fluticasone furoato determinasse un tempo di recupero più breve rispetto al placebo (rapporto di rischio, 1,01; intervallo di credibilità al 95%, da 0,91 a 1,12; probabilità a posteriori di beneficio [definita come rapporto di rischio > 1], 0,56). Un totale di 24 partecipanti (3,7%) nel gruppo fluticasone furoato sono stati sottoposti a cure urgenti o al pronto soccorso o sono stati ricoverati in ospedale, rispetto a 13 partecipanti (2,1%) nel gruppo placebo (rapporto di rischio, 1,9; intervallo di credibilità al 95%, 0,8-3,5). Tre partecipanti in ciascun gruppo sono stati ricoverati in ospedale e non si sono verificati decessi. Gli eventi avversi erano rari in entrambi i gruppi.

Conclusioni

Il trattamento con fluticasone furoato per via inalatoria per 14 giorni non ha comportato un tempo di recupero più breve rispetto al placebo tra i pazienti ambulatoriali con Covid-19 negli Stati Uniti. (Finanziato dal National Center for Advancing Translational Sciences e altri; numero ACTIV-6 ClinicalTrials.gov,

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2209421?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX19%2FMLg5iyF%2Ba8g1HrKlllCD3y2d9a6rOySRoL%2FTh8SjhCDIF2pNllckNJ4NkXhm8%2BME%2Ff7cj%2BzmcXlfPNYRcHxk00%2F7u2CHHqnQAavB3XzH07Z4jVJXT0Q3hBjs8I4pnBr7eqKo0M29w%2BYzFkj0%2BySosoYrS5btwwop7bd%2FK2%2BQT1Ndhm4eTVBtXbMkkLlkFKe%2F4HUp5oTuw%3D%3D&cid=NEJM%20eToc,%20September%2021,%202023%20DM2285141%20NEJM%20Non%20Subscribe%20r&bid=1808186766>



Proteine della coagulazione legate alla nebbia cerebrale di Long Covid

Lo studio su persone non vaccinate ricoverate in ospedale con COVID-19 rafforza la teoria secondo cui i coaguli di sangue possono contribuire a problemi cognitivi mesi dopo

Catherine Offord

Insieme all'affaticamento fisico, la "nebbia cerebrale" è diventata una delle manifestazioni più conosciute della condizione nota come Long Covid. Eppure non è ancora chiaro il motivo per cui alcune persone infette da SARS-CoV-2 sviluppano problemi cognitivi – che possono includere difficoltà di concentrazione e di memoria – e altre no. Ora, un ampio studio su persone ricoverate in ospedale con COVID-19 all'inizio della pandemia ha identificato due proteine coinvolte nella coagulazione del sangue, il fibrinogeno e il D-dimero, che sono associate a deficit cognitivi fino a 1 anno dopo l'infezione.

I risultati, pubblicati oggi su Nature Medicine, rappresentano un "progresso importante" per la comprensione da parte degli scienziati di come si sviluppa il Covid a lungo, afferma Steven Deeks, medico-

scienziato dell'Università della California, San Francisco (UCSF), che non è stato coinvolto nello studio. il lavoro. Combinato con ricerche precedenti, lo studio supporta la teoria secondo cui i coaguli di sangue innescati durante le fasi acute dell'infezione virale potrebbero portare a sintomi persistenti come la confusione mentale. Deeks avverte, tuttavia, che il focus dello studio sulle persone non vaccinate che hanno avuto una forma grave di COVID-19 potrebbe limitare la rilevanza per la popolazione più ampia; molte persone con Covid lungo hanno avuto infezioni iniziali più lievi: non sono rappresentate nella ricerca.

La continua ricerca dei meccanismi alla base del Long Covid ha individuato diversi possibili colpevoli, tra cui l'eccesso di coagulazione del sangue, l'infiammazione dilagante e la persistenza del SARS-CoV-2 nel corpo. Diversi studi hanno anche proposto potenziali biomarcatori – solitamente caratteristiche molecolari del sangue o di altri tessuti del paziente – che compaiono durante o dopo l'infezione e potrebbero aiutare a prevedere chi è maggiormente a rischio di malattia persistente. Ma pochi studi clinici si sono concentrati sulla districazione dei deficit cognitivi associati alla condizione, afferma Maxime Taquet, psichiatra clinico dell'Università di Oxford. “I biomarcatori generali per il Covid lungo [potrebbero] non necessariamente applicarsi alla nebbia del cervello”.

Per approfondire questo aspetto della malattia, Taquet e colleghi hanno utilizzato i dati dello studio post-ospedalizzazione COVID-19 (PHOSP-COVID), che ha raccolto informazioni da migliaia di adulti ricoverati in ospedale con SARS-CoV-2 in tutto il Regno Unito nel 2020 e nel 2021. Ai partecipanti sono stati sottoposti ad esami del sangue al momento del ricovero e, a 6 e 12 mesi dal ricovero, hanno risposto a questionari e hanno effettuato test cognitivi.

Analizzando i dati di oltre 1.800 pazienti, il team ha scoperto che le persone che avevano livelli di fibrinogeno nel sangue superiori alla media al momento del ricovero ospedaliero, in seguito hanno ottenuto risultati peggiori nei test che misuravano abilità come memoria e attenzione, e hanno valutato le loro capacità cognitive generali come più scarse in termini di capacità cognitive. questionari. Al follow-up di 6 mesi, ad esempio, il gruppo con alto livello di fibrinogeno ha valutato i propri problemi cognitivi come peggiori di circa 0,7 punti su una scala a 7 punti rispetto al gruppo con basso livello di fibrinogeno. Le differenze nelle abilità cognitive valutate oggettivamente erano più lievi – circa 0,7 punti peggiori su una scala di 30 punti – forse perché questi test sono orientati a rilevare disturbi importanti come la demenza, non deficit più piccoli, dice Taquet.

Livelli ematici aumentati della seconda proteina, il D-dimero, erano anche predittivi di problemi cognitivi a 6 e 12 mesi, sebbene solo nei questionari soggettivi: i punteggi a sei mesi erano peggiori di circa 1,5 punti per il gruppo ad alto contenuto di D-dimero. Queste persone avevano anche maggiori probabilità di riferire stanchezza e difficoltà respiratorie e di avere difficoltà a portare avanti il lavoro.

L'analisi del team di un ampio database sanitario elettronico statunitense ha confermato tali risultati, collegando l'aumento del fibrinogeno o del D-dimero durante il ricovero per COVID-19 alle diagnosi di demenza, lieve deterioramento cognitivo e altri problemi cognitivi 6 mesi dopo.

Questa non è la prima volta che il fibrinogeno e il D-dimero vengono collegati al COVID-19: studi precedenti hanno rilevato livelli elevati di proteine, insieme a un eccesso di coagulazione, nei pazienti ospedalizzati. La ricerca pre-pandemica ha anche collegato alti livelli di fibrinogeno a problemi cognitivi e demenza, dice Taquet, il che indica che potrebbe essere un indicatore generale di deficit cognitivi. (Il suo team ha confermato tale connessione in una sottoanalisi delle cartelle cliniche elettroniche precedenti al 2020.) Il D-dimero non ha mostrato tale associazione con questi deficit al di fuori dei pazienti affetti da COVID-19, forse suggerendo un ruolo specifico per le infezioni da coronavirus, aggiunge.

Lo studio non stabilisce esattamente come le proteine potrebbero causare danni, anche se Taquet ipotizza che il fibrinogeno potrebbe formare coaguli di sangue che interrompono la circolazione nel cervello o addirittura interagire direttamente con i recettori del sistema nervoso. È più probabile che il D-dimero rifletta la coagulazione nei polmoni, dice, il che potrebbe aiutare a spiegare il suo legame con i problemi respiratori. Nel complesso, lo studio è stato “progettato e analizzato rigorosamente”, afferma Tanayott Thaweethai, biostatistico del Massachusetts General Hospital. “Stavano cercando di comprendere questi deficit cognitivi in modo davvero dettagliato”.

I ricercatori hanno cercato di escludere possibili fattori confondenti nel set di dati PHOSP-COVID. Ad esempio, le persone con casi più gravi di COVID-19 potrebbero semplicemente essere più inclini a problemi cognitivi a

lungo termine. Tuttavia, il fibrinogeno e il D-dimero potrebbero comunque predire i deficit cognitivi anche quando venivano prese in considerazione le differenze di gravità, valutate attraverso il bisogno del paziente di ossigeno supplementare e altri fattori. Taquet e colleghi hanno anche controllato i deficit cognitivi preesistenti, sebbene lo abbiano fatto utilizzando sondaggi che chiedevano alle persone di ricordare le loro prestazioni cognitive pre-COVID-19, una misura meno affidabile rispetto alle valutazioni somministrate sul posto, dice Thaweethai.

La questione su come diagnosticare il Long Covid è stata controversa ed è improbabile che i risultati del nuovo studio portino a un test definitivo in tempi brevi. Oltre a non essere vaccinate e ricoverate in ospedale, le persone coinvolte nello studio sono state esposte alle prime varianti di SARS-CoV-2, quindi non è chiaro se le associazioni delle proteine del sangue saranno valide per i pazienti infettati più recentemente. Inoltre, un biomarcatore che predice problemi cognitivi in 6 o 12 mesi – come hanno fatto il fibrinogeno e il D-dimero – non è utile quanto un test in grado di diagnosticare chiaramente un caso attuale di Long Covid, dice Deeks.

Sul fronte del trattamento, ci sono poche prove che prendere di mira le due proteine, o la coagulazione del sangue in generale, possa prevenire il Long Covid. Gli anticoagulanti sono stati proposti come possibile trattamento, ma devono ancora essere testati in un rigoroso studio clinico e potrebbero essere pericolosi in alcuni pazienti.

Tuttavia, è probabile che i risultati stimolino ulteriori ricerche su queste proteine della coagulazione e sui percorsi biologici in cui sono coinvolte. Il fibrinogeno in particolare “continua a comparire in tutti questi studi”, afferma Deeks, che sta aiutando a condurre uno studio Long Covid presso l’UCSF. . Dopo aver letto il nuovo articolo, è determinato a “raddoppiare il tentativo di capire perché”.

https://www.science.org/content/article/clotting-proteins-linked-long-covid-s-brain-fog?utm_source=sfmc&utm_medium=email&utm_campaign=DailyLatestNews&utm_content=alert&et rid=691092258&et cid=4882490

quotidianosanita.it

Covid. Alle Nazioni Unite storico accordo per una maggiore collaborazione, governance e investimenti per prevenire e contrastare future pandemie

Garantire l'accesso sostenibile, a prezzi abbordabili, giusto, equo, efficace, efficiente e tempestivo alle contromisure mediche, compresi vaccini; adottare misure per contrastare e affrontare gli impatti negativi della disinformazione legata alla salute; investire nell'assistenza sanitaria di base; rafforzare la forza lavoro sanitaria, la capacità di sorveglianza e le capacità produttive locali. Questi solo alcuni degli impegni siglati nel corso dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite e accolti con favore dall'Onu.

21 SET -

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha accolto con favore l'impegno storico dimostrato oggi dai leader globali, all'Assemblea generale delle Nazioni Unite, per rafforzare la cooperazione, il coordinamento, la governance e gli investimenti internazionali necessari per prevenire il ripetersi del devastante impatto sanitario e socioeconomico causato dal Covid, rendere il mondo meglio preparato per la futura pandemia e tornare sulla buona strada per raggiungere gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

"Il primo vertice del capo di Stato sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie è una pietra miliare storica nell'urgente spinta a rendere tutte le persone del mondo più sicure e meglio protette dagli impatti devastanti delle pandemie - ha dichiarato **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, direttore generale dell'OMS -. Accolgo con favore questo impegno da parte dei leader mondiali a fornire il sostegno politico e la direzione necessari affinché l'OMS, i governi e

tutti i soggetti coinvolti possano proteggere la salute delle persone e adottare misure concrete per investire nelle capacità locali, garantire l'equità e sostenere l'architettura sanitaria di emergenza globale di cui il mondo ha bisogno". La dichiarazione politica, approvata da **Dennis Francis**, Presidente della 78a Assemblea Generale delle Nazioni Unite, e il risultato dei negoziati sotto la guida degli ambasciatori **Gilad Erdan** di Israele e **Omar Hilale** del Marocco, ha sottolineato il ruolo centrale svolto dall'OMS come "autorità di direzione e coordinamento sulla salute internazionale" e la necessità di "impegnarsi ulteriormente per un finanziamento sostenibile che fornisca finanziamenti adeguati e prevedibili all'Organizzazione Mondiale della Sanità, che le consente di disporre delle risorse necessarie per svolgere le sue funzioni principali".

"L'esperienza vissuta dalle persone che hanno sofferto a causa della pandemia di Covid deve essere in prima linea nelle nostre menti per realizzare la chiara direzione fornita dai leader mondiali - ha affermato Tedros -. Dobbiamo imparare a proteggere meglio le nostre comunità e a coinvolgerle, informarle e responsabilizzarle a far parte della soluzione. Dobbiamo costruire sistemi di assistenza clinica più forti che possano salvare vite umane. Ciò richiede azioni concrete per garantire un accesso equo alle contromisure mediche, finanziamenti sostenibili e adeguati, comunità responsabilizzate e impegnate e operatori sanitari solidi, formati e attrezzati".

"Gli impatti devastanti del Covid hanno dimostrato perché il mondo ha bisogno di un approccio più collaborativo, coeso ed equo per prevenire, prepararsi e rispondere alle pandemie", ha affermato Tedros.

Ghebreyesus ha affermato che i governi e i partner multilaterali hanno già iniziato a costruire le basi per un mondo più sicuro, con l'istituzione del Fondo pandemico, l'Hub dell'OMS per l'intelligence pandemica ed epidemica, il BioHub dell'OMS per condividere volontariamente nuovi materiali biologici e l'hub di trasferimento della tecnologia del vaccino mRNA.

Tuttavia, Ghebreyesus ha aggiunto che la dichiarazione politica approvata mercoledì ha chiesto un ulteriore rafforzamento dell'architettura di emergenza sanitaria globale per proteggere meglio il mondo da una possibile ripresa del Covid.

Tra le numerose misure necessarie, la dichiarazione politica riconosceva la necessità che gli Stati membri di:

- Concludere i negoziati su una convenzione, un accordo o un altro strumento internazionale dell'OMS sulla prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie, altrimenti noto come accordo sulla pandemia, e proseguire i lavori per apportare modifiche mirate al regolamento sanitario internazionale (2005) entro maggio 2024;
- In linea con il processo dell'accordo pandemico, garantire l'accesso sostenibile, a prezzi abbordabili, giusto, equo, efficace, efficiente e tempestivo alle contromisure mediche, compresi vaccini, diagnostica, terapia e altri prodotti sanitari;
- Adottare misure per contrastare e affrontare gli impatti negativi della disinformazione legata alla salute, della disinformazione, dell'incitamento all'odio e della stigmatizzazione, in particolare sulle piattaforme dei social media, sulla salute fisica e mentale delle persone, anche contrastando l'esitazione vaccinale nel contesto della prevenzione, della preparazione e della risposta alle pandemie e per promuovere la fiducia nei sistemi e nelle autorità sanitarie pubbliche, anche aumentando l'educazione alla sanità pubblica, alfabetizzazione e consapevolezza, pur riconoscendo che l'impegno efficace delle parti interessate richiede l'accesso a informazioni tempestive, accurate e basate su dati concreti e la sensibilizzazione, anche attraverso l'uso di strumenti sanitari digitali;
- Proteggere le nostre comunità investendo nell'assistenza sanitaria di base e in altre misure del sistema sanitario, come parte di un impegno per la copertura sanitaria universale, in modo da garantire che siano in atto solidi sistemi sanitari nazionali per rispondere alle future pandemie;
- Investire per garantire che l'OMS sia rafforzata al livello necessario per svolgere il suo ruolo nel rispondere alle minacce pandemiche. Il finanziamento sostenibile dell'OMS e dei sistemi sanitari nazionali è essenziale per rendere il mondo più sicuro;
- Rafforzare la forza lavoro sanitaria e le capacità di risposta rapida, i sistemi di sorveglianza e fornitura e le capacità produttive locali, per consentire e consentire a tutti i paesi di avere la capacità di soddisfare le proprie esigenze per prevenire, prepararsi e rispondere alle pandemie. Aumentare le capacità del sistema sanitario per affrontare le minacce pandemiche nei paesi a basso e medio-basso reddito, in particolare in tutta l'Africa;

- Contrastare e affrontare gli impatti negativi della disinformazione legata alla salute, della disinformazione, dell'incitamento all'odio e della stigmatizzazione, in particolare sulle piattaforme dei social media, sulla salute fisica e mentale delle persone, al fine di rafforzare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie e promuovere la fiducia nei sistemi e nelle autorità sanitarie pubbliche;
- Sfruttare il potenziale del sistema multilaterale e potenziare l'approccio multisettoriale necessario per migliorare la prevenzione, la preparazione e la risposta alle pandemie, a causa delle molteplici cause e conseguenze delle pandemie, che sostengono il conseguimento degli obiettivi di sviluppo sostenibile.

A seguito dell'approvazione della dichiarazione politica da parte del presidente dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, i leader degli Stati membri delle Nazioni Unite hanno rilasciato dichiarazioni sull'importanza fondamentale della prevenzione, della preparazione e della risposta alle pandemie e sulla necessità di un'architettura di emergenza sanitaria globale solida, coordinata e completa.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=116790

THE LANCET
Respiratory Medicine

Risultati della risonanza magnetica multiorgano dopo il ricovero per COVID-19 nel Regno Unito (C-MORE): uno studio di coorte prospettico, multicentrico e osservazionale

Il Gruppo Collaborativo C-MORE/PHOSP-COVID[†]

Publicato: 22 settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00262-X](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00262-X)

Riepilogo

introduzione

L'impatto multiorgano delle infezioni da coronavirus da moderate a gravi nella fase post-acuta è ancora poco compreso. Abbiamo mirato a valutare il carico eccessivo delle anomalie multiorgano dopo il ricovero in ospedale con COVID-19, valutare i loro determinanti ed esplorare le associazioni con le misure di esito correlate al paziente.

Metodi

In uno studio prospettico multicentrico di follow-up con risonanza magnetica (C-MORE) condotto in tutto il Regno Unito, gli adulti (di età ≥ 18 anni) dimessi dall'ospedale in seguito a COVID-19 erano inclusi nel livello 2 dello studio post-ospedalizzazione COVID-19 (PHOSP-COVID) e i controlli contemporanei senza evidenza di precedente COVID-19 (anticorpo nucleocapside SARS-CoV-2 negativo) sono stati sottoposti a risonanza magnetica multiorgano (polmoni, cuore, cervello, fegato e reni) con valutazione quantitativa e qualitativa delle immagini e giudizio clinico quando rilevante. Sono stati esclusi i soggetti con insufficienza renale allo stadio terminale o controindicazioni alla risonanza magnetica. I partecipanti sono stati inoltre sottoposti a una registrazione dettagliata dei sintomi e a test fisiologici e biochimici. L'outcome primario era l'eccesso di anomalie multiorgano (due o più organi) rispetto ai controlli, con ulteriori aggiustamenti per potenziali fattori confondenti. [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04510025), NCT04510025.

Risultati

Dei 2710 partecipanti al Livello 2 di PHOSP-COVID, 531 sono stati reclutati in 13 siti C-MORE in tutto il Regno Unito. Dopo le esclusioni, 259 pazienti C-MORE (età media 57 anni [SD 12]; 158 [61%] maschi e 101 [39%] femmine) che sono stati dimessi dall'ospedale con COVID-19 confermato tramite PCR o diagnosticato clinicamente tra il 1° marzo, 2020 e 1 novembre 2021 e 52 controlli non-COVID-19 provenienti dalla comunità (età media 49 anni [SD 14]; 30 [58%] maschi e 22 [42%] femmine) sono stati inclusi nell'analisi. I pazienti sono stati valutati ad una media di 5,0 mesi (IQR 4,2–6,3) dopo la dimissione dall'ospedale. Rispetto ai controlli non-COVID-19, i pazienti erano più anziani, vivevano con maggiore obesità e avevano più comorbidità. Anomalie multiorgano alla risonanza magnetica erano più frequenti nei pazienti che nei controlli (157 [61%] su 259 **vs** 14 [27%] su 52; $p < 0.0001$) e associato indipendentemente allo stato di COVID-19 (odds ratio [OR] 2.9 [95% CI 1.5–5.8]; p aggiustato = 0.0023) dopo aggiustamento per fattori di confondimento rilevanti. Rispetto ai controlli, i pazienti avevano maggiori probabilità di avere evidenze MRI di anomalie polmonari ($p = 0.0001$; anomalie parenchimali), anomalie cerebrali ($p < 0.0001$; maggiori iperintensità della sostanza bianca e riduzione del volume cerebrale regionale) e anomalie renali ($p = 0.014$; T1 midollare inferiore e perdita di differenziazione corticomidollare), mentre le anomalie cardiache ed epatiche alla risonanza magnetica erano simili tra pazienti e controlli. I pazienti con anomalie multiorgano erano più anziani (differenza nell'età media di 7 anni [IC 95% 4-10]; età media di 59,8 anni [SD 11,7] con anomalie multiorgano **vs** età media di 52,8 anni [11,9] senza anomalie multiorgano; $p < 0.0001$), maggiore probabilità di avere tre o più comorbidità (OR 2.47 [1.32–4.82]; p aggiustato = 0.0059) e maggiore probabilità di avere un'infezione acuta più grave (acuta CRP >5 mg/l, OR 3,55 [1,23–11,88]; p aggiustato = 0,025) rispetto a quelli senza anomalie multiorgano. La presenza di anomalie nella risonanza magnetica polmonare è stata associata a un rischio due volte più elevato di oppressione toracica e le anomalie multiorgano nella risonanza magnetica sono state associate a compromissione persistente della salute fisica e mentale grave e molto grave (cluster di sintomi PHOSP-COVID) dopo il ricovero.

Interpretazione

Dopo il ricovero per COVID-19, le persone sono a rischio di anomalie multiorgano a medio termine. I nostri risultati sottolineano la necessità di percorsi di cura multidisciplinari proattivi, con il potenziale dell'imaging per guidare la frequenza di sorveglianza e la stratificazione terapeutica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00262-X/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00262-X/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

THE LANCET
Respiratory Medicine

Dare un senso all'imaging MRI multiorgano per le sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2

Matteo R. Baldwin

Pubblicato: 22 settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(23\)00347-](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(23)00347-)

I sintomi fisici più comuni delle sequele post-acute dell'infezione da SARS-CoV-2 (nota anche come COVID lungo) sono affaticamento e mancanza di respiro, mentre i sintomi mentali più comuni sono deterioramento cognitivo, difficoltà del sonno e disturbi dell'umore tra cui depressione e ansia.

Sebbene studi clinici, radiografici e autoptici su pazienti con COVID-19 acuto abbiano identificato l'immunità disregolata, la disfunzione endoteliale e la microtrombosi come meccanismi specifici di SARS-CoV-2 di danno multiorgano, il potenziale danno permanente agli organi in coloro che hanno avuto il COVID-19 e la patobiologia che è alla base dei sintomi del COVID lungo rimangono poco compresi.

Per quanto riguarda i sintomi fisici del COVID-19 lungo, gli studi TC del torace su individui provenienti da Europa, Asia e Americhe che hanno avuto COVID-19 hanno confermato che anomalie polmonari di tipo fibrotico sono comuni 1 anno dopo il COVID-19 acuto, con prevalenza variabile dal 25% al 75%, ma sono generalmente lievi e non costantemente associati a deficit o sintomi importanti della funzionalità polmonare.

Il danno cardiaco acuto è comune nei pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 e si stanno studiando gli effetti a lungo termine del COVID-19 sul cuore. Almeno uno studio di imaging MRI cardiaco su individui che hanno avuto COVID-19 ha mostrato che, sebbene le lesioni simili alla miocardite siano comuni, sono di estensione limitata con conseguenze funzionali minime.

Ad oggi, gli studi sul COVID lungo focalizzati su un singolo organo, come il polmone o il cuore, hanno identificato anomalie comuni ma lievi che non possono spiegare completamente i sintomi fisici di affaticamento e dispnea, il che solleva la questione se alla base di questi vi sia una combinazione di deficit multiorgano. sintomi.

Per quanto riguarda i sintomi mentali del COVID lungo, uno studio sui partecipanti alla Biobank britannica ha confrontato i cambiamenti nella risonanza magnetica cerebrale e nella funzione psicomotoria prima e dopo l'infezione da SARS-CoV-2 con i cambiamenti nei partecipanti non infetti. Coloro che avevano avuto un'infezione da SARS-CoV-2 avevano una maggiore riduzione del volume della materia grigia e un aumento dei parametri di diffusione anormale del cervello coinvolti nell'elaborazione del segnale olfattivo e nella memoria, associati a maggiori diminuzioni della funzione psicomotoria.

Ma quasi tutti i partecipanti avevano un COVID-19 lieve e non erano ricoverati in ospedale, e non sono stati condotti studi che confrontassero le anomalie cerebrali della risonanza magnetica dei pazienti ospedalizzati con COVID-19 con partecipanti di controllo non infetti da SARS-CoV-2.

In *The Lancet Respiratory Medicine*, il gruppo collaborativo C-MORE/PHOSP-COVID riporta i risultati del primo studio MRI multiorgano (polmone, cuore, fegato, rene e cervello) su pazienti dimessi dall'ospedale dopo COVID-19 che cerca di identificare il carico eccessivo di anomalie multiorgano specifiche della SARS-CoV-2 e la loro associazione con i sintomi e il recupero. Sorprendentemente, i ricercatori hanno ottenuto l'imaging MRI multiorgano di 259 adulti dimessi dall'ospedale dopo COVID-19 nel 2020 o 2021, una mediana di 5,0 mesi (IQR 4,2–6,3) dopo l'infezione acuta. I partecipanti allo studio sono stati selezionati dallo studio post-ospedalizzazione COVID-19 in corso in tutto il Regno Unito (PHOSP-COVID), e le loro immagini MRI sono state confrontate con quelle di 52 partecipanti di controllo contemporanei non infetti. I risultati principali erano un carico eccessivo di anomalie polmonari, cerebrali e renali tra i pazienti dimessi e un'associazione di anomalie multiorgano (≥ 2 organi) con un fenotipo di sintomi COVID lunghi precedentemente identificato caratterizzato da gravi sintomi fisici e mentali e recupero compromesso.

A prima vista, i risultati osservati non sono sorprendenti e potrebbero addirittura essere messi in discussione. Precedenti studi su coorti più ampie hanno stabilito anomalie polmonari residue alla TC del torace, disfunzione renale persistente, e anomalie strutturali del cervello come sequele di COVID-19.

Il Gruppo Collaborativo C-MORE/PHOSP-COVID hanno applicato metodi appropriati per controllare i confondenti nella loro dimensione moderata del campione tramite ponderazione della probabilità inversa. Hanno dimostrato che i loro risultati principali erano solidi nelle analisi limitate ai pazienti senza i principali fattori di confondimento quali malattia polmonare cronica o malattia critica. Tuttavia, rimane la possibilità che alcune delle anomalie in eccesso osservate nella risonanza magnetica nei pazienti possano essere dovute a comorbidità preesistenti difficili da misurare. Rispetto ai partecipanti di controllo, i pazienti erano in media 8 anni più vecchi, più spesso obesi e quasi il doppio delle probabilità di avere ipertensione (50% contro 29%) o diabete (21% contro 13%). Nelle analisi aggiustate, i pazienti avevano una malattia dei piccoli vasi cerebrali significativamente maggiore e una differenziazione corticomidollare renale peggiore rispetto ai partecipanti di controllo alla risonanza magnetica. Tuttavia, il carico di comorbidità è stato misurato e controllato utilizzando il Charlson Comorbidity Index e la presenza rispetto all'assenza di ipertensione e storia di fumo. Resta possibile che i pazienti presentassero una maggiore gravità non misurata di queste comorbidità che potrebbe esporli a un rischio più elevato di malattia cerebrovascolare e del parenchima renale subclinico preesistente.

Eppure, nonostante queste limitazioni, questo studio rimane di grande impatto e fa avanzare le nostre conoscenze sulla patobiologia del COVID lungo a causa dei suoi importanti risultati negativi. I pazienti ricoverati in ospedale con COVID-19 sono ad alto rischio di tromboembolia venosa polmonare, spesso hanno lesioni cardiache acute, e studi autoptici hanno mostrato microtrombosi polmonare e cardiaca in situ.

Di conseguenza, è stato ipotizzato che la malattia vascolare polmonare post-COVID e l'insufficienza cardiaca potrebbero essere alla base dei sintomi COVID prolungati di dispnea e affaticamento. Sorprendentemente, rispetto ai partecipanti di controllo non infetti, i pazienti non presentavano differenze significative nel flusso sanguigno polmonare, nel volume o nel tempo di transito medio, e nessuna differenza significativa nelle anomalie cardiache. Anomalie cardiache, renali, epatiche e cerebrali individuali non erano associate ai sintomi riferiti dai pazienti. Solo le anomalie del parenchima polmonare sono state associate a costrizione toracica e tosse, il cui significato è difficile da interpretare poiché la TC del torace è il metodo consolidato per misurare le anomalie del parenchima polmonare.

Data l'elevata prevalenza in tutto il mondo di pazienti dimessi dall'ospedale dopo COVID-19 con COVID lungo, questi risultati negativi dovrebbero fornire sollievo dal fatto che estese malattie vascolari e cardiache polmonari non sembrano essere alla base dei sintomi di COVID lungo. Inoltre, considerando l'evidenza crescente di anomalie polmonari residue comuni, ma relativamente lievi, a 1 anno dalla fase acuta di COVID-19, gli sforzi dovrebbero essere riorientati sullo studio delle cause neuromuscolari di dispnea e affaticamento nei pazienti con COVID da lungo tempo.

Forse la scoperta positiva più intrigante dello studio del gruppo collaborativo C-MORE/PHOSP-COVID è che i pazienti dimessi dopo COVID-19 con un fenotipo di sintomi fisici e mentali gravi e un recupero compromesso avevano quattro volte più probabilità di anomalie alla risonanza magnetica multiorgano. Questi risultati suggeriscono che il COVID lungo non è spiegato da gravi deficit concentrati in nessun organo. Ogni anomalia d'organo sembra necessaria ma insufficiente per causare sintomi COVID a lungo termine. Piuttosto, l'interazione di due o più anomalie negli organi potrebbe avere un effetto additivo o moltiplicativo nel creare deficit fisiologici che provocano sintomi COVID prolungati. Di conseguenza, gli studi futuri che utilizzano un approccio di biologia dei sistemi potrebbero avere maggiori probabilità di chiarire i meccanismi multiorgano del COVID lungo come potenziali bersagli terapeutici.

[https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(23\)00347-8/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(23)00347-8/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

quotidianosanita.it

Covid. Ecdc ed Ema: "Circolerà con influenza e Rsv, rischi per fragili e per i sistemi sanitari"

È il quadro prospettato da **Andrea Ammon**, direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), in conferenza stampa con **Emer Cooke**, direttore esecutivo dell'Agenzia europea del farmaco Ema. "I nostri modelli hanno mostrato che una campagna vaccinale anti-Covid con un'elevata adesione, rivolta a persone di età dai 60 anni in su, potrebbe prevenire circa il 21-32% di tutti i ricoveri".

21 SET -

Durante l'autunno e l'inverno alle porte, "prevediamo una recrudescenza dell'influenza stagionale e del virus respiratorio sinciziale Rsv". Al contempo, "osserviamo anche un aumento della trasmissione di Sars-CoV-2 nell'Ue/Spazio economico europeo e prevediamo che i virus respiratori "co-circoleranno nei prossimi mesi". Questa co-circolazione "metterà le persone vulnerabili a rischio di malattie gravi e di morte, con una maggiore pressione sull'assistenza sanitaria".

È il quadro prospettato da **Andrea Ammon**, direttrice del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (Ecdc), in conferenza stampa con **Emer Cooke**, direttore esecutivo dell'Agenzia europea del farmaco Ema.

"È difficile prevedere con esattezza quando la circolazione dei virus respiratori aumenterà o raggiungerà il picco", ha aggiunto Ammon.

Quanto al rialzo dei casi Covid, "è probabilmente dovuto all'aumento dei viaggi e ai grandi raduni estivi - ha evidenziato la numero uno dell'Ecdc - e al calo dell'immunità dopo un lungo periodo di bassa circolazione del virus".

"Dobbiamo agire ora per ridurre al minimo l'impatto" dei virus respiratori che co-circoleranno nel prossimo autunno-inverno: Sars-CoV-2, influenza e virus respiratorio sinciziale Rsv.

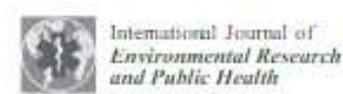
Servono "forti misure di sanità pubblica tra cui la vaccinazione contro Covid e influenza, l'utilizzo delle misure di protezione individuale, la sorveglianza e la segnalazione", ha precisato Ammon.

"Covid-19, influenza e Rsv rimangono sfide significative per la salute pubblica" ha avvertito Emer Cooke. Le persone che appartengono a categorie a rischio e sono vulnerabili dovrebbero vaccinarsi, perché "la vaccinazione è il modo più efficace per prevenire le infezioni e proteggere da malattie gravi e ospedalizzazione".

"La co-somministrazione dei vaccini contro Covid e influenza è fattibile", ha aggiunto la numero uno dell'Ema. "Gli Stati membri - ha precisato - prenderanno decisioni sulle loro campagne di vaccinazione nazionali in base alle condizioni epidemiologiche e alla disponibilità di vaccini nei loro Paesi".

“I nostri modelli hanno mostrato che una campagna vaccinale anti-Covid con un'elevata adesione, rivolta a persone di età dai 60 anni in su, potrebbe prevenire circa il 21-32% di tutti i ricoveri correlati a Covid nell'Ue/Spazio economico europeo fino al 24 febbraio”.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=116817



Prevalence of SARS-CoV-2 Infection at the University of Barcelona during the Third COVID-19 Pandemic Wave in Spain

Pilar Delgado-Hito

Introduzione

Durante l'ultimo anno accademico (2019/20) la comunità ub era composta da 69.353 membri, di cui 61.119 studenti (~17% stranieri) distribuiti come 41.750 studenti di laurea triennale, 5.337 studenti laureati, 4.582 ricercatori pre-dottorato e 8.941 studenti post-laurea [11]. Inoltre, l'ub impiega 2409 dipendenti amministrativi e di servizio (ass) e 5825 docenti (fm), di cui 930 sono docenti clinici (cfm) associati ai tre principali ospedali universitari (clínic, bellvitge e sant joan de déu) e 11 centri sanitari aziendali [12] dell'ub. Complessivamente, i membri dell'ub sono distribuiti attraverso una struttura istituzionale composta da 16 scuole organizzate in sei campus universitari [13], il parco scientifico di barcellona [14], 17 istituti di ricerca dell'ub e altri 12 istituti di ricerca [15].

Progettazione dello studio e partecipanti

Dopo tre solleciti, solo 370 individui hanno partecipato allo studio, fornendo così un tasso di partecipazione del 7,5% (quasi dieci volte inferiore a quello atteso). Di conseguenza, il 1° febbraio 2021, dopo questo tentativo iniziale, un nuovo campione di 4944 membri ub è stato selezionato in modo casuale e invitato a partecipare tramite e-mail con risultati simili. Infine, considerato questo basso tasso di partecipazione, abbiamo deciso di contattare e invitare la restante popolazione ub a partecipare ad altre due ondate successive, l'8 febbraio (n = 26.671) e il 15 febbraio 2021 (n = 15.961).

Procedura logistica

Questo questionario (vedere tabella a1) ha raccolto informazioni su variabili sociodemografiche, background clinico auto-riferito (incluso indice masa corporeo stimato e sintomi correlati a covid-19), abitudini di vita (ad esempio uso di tabacco e alcol), screening precedente per sars-cov-2 (ovvero rt-pcr e/o sierologia) e rischio di infezione da sars-cov-2 (ovvero contatto con persone infette). Successivamente, il partecipante ha potuto scegliere il giorno e l'ora per la raccolta dei campioni in uno dei tre punti di cura ub in città: due nei campus della ub medical school (clínic e bellvitge) e uno presso ub health services (pedralbes campus).). Successivamente, il partecipante ha ricevuto un'e-mail con l'appuntamento.

Raccolta di campioni

Ai partecipanti presenti presso i punti di cura dell'ub è stato innanzitutto chiesto di firmare il consenso informato scritto per partecipare allo studio e di rivedere il questionario epidemiologico online con un intervistatore del team di studio. Successivamente, infermieri addestrati hanno ottenuto un campione nasale con un tampone del turbinato medio per il test rt-pcr [17] e un campione di sangue venoso (3 ml) per il rilevamento degli anticorpi sars-cov-2. Ai campioni sono stati assegnati codici numerici a scopo di deidentificazione e sono stati elaborati dal servizio di microbiologia dell'ospedale universitario di bellvitge.

Analisi statistica

I partecipanti al nostro studio sono stati selezionati casualmente attraverso un campionamento stratificato in una sola fase dall'intera popolazione ub. A causa dell'eterogeneità delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione ub, la stratificazione si è basata su studenti, ass e docenti. Quest'ultimo gruppo è stato anche diviso in docenti clinici e docenti non clinici (ovvero cfm e fm) a causa di una prevista maggiore esposizione a sars-cov-2 tra i primi.

Caratteristiche di base

Il campione (n = 2784) era costituito da 1206 studenti laureati e universitari, 699 ass, 793 fm e 86 cfm (tabella 1), con un'alta percentuale di donne (65,3%). L'età media degli studenti partecipanti era di 23,1 (sd, 6,3) anni; l'età media di ass, fm e cfm era di 49,1 (sd, 0,4) anni (tabella 1), che è vicina a quella riportata nei registri ub (cioè $48,5 \pm 1,2$ anni). Le caratteristiche di base dei partecipanti per gruppo universitario sono mostrate nella tabella 1.

Prevalenza dell'infezione da sars-cov-2

Infine, non sono state riscontrate differenze nell'infezione attiva in base al sesso (1,03%, ic 95%: 1,54-2,22% femmine; e 0,95%, ic 95%: 1,66-2,69% maschi). La prevalenza globale dell'infezione da sars-cov-2 stimata utilizzando i pesi di campionamento e la prevalenza dell'infezione da sars-cov-2 da parte dei gruppi della comunità ub sono mostrate nella figura 2. Al momento dello studio, nessuno dei partecipanti era ancora vaccinato; quindi, l'antigene n è stato sufficiente per rilevare l'immunità dopo l'infezione da sars-cov-2.

Infezioni da covid asintomatiche

È interessante notare che, tra i partecipanti che hanno dichiarato almeno un sintomo correlato a covid-19 (n = 360), le proporzioni di partecipanti che hanno segnalato uno studio sieropositivo.

https://www.academia.edu/69914978/Prevalence_of_SARS_CoV_2_Infection_at_the_University_of_Barcelona_during_the_Third_COVID_19_Pandemic_Wave_in_Spain?email_work_card=thumbnail

la Repubblica

Covid, con Eris il virus torna a colpire i polmoni. Ecco cosa accadrà

di Donatella Zorzetto

Nelle ultime quattro settimane, con le nuove varianti, le infezioni in Italia sono aumentate dell'81%. Maga: "Vaccinazione indispensabile per le categorie più esposte"

Le varianti Covid si sono insinuate in questa fine estate con la velocità di un fulmine - in particolare Eris e Pirola - tanto da portare, in quattro settimane, ad un aumento dell'81% dei casi in Italia e al 38% in Europa. Generano sintomi più blandi, ma moltiplicano le infezioni, favorite dall'assenza di precauzioni e da un copioso numero di assembramenti. Questo è ciò che accade ora, ma nell'autunno che sta per aprirsi cosa dobbiamo aspettarci?

1,4 milioni di nuovi casi nel mondo, Italia al secondo posto

L'ultimo report epidemiologico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità segnala questo: dal 31 luglio al 27 agosto 2023 scorsi si sono stati registrati oltre 1,4 milioni di nuovi casi di Covid nel mondo e più di 1.800 decessi, con un aumento del 38% e una diminuzione del 50% rispetto ai 28 giorni precedenti. L'Italia in particolare è il secondo Paese per numero di contagi, ossia 26.998, +81% rispetto alle quattro settimane precedenti.

Rispetto alle varianti in circolazione viene evidenziato il "notevole aumento" di EG.5 (Eris) che ora rappresenta il 26,2% dei campioni sequenziati. A livello regionale, i nuovi casi aumentano nella regione europea (+39%), nel Pacifico occidentale (+52%) e il Mediterraneo Orientale (+113%); mentre calano in

Africa (-76%) e Sud-Est asiatico (-48%). I decessi scendono in Africa (-73%), Sud-Est asiatico (-51%) e Europa (-43%); mentre aumentano nel Mediterraneo orientale (+33%) e nel Pacifico occidentale (+9%).

La classifica dei contagi

A livello nazionale, il numero più elevato di nuovi casi segnalati nell'arco di 28 giorni è stato in Repubblica di Corea (1.296.710), Italia (26.998) e Regno Unito (26.264). E il più alto numero di decessi in 28 giorni è stato in Repubblica di Corea (596), Italia (192) e Federazione Russa (158). Eris, segnalata in 57 Paesi, è la variante di interesse più diffusa, con il 26% delle sequenze nella settimana da 7 a 13 agosto. Stabile, invece, è XBB.1.16 (Arturo), con il 22,7% di sequenze e presente in 109 Paesi. Infine c'è XBB.1.5 (Kraken) che, segnalata da 124 Paesi, decresce con il 10,2%. Quanto a BA.2.86 (Pirola), fino al 30 agosto 21 sequenze sono state segnalate da 7 Paesi (5 in Europa, uno in Africa e uno nelle Americhe), mentre "il potenziale impatto dell'elevato numero di mutazioni è ancora sconosciuto e in valutazione".

Identikit della variante Pirola

Nel frattempo, a meno di 20 giorni dal suo inserimento tra le varianti sotto monitoraggio dell'Oms, proprio su Pirola è arrivato il primo identikit. Due studi condotti indipendentemente all'Università di Pechino e al Karolinska Institutet di Stoccolma hanno mostrato che la nuova versione del virus SarsCoV2 è sì capace di eludere la risposta immunitaria, ma meno di quanto si pensasse. Inoltre, è meno contagiosa rispetto alle altre varianti attualmente in circolazione. I due studi sono stati illustrati dagli autori su X (ex Twitter). BA.2.86, fin dalla sua comparsa, ha alzato il livello di allarme sulla pandemia a causa del suo elevato numero di mutazioni. Ciò ha fatto temere che si potesse ripetere quanto era avvenuto a novembre 2021 con Omicron, che si è imposta rapidamente grazie all'alto numero di mutazioni. Questo pericolo, secondo Benjamin Murrell, autore di uno degli studi, sembra scongiurato. La nuova variante è capace, infatti, di sfuggire all'immunità sviluppata con precedenti infezioni o con il vaccino, ma per chi ha contratto infezioni recentemente la risposta immunitaria non è del tutto inefficace.

Eris attacca i polmoni

Non meno importante, "abbiamo scoperto che BA.2.86 mostra un'infettività cellulare inferiore rispetto a XBB.1.5 ed EG.5, il che potrebbe influenzarne la trasmissione", ha detto Cao Yunlong, autore del secondo studio. Intanto, una ricerca pubblicata sulla piattaforma bioRxiv aggiunge nuove informazioni sulla variante EG.5 (Eris), dominante su scala globale e in crescita anche in Italia. La ricerca, condotta su criceti, dato da confermare, mostra che la variante sembra avere una maggiore capacità di infettare i polmoni. E ciò potrebbe tradursi in manifestazioni più severe di Covid.

Cosa dobbiamo aspettarci

Se questo è lo scenario attuale, cosa potrà accadere in autunno? La domanda se la fanno in molti, prima di tutto chi da tre anni sta in prima linea. Come Giovanni Maga, direttore del Cnr di Pavia. Che spiega: "Il rimbalzo dei contagi era cosa attesa: il virus ha continuato a circolare provocando però sintomatologie lievi. Del resto questo avviene anche perché siamo in un periodo in cui c'è molta aggregazione, con tanti eventi e turismo circolante. Di conseguenza abbiamo assistito a un aumento dei casi, che probabilmente continuerà, visto che ci si avvia verso la stagione in cui il virus è maggiormente diffuso. Ma, rispetto alle varianti, il punto di vista clinico rimane inalterato: l'immunità della popolazione (vaccino più infezione) regge bene, quindi negli ospedali il numero di ricoveri è contenuto".

"Che SARS-CoV-2 circoli ad agosto non è affatto strano: questo accade anche per altri virus - prosegue l'esperto - . Ma può essere che in futuro si attenui nei mesi estivi e abbia un andamento stagionale. In pratica, dobbiamo immaginare un virus che abbia un andamento costante con possibile crescita in autunno. Per l'inverno possiamo aspettarci una sintomatologia che dipende dalle caratteristiche stesse del virus, ma ritengo difficile che ci si possa trovare di fronte a un cambiamento drastico. Tuttavia, è assolutamente importante che le istituzioni continuino il monitoraggio delle varianti".

Identikit dei nuovi vaccini

E veniamo ai nuovi vaccini. Il via libera dell'Agenzia europea del farmaco è arrivato per il vaccino Comirnaty adattato e mirato alla sottovariante Omicron XBB.1.5. L'EMA ha comunicato che il ceppo "è strettamente correlato ad altre varianti attualmente in circolazione", e che dunque "si prevede che il vaccino contribuisca a mantenere una protezione ottimale contro di esse".

Il vaccino può essere utilizzato negli adulti e nei bambini a partire dai 6 mesi di età. Grandi e piccoli dai 5 anni in su, che necessitano di vaccinazione, dovrebbero ricevere una singola dose, indipendentemente dalla

Il virus Mpox è stato aggiunto alle malattie infettive soggette a notifica nazionale in Cina dal settembre 2023

Min Du e Jue Liu

Pubblicato: 26 settembre 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100932>

Il Mpox (precedentemente noto come vaiolo delle scimmie) è un'infezione virale zoonotica causata dal virus del vaiolo delle scimmie che si diffondeva principalmente nell'Africa occidentale e centrale.

La trasmissione da uomo a uomo si è verificata in altri paesi al di fuori della regione africana dal maggio 2022. La trasmissione in più paesi è avvenuta principalmente tra uomini che hanno rapporti sessuali con uomini (MSM) e il tasso di mortalità è stato quasi dello 0,1%.

La Cina ha segnalato il suo primo caso di mux importato nel settembre 2022. Il governo ha iniziato a pubblicare rapporti mensili sull'epidemia di mux quando i casi locali sono diventati più frequenti.

Negli ultimi tre mesi fino a settembre 2023, nella Cina continentale sono stati segnalati rispettivamente 106, 491 e 501 casi di mux. A settembre 2023, ci sono 1.098 casi confermati di vaiolo in 26 province, regioni autonome e comuni.

È passato molto tempo da quando è stata implementata la vaccinazione contro il vaiolo di prima generazione, tra gli anni '50 e gli anni '80, e la vaccinazione contro il vaiolo non è ancora disponibile in Cina.

I casi in costante aumento hanno innescato casi secondari di mupox locale e hanno nascosto la trasmissione da uomo a uomo, rendendo difficile l'individuazione e il controllo dei casi.

Un recente studio nazionale ha rilevato che la prevalenza dell'infezione da virus mposx è stata di quasi lo 0,73% (55/7538) dal 31 luglio al 4 agosto 2023, tra gli MSM in Cina.

Nel frattempo, l'alto tasso di comportamenti sessuali a rischio (rapporti anali senza preservativo, sesso a pagamento e sesso di gruppo) tra gli MSM cinesi pone ulteriori sfide alla prevenzione e al controllo dell'epidemia di MPOX.

Il 26 luglio 2023, il CDC cinese ha pubblicato il Piano di prevenzione e controllo della Mpox per guidare la prevenzione e il controllo scientifico e preciso della Mpox a livello nazionale. Considerando la persistente epidemia di MPOX in Cina e la necessità di adottare misure scientifiche e standardizzate di prevenzione e controllo della malattia, la Commissione sanitaria nazionale cinese ha annunciato che la MPOX è stata classificata come malattia infettiva nazionale soggetta a notifica di classe B a partire dal 20 settembre 2023, per garantire che la malattia multi dipartimentale coordinamento sulla prevenzione e il controllo del MPOX.

Da allora, la Cina avrà 41 malattie infettive soggette a notifica nazionale, di cui il numero di malattie infettive di classe B sarà 28.

Sebbene la MPOX sia stata aggiunta come parte delle malattie infettive nazionali soggette a denuncia di classe B in Cina, sono necessari sforzi continui per monitorare, individuare e prevenire la MPOX nelle popolazioni ad alto rischio al fine di frenare efficacemente la trasmissione della MPOX nel contesto della vasta popolazione di MSM. e il sistema di servizi sanitari primari poco preparato in Cina.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00250-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00250-X/fulltext)

quotidianosanita.it

Monitoraggio PNRR. I conti continuano a non tornare

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

Il confronto dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziano che continuiamo ad avere un problema

20 SET - È uscito il 2° Monitoraggio dello stato di attuazione degli obiettivi del PNRR nelle Regioni e PPA da parte di AGENAS, intitolato "Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022".

Questo in adempimento dell'art.2 del DM 77/2022, riguardante appunto il Monitoraggio, che prevede al comma 1 che "Il monitoraggio semestrale degli standard previsti dal presente Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas)" e che prevede al comma 2 che "L'Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico".

Nel mese di dicembre 2022 si è conclusa la prima fase del Monitoraggio DM 77, su cui abbiamo svolto una nostra riflessione nell'articolo apparso su "Quotidiano sanità" intitolato "PNRR. I conti non tornano ..." e a cui rimando. Nella seconda fase, riguardante il semestre gennaio 2023- giugno 2023, il monitoraggio AGENAS indaga ulteriormente sul recepimento degli adempimenti normativi e giuridici, sulla programmazione regionale e sulle attuazioni organizzative.

La strategia perseguita con il PNRR

Ricordo che nel PNRR si assume l'obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l'effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per ridurre le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale. Quanto sopra per cercare di 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, sempre nel PNRR, dovrebbe perseguire pianificazione, rafforzamento e 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. L'"incipit" del PNRR, infatti, è mettere in grado la ASL e i Distretti Sociosanitari di realizzare la "stratificazione dei bisogni delle popolazioni" per patologie. Conseguentemente una larga parte delle risorse è destinata a migliorare le dotazioni, le infrastrutture e le tecnologie, e a promuovere la ricerca e l'innovazione. In particolare la Missione 6 del PNRR si articola in due componenti, ovvero, sviluppo delle reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e sviluppo dell'innovazione, della ricerca e della digitalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale.



Standard e requisiti definiti nel Documento AGENAS-Regioni-PPAA

Relativamente ai tre "oggetti" fondamentali per l'implementazione del PNRR stesso, ovvero, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e Centrali Operative Territoriali, erano, come noto, previsti nel DM 77 i seguenti standard:

Distretti Sociosanitari delle AUSL	Case di Comunità HUB	Case di Comunità Spoke
Come da Atto Aziendale della AUSL	1 x Distretto	1x30-35.000 abitanti per aree metropolitane
		1x20-25.000 abitanti per aree urbane e suburbane
		1x10-15.000 abitanti per aree interne e rurali
Ospedale di Comunità	1 x 20 PL x 50.000 ab	1 x 20 PL x 50.000 abitanti
Centrale Operativa Territoriale	Si	In rete nell'ambito del Distretto

[Fonte: estrapolazione da "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale", 2021 e nel DM 77]

Quale era la situazione di contesto da implementare con il PNRR?

Il Dipartimento Affari Sociali del Servizio Studi della Camera dei Deputati ha inviato alla Conferenza delle Regioni una richiesta di informazioni relativa ai presidi delle cure intermedie (Case della Salute/Casa di Comunità e Ospedale di Comunità- OdC) attivi nei diversi sistemi sanitari regionali (per la definizione di Case della Salute ed Ospedali di Comunità) nel dicembre del 2020.

Sulla base di tale richiesta è stata elaborata la "Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle Regioni italiane (anno 2020)" nel febbraio 2021.

Dalla rilevazione svolta la consistenza delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità per Regione era pari a 493 Case della Salute attive e a 163 Ospedali di Comunità attivi con 3.163 Posti Letto operativi.

Unità di misura della progettazione delle strutture intermedie e delle reti di prossimità nel PNRR sono i Distretti Sociosanitari della ASL, che dovrebbero anche assumere il ruolo, non più di coordinatori amministrativi dei servizi territoriali delle ASL, ma quello di "agenzie di salute" della popolazione di riferimento in grado di costruire nei territori Piani di Salute condivisi con tutti gli operatori delle filiere assistenziali. In base ad una survey MES di Pisa, CARD 2022 in collaborazione con AGENAS venivano censiti i Distretti al momento di emanazione del PNRR, la cui consistenza era pari a 568, con una popolazione media di 105.192 abitanti.

Ai fini della programmazione territoriali i Distretti che coincidono con gli Ambiti Territoriali e Sociali sono 423, pari al 76% circa, con un 24% di Distretti che non coincidono con gli Ambiti Territoriali Sociali.

Quindi 1 su 4!

Il Governo ha deciso recentemente di ridimensionare gli obiettivi del PNRR specialmente in riferimento alle strutture, Case di Comunità, Ospedali di Comunità e COT, da realizzare ex novo, causa l'aumento dei costi dei materiali e delle opere per l'aumento dei costi energetici e il loro impatto su tutte le filiere produttive e per la conseguente inflazione che riduce anche per lo Stato le disponibilità finanziarie.

Di seguito considereremo gli impatti.

Case della Salute

Nel PNRR con il passaggio da "Casa della Salute" a "Casa della Comunità" si perseguiva l'obiettivo di migliorare la qualità di tutti i servizi offerti promuovendo un approccio integrato e multidimensionale con il settore sociale. La "Casa della Comunità", quindi, dovrebbe essere il modello organizzativo per l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

Nella "Casa della Comunità" dovrebbero lavorare in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale, con la partecipazione della comunità locale nelle sue varie forme: associazioni di cittadini, pazienti, caregiver, volontariato. Le Case della Salute erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 493. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, sempre fonte AGENAS 489 (-4). Il PNRR ne prevedeva altre 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzate "ex novo".

Mettendo insieme nella stessa tabella i dati dell'Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, con i dati della prima versione del PNRR e aggiungendo i dati del primo monitoraggio e del secondo monitoraggio del PNRR agiti da AGENAS, abbiamo la seguente tabella "integrata":

	CdSalute 2020	CdC PNRR 2021	CdC Monitoraggio maggio 2023				Totale	Totale	Differenza	Attive
	UfStudi CDep	PNRR Teorico	POR		Extra POR		POR + extra POR	AGENAS 2023	1°-2° Monitor.	2° Monitor.
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive				
Valle d'Aosta	0	6	-	4	-	-	4	4	-	0
Bolzano Alto Adige	-	27	-	10	-	-	10	10	-	-
Trentino	-	27	-	10	-	-	10	10	-	-
Piemonte	71	217	31	51	7	2	91	82	9	38
Lombardia	-	505	36	163	2	10	211	199	12	92
Veneto	77	245	-	95	-	5	100	95	5	-
Friuli VG	-	61	-	23	-	4	27	23	4	-
Emilia Romagna	124	223	43	42	-	7	92	85	7	43
Liguria	4	77	-	32	-	-	32	32	-	-
Toscana	76	186	6	71	-	-	77	77	-	6
Marche	21	76	-	29	-	-	29	29	-	-
Abruzzo	nc	65	-	40	-	-	40	40	-	-
Lazio	22	293	-	135	-	-	135	135	-	-
Umbria	8	44	-	17	2	3	22	17	5	2
Molise	6	15	6	7	-	-	13	13	-	6
Basilicata	1	28	-	19	-	-	19	19	-	-
Puglia	-	200	-	121	-	-	121	121	-	-
Campania	-	289	-	172	-	19	191	172	19	-
Calabria	13	96	-	61	-	4	65	61	4	-
Sicilia	55	248	-	156	-	-	156	156	-	-
Sardegna	15	82	-	50	-	30	80	50	30	-
Totale	493	3.010	122	1.308	11	84	1.525	1.430	95	187

(Fonte: elaborazione Giorgio Banchieri dati da monitoraggi PNRR da AGENAS e Ministero Salute)

Quindi nel "censimento" 2020 dell'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni quelle attive erano 493, nel PNRR 2021 l'obiettivo è di 3.010 Case di Comunità, applicando gli standard del DM 77, e nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive si riducono a 122, nel POR, + 11 extra POR, per un totale di 133. Rispetto ai dati 2020 ne mancano all'appello 360! Con il 2° monitoraggio AGENAS l'obiettivo complessivo di case della Salute si riduce a 1.430, con una riduzione pari a -95 strutture non equamente distribuite sulle Regioni e PPAA.

Scendendo a livello di singole Regioni i dati ballano ancora di più:

- Piemonte: nel 2020 n. 71, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 217, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 le CdC sono 38 su 91 previste, confermate dal 2° monitoraggio AGENAS sempre in 30 attive;
- Lombardia: nel 2020 le CdC erano 0, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 505, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 38 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 92;
- Emilia Romagna: nel 2020 le CdC erano 124, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 223, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 43 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 43;
- Toscana: nel 2020 le CdC erano 76, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 186, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 6 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 6;
- Lazio: nel 2020 le CdC erano 22, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 293, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 0 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 0;
- Campania: nel 2020 le CdC erano 0, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 289, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 0 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 0;
- Sicilia: nel 2020 le CdC erano 55, nel PNRR 2021 il dato teorico era pari a 248, nel 1° monitoraggio AGENAS 2023 quelle attive erano 0 e nel 2° monitoraggio AGENAS sono confermate attive 0.

Conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

Solo con riferimento alla Regione Emilia Romagna, andando sulla loro "homepage", abbiamo dichiarato attive 128 Case di Comunità da portare entro il 2026 a 170! Per AGENAS sono attive ad oggi ancora solo 43 ...

Inoltre se teniamo conto della progressione dei dati editati e dei dati annunciati dal Governo nonché delle recenti scelte di ridimensionamento degli obiettivi del PNRR, abbiamo:

Case della comunità	Numero CdC
CdC previste dalle Regioni e PPAA	1.430
CdC previste dal PNRR (teorico)	1.350
CdC da finanziare con le modifiche del PNRR 2023	936
CdC Hub previste dalle Regioni e PPAA	937
CdC previste in edifici da ristrutturare	1.121
CdC previste in immobili da edificare	309

(Fonte: Franco Pesaresi su dati Ministero Salute)

Registriamo quindi un taglio del numero delle Case di Comunità da 1.430 inizialmente definito con Regioni e PPAA a 936 che corrispondono a alle 937 (-1) CdC "hub" previste e il taglio di circa 414 CdC sembra tutto sul versante delle CdC "spoke" e prevalentemente nelle Regioni meridionali del Paese.

Ancora più preoccupanti i dati sull'operatività delle Case della Comunità pe il 2° monitoraggio AGENAS, come segue:

Tabella 2. Giorni e orari di funzionamento delle Case della Comunità dichiarate funzionalmente attive

Orari/Giorni di funzionamento	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7	Totale
H24	33	2	-	35
H12	19	26	23	68
meno di H12	7	13	64	84
Totale	59	41	87	187

(Fonte: 2° Monitoraggio PNRR da AGENAS)

Ospedali di Comunità

Gli Ospedali di Comunità erano nel 2020, dati Ufficio Studi Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni, 163 con 3.163 PL attivi. Diventano al momento della pubblicazione del PNRR, applicando gli standard del DM 77, sempre fonte AGENAS, 1.204 con l'obiettivo di raggiungere ulteriori 7.620 PL attivi, per arrivare ad un totale di 489 (-4) con 10.783 PL attivi.

Il PNRR ne prevedeva altri 1.288, per arrivare a 1.777. Quindi 3 su 4 dovevano essere realizzati "ex novo".

In base al 1° monitoraggio AGENAS quelli attivi sono 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un totale complessivo 56 su 524 previsti, pari al 10,68%. Con il 2° monitoraggio AGENAS il totale dei OdC passa da 524 a 434 con un taglio netto di -90 strutture, taglio concentrato in 9 Regioni tra cui le più penalizzate sono il Vento -36 OdC, la Sardegna con -20 OdC, l'Umbria -12 OdC, e la Campania con -9 OdC.

Anche per gli Ospedali di Comunità conoscendo per studi e ricerche svolte le consistenze reali nelle Regioni citate i dati del Monitoraggio AGENAS sono assolutamente incoerenti con le realtà territoriali.

Nel Lazio, Regione ove operiamo e abbiamo svolto di recente unna survey specifica abbiamo censito 12 OdC operativi, per AGENAS sono solo 1.

Solo differenza di criteri di censimento?

	OdC 2020	OdC PNRR 2021	OdC Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR	Totale AGENAS 2023	Differenza 1°-2° Monitor.	Attive 2° Monitor.
			POR Attive	POR Non attive	Extra POR Attive	Extra POR Non Attive				
Valle d'Aosta	-	3	-	1	-	1	2	1	1	-
Bolzano Alto Adige	-	11	-	3	-	0	3	3	-	-
Trentino	-	11	-	3	-	0	3	3	-	-
Piemonte	5	87	-	27	-	3	30	27	3	-
Lombardia	20	202	9	57	1	3	70	66	4	17
Veneto	69	98	13	22	24	12	71	35	36	38
Friuli VG	-	24	-	7	-	2	9	7	2	-
Emilia Romagna	26	89	5	22	-	0	27	27	-	5
Liguria	1	31	1	10	-	0	11	11	-	1
Toscana	20	74	-	24	-	0	24	24	-	-
Marche	14	30	-	9	-	0	9	9	-	-
Abruzzo	5	26	-	11	-	0	11	11	-	2
Lazio	-	117	-	36	-	0	36	36	-	1
Umbria	-	18	-	5	-	12	17	5	12	3
Molise	2	6	2	0	-	0	2	2	-	2
Basilicata	-	11	-	5	-	0	5	5	-	-
Puglia	-	80	-	38	-	0	38	38	-	6
Campania	1	116	-	48	-	9	57	48	9	1
Calabria	-	38	1	19	-	3	23	20	3	-
Sicilia	-	99	-	43	-	0	43	43	-	-
Sardegna	-	33	-	13	-	20	33	13	20	-
Totale	163	1.204	31	403	25	65	524	434	90	76

(Fonte: elaborazione Giorgio Banchieri dati da monitoraggi PNRR da AGENAS e Ministero Salute)

Inoltre se teniamo conto della progressione dei dati editati e dei dati annunciati dal Governo nonché delle recenti scelte di ridimensionamento degli obiettivi del PNRR, abbiamo:

Ospedali di comunità	Numero OdC
OdC previsti dalle Regioni e PPAA (nei CIS)	435
OdC previsti dal PNRR	400
OdC da finanziare con le modifiche del PNRR 2023	304
OdC previsti in edifici da ristrutturare	341
OdC previsti in immobili da edificare	94

(Fonte: Franco Pesaresi su dati Ministero Salute)

Abbiamo quindi un taglio del numero degli OdC da 524 inizialmente definito con Regioni e PPAA a 434/5, con un - 90 OdC di cui un terzo nel Veneto che passa da 71 a 35 ODC e un altro terzo prevalentemente nelle Regioni meridionali del Paese.

Ancora più preoccupanti i dati sull'operatività degli Ospedali di Comunità pe il 2° monitoraggio AGENAS, come segue:

Tabella 3. Numero di Case della Comunità attive con presenza di figure professionali e orario settimanale coperto

Numero di CdC con presenza MMG	Numero di CdC con presenza PLS	Numero di CdC con orario settimanale globale coperto dall'attività dei MMG/PLS presenti			Numero di CdC con presenza equipe multiprofessionale minima	Numero di CdC con presenza ambulatorio infermieristico per la gestione della cronicità	Numero di CdC con presenza PUA
		Meno di 30 ore settimanali	Tra 30 e 49 ore settimanali	Tra 50 e 60 ore settimanali			
102	53	49	32	26	137	155	155

MMG=Medico di Medicina Generale; PLS =Pediatra di Libera scelta; PUA= Punto Unico di Accesso

(Fonte: 2° Monitoraggio PNRR da AGENAS)

Le Centrali Operative Territoriali

Nel 2020 nelle Regioni non avevamo esperienze di COT attive, se non in alcune ASL, vedi nel Lazio le ASL di Rieti e Viterbo. Si sono invece sviluppate esperienze diffuse di COA, Centrali Operative Aziendali, durante la pandemia, per coordinare le attività delle USCA e di altri servizi dedicati a pazienti Covid 19 in regime domiciliare. Da questa esperienza nasce l'ipotesi di riconvertire le COA in COT H (ospedaliera) e COT D (Distrettuali). Gli standard previsti sono i seguenti: 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore; 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e operatività 7 giorni su 7

In base ai dati del 1° monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive ad oggi erano 14, pari al 2,34% del totale previsto. Con il 2° monitoraggio AGENAS le COT programmate si riducono a 611 (- 39) di cui 29 nelle Regioni meridionali e insulari del Paese.

	COT 2020	COT PNRR 2021	COT Monitoraggio maggio 2023				Totale POR + extra POR	Totale AGENAS 2023	Differenza 1°-2° Monitor.	Attive 2° Monitor.
			POR		Extra POR					
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive				
Valle d'Aosta	-	2	-	1	-	-	1	-	-	
Bolzano Alto Adige	-	4	-	5	-	-	5	-	4	
Trentino	-	1	-	5	-	-	5	-	-	
Piemonte	-	33	4	39	-	-	43	43	7	
Lombardia	-	84	9	92	1	2	104	101	3	
Veneto	-	26	-	49	9	-	58	49	9	
Friuli VG	-	20	-	12	-	-	12	12	-	
Emilia Romagna	-	38	-	45	-	-	45	45	5	
Liguria	-	19	-	16	-	-	16	16	-	
Toscana	-	28	-	37	-	-	37	37	-	
Marche	-	13	-	15	-	-	15	15	-	
Abruzzo	-	20	-	13	-	-	13	13	-	
Lazio	-	46	-	59	-	-	59	59	15	
Umbria	-	12	1	8	-	-	9	9	1	
Molise	-	3	-	3	-	-	3	3	-	
Basilicata	-	6	-	6	-	-	6	6	-	
Puglia	-	45	-	40	-	-	40	40	-	
Campania	-	73	-	65	-	18	83	65	18	
Calabria	-	14	-	21	-	2	23	21	2	
Sicilia	-	55	-	49	-	-	49	50	1	
Sardegna	-	24	-	16	-	8	24	16	8	
Totale	-	566	14	596	10	30	650	611	39	

(Fonte: elaborazione Giorgio Banchieri dati da monitoraggi PNRR da AGENAS e Ministero Salute)

Inoltre se teniamo conto della progressione dei dati editati e dei dati annunciati dal Governo nonché delle recenti scelte di ridimensionamento degli obiettivi del PNRR, abbiamo:

Centrali operative territoriali	Numero COT
COT previste dalle Regioni e PPAA (nei CIS)	611
COT previste dal PNRR	600
COT da finanziare con le modifiche del PNRR 2023	524
COT previste in edifici da ristrutturare	448
COT previste in immobili da edificare	163

(Fonte: Franco Pesaresi su dati Ministero Salute)

Abbiamo anche per le COT una riduzione da 611 inizialmente previste a 524, contro 568 Distretti esistenti, quindi qualche Distretto non avrà una COT-D ...

Ancora più preoccupanti i dati sull'operatività delle COT per il 2° monitoraggio AGENAS, come segue:

Tabella 5. Giorni di funzionamento delle Centrali Operative Territoriali dichiarate attive

COT attivate	Giorni di funzionamento		
	7gg/7	6gg/7	meno di 6gg/7
77	16	16	45

(Fonte: 2° Monitoraggio PNRR da AGENAS)

Conclusioni

Da quanto sopra emerge che i flussi dati considerati:

- Ufficio Studi Camera dei Deputati, «Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie. Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale», 1marzo 2021, dati 2020;
- PNRR, Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, 2012;
- 1° Monitoraggio del PNRR, da parte AGENAS 2023;
- 2° Monitoraggio del PNRR, da parte AGENAS 2023.

Continuano a presentare incoerenze e non corrispondono alle realtà note nelle singole Regioni, se aggiungiamo altre fonti dati da studi e ricerche pubblicati le difformità aumentano ...

Forse c'è un problema di conciliare le fonti dati ...

Inoltre traspare chiaramente la difficoltà di mettere a terra il PNRR sia a livello nazionale che regionale.

Le diverse "Italie" che emergono dal monitoraggio dei LEA, dalla verifica dell'andamento del PIL, dai dati sulla mobilità passiva .. si ripropongono alla nostra osservazione ...

Siamo, considerando i vari modelli organizzativi previsti nel PNRR, e in base ai dati AGENAS ai seguenti livelli di realizzazione:

- Case di Comunità: 187 attive su 1.430 previste pari al 13,07%;
- Ospedali di Comunità: 76 attivi su 434 previsti paria al 17,51%;
- COT: 77 attive su 611 previste pari al 12,60%.

Complessivamente la percentuale media di realizzazione degli obiettivi del PNRR è pari al 14,39%.

Siamo oggettivamente ancora indietro rispetto ai tempi previsti nel PNRR stesso.

Il 2026 si avvicina ... speriamo in una fattiva ripresa di operatività da parte delle Regioni e delle ASL.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116756

[STARTMAG](#) » [ECONOMIA](#) » Come cambierà il Pnrr per non dilapidare soldi. Parola di Fitto

Come cambierà il Pnrr per non dilapidare soldi. Parola di Fitto

Ecco il piano del Pnrr rivisto da governo. Fatti, numeri e approfondimenti

28 Luglio 2023 09:50

Svolta del governo sul Pnrr. Ecco fatti, numeri e approfondimenti.

Che cosa ha deciso il Governo sul PNRR

Il governo di Giorgia Meloni chiede la rimodulazione di 15,9 miliardi di euro del Pnrr, circa l'8% del totale dei fondi concessi dalla Ue per favorire la ripresa economica continentale dopo la pandemia di Covid.

Le prossime tappe del PNRR

Verrà presentata, prima in Parlamento e poi a Bruxelles, una proposta di modifica relative a 144 misure contenute nel piano Recovery per l'Italia: si va da meri cambi formali alla riprogrammazione di risorse all'interno dello stesso progetto. L'architettura svelata dal Governo, che sarà illustrata il 1° agosto da Fitto alle Camere (sono previste risoluzioni e voto), è solo l'inizio di un negoziato con la Ue che inizierà ufficialmente dopo l'invio formale della proposta a Bruxelles entro il termine del 31 agosto.

Il definanziamento

Poi c'è il capitolo sul definanziamento, con il quale vengono espunte opere valutate non realizzabili entro il termine ultimo del piano nel 2026 per salvaguardarle attraverso la copertura con altre fonti di finanziamento, come il piano nazionale complementare al Pnrr e i fondi delle politiche di coesione.

Le critiche del Governo

Il governo, nella sintesi del documento elaborato dalla cabina di regia di Palazzo Chigi, specifica che "sono emerse criticità rilevanti che non consentono la conferma del finanziamento a valere sul piano".

Il piano del Governo

In questo contesto, prosegue il testo, l'esecutivo garantisce che attiverà "le misure necessarie per riprogrammare le risorse a favore di interventi coerenti e realizzabili nei tempi previsti" e contemporaneamente "assicura il completo finanziamento degli interventi stralciati dal Pnrr".

Dossier Repowerue

A tal fine il governo intende utilizzare anche il 7,5% delle risorse delle politiche di coesione 2021-2027, già destinate a obiettivi assimilabili a quelli del [REPowerEU](#).

La sintesi del Sole 24 Ore

"La rimodulazione del Pnrr presentata ieri in cabina di regia dal Governo italiano – sintetizza il Sole 24 Ore – investe 144 dei 349 obiettivi che scandiscono il programma fino al 2026. E definanzia misure per 15,89 miliardi di euro, che però – assicura l'Esecutivo – saranno recuperati tra fondi di coesione, revisione del Piano nazionale complementare e risorse nazionali. Larga parte dei definanziamenti serve ad alimentare il capitolo aggiuntivo del RepowerEu, che vale 19,2 miliardi (solo 2,7 sono nuovi sussidi Ue) e punta su investimenti in infrastrutture energetiche e incentivi a imprese ed edilizia per la transizione verde".

Il ruolo delle partecipate di stato ENEL, ENI, TERNA e SNAM

Nel Pnrr entra inoltre il capitolo RepowerEu con le misure per accelerare la transizione green e l'autonomia energetica del Paese, con massicci investimenti in infrastrutture – attingendo ai programmi delle partecipate pubbliche Enel, Eni, Terna e Snam – e la previsione di nuovi Ecobonus a favore di famiglie e imprese che investano nel risparmio energetico.

Gli interventi stralciati

Si va dalle misure per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico alla valorizzazione dei beni confiscati alle mafie; da quelle per l'efficienza energetica dei Comuni ai progetti di rigenerazione urbana, volti a ridurre situazioni di emarginazione e degrado sociale.

La spiegazione del Ministro Fitto

“Ci sono misure che hanno problematiche rispetto alle tempistiche previste dal Pnrr, che si conclude entro il 2026. Ora si aprirà un confronto con le parti sociali, poi con la Ue, martedì sarò in aula in Parlamento per avviare un dibattito costruttivo”, spiega il ministro per gli Affari Ue Raffaele Fitto. Il titolare della delega al Pnrr puntualizza più volte che: “Non abbiamo eliminato nessun finanziamento, non stiamo tagliando nulla, solo riorganizzando”.

Poi aggiunge: “Se abbiamo la certezza che alcuni interventi già avviati e previsti non possono rientrare nell'ambito della tempistica del Pnrr ci dobbiamo porre il problema. Il fondo di coesione, la programmazione Ue 2021-2027, consentono di aprire un confronto per finanziare comunque queste misure”. Tra le opere di mobilità stralciate dal Pnrr, fa sapere il Mit, perché realizzabili con tempi non più compatibili con la scadenza del 2026, spicca la tratta ferroviaria Roma-Pescara, assieme a due lotti della Palermo-Catania. Le risorse saranno utilizzate su altri lotti delle tratte Napoli-Bari e Palermo-Catania.

Il RepowerEU, spiega Fitto, contiene tre misure di investimento: «Reti elettriche e del gas; efficientamento imprese, case e immobili con produzione di energie rinnovabili; filiere produttive. E sei riforme. Tra queste il Testo unico delle rinnovabili». In particolare, 4 miliardi sarebbero destinati a un nuovo ecobonus per le famiglie a basso reddito.

Gli importi della rimodulazione

Complessivamente nella rimodulazione sono previsti interventi per 19 miliardi di euro che andranno a beneficio della crescita economica, occupazionale e di tutti i principali settori strategici selezionati in base ai criteri del REPowerEU relativi sia al raggiungimento degli obiettivi in ambito energetico, sia alla tempistica di realizzazione entro il 2026.

Gli Ecobonus

Uno dei punti qualificanti del REPowerEU riguarda l'Ecobonus, che sarà dedicato espressamente alle abitazioni private. Attraverso lo strumento tradizionale della detrazione fiscale, ma con alcune correzioni, specifica il documento della cabina di regia, la “nuova misura del piano andrà in supporto delle famiglie a basso reddito, in passato rimaste escluse dagli interventi di efficientamento delle abitazioni”. La dotazione del provvedimento è di 4 miliardi di euro e si basa sulle consuete detrazioni fiscali ma con vincoli stringenti”.

Dossier Asili Nido

Sale di 900 milioni di euro la dotazione di fondi per la realizzazione di 260 mila nuovi posti in asili nido, uno degli obiettivi più qualificanti dell'intero piano. Si tratta di risorse necessarie per indire un nuovo bando e conseguire il target finale, in linea con gli orientamenti della Commissione. “L'ambizione per quanto riguarda gli asili nido sono quelle scritte nel piano – conferma Fitto – ci mettiamo 900 milioni di euro in più”.

+++

Estratto di un approfondimento del Sole 24 Ore:

Una tabella riassuntiva spiega in modo efficace le ragioni di tanta agitazione. Si incontra a pagina 150 del documento e si intitola «Elenco misure da eliminare dal Pnrr». È aperta dai 6 miliardi delle cosiddette “piccole opere” dei Comuni, e contempla la rigenerazione urbana (3,3 miliardi), i piani urbani integrati (2,49 miliardi), la riduzione del rischio idrogeologico (1,29 miliardi), l'idrogeno per favorire la decarbonizzazione nei settori “hard to abate” (si tratta del miliardo destinato all'impianto Ilva a Taranto per il “preridotto”), le infrastrutture sociali di comunità (725 milioni), la promozione di impianti innovativi, inclusi gli eolici e fotovoltaici galleggianti (675 milioni), la valorizzazione dei beni confiscati alle mafie (300 milioni) e il verde urbano ed extraurbano (110 milioni). In sintesi, 13 dei 15,89 miliardi «eliminati» dal Piano riguardano i Comuni. Attenzione: il quadro non è definitivo. La ragione tecnica addotta dal Governo per queste scelte è soprattutto il rischio che questi interventi non superino l'esame della Commissione, per esempio per contrasti con i criteri ambientali imposti dal Dnsh (“do not significant harm”), rischio concreto per investimenti come la manutenzione straordinaria delle strade. «Avete presente gli stadi?», ha domandato Fitto, richiamando i casi di Firenze e Venezia esclusi in corsa dal Pnrr: «Non stiamo definanziando nulla, stiamo mettendo in salvaguardia i fondi che rischiano di non poter essere spesi o rendicontati all'interno del Pnrr, o addirittura di essere ritenuti non ammissibili». Sulla possibilità di sostituire le risorse Ue con il bilancio nazionale, però, pesa l'incognita forte data da saldi di finanza

pubblica che già faticano parecchio a offrire margini per la prossima manovra. In attesa di certezze, il primo rischio è il blocco dei cantieri locali al buio sui finanziamenti.

Sul terreno dei Comuni arrivano però anche notizie di segno opposto, come la promessa di 900 milioni in più per gli asili nido, per i quali sarà indetto un nuovo bando, a conferma degli inciampi sull'esame dei progetti già presentati (si veda Il Sole 24 Ore del 4 luglio).

Il definanziamento è però soltanto una parte del restyling del Piano, che investe in modo trasversale tutte le sei missioni. Molte le riscritture nel programma di investimenti ferroviari: esce la Roma-Pescara (i 620,2 milioni sono destinati ad altre tratte), mentre dalla Napoli-Bari alla Palermo-Catania la strategia concordata con il vicepremier e ministro delle Infrastrutture Matteo Salvini prevede di escludere i lavori che rischiano di sfiorare la scadenza di giugno 2026 e di riprogrammare i finanziamenti per interventi sulle stesse linee che non presentano la stessa incognita.

Ma a spostarsi non sono solo i soldi, perché il Governo chiede anche di far slittare in avanti una ricca serie di riforme che in questi mesi hanno visto cumularsi affanni sempre più preoccupanti. È il caso, per esempio, dell'eterno ritardo dei pagamenti delle Pa: la proposta è di rinviare di 15 mesi l'obbligo generalizzato di pagare le imprese fornitrici in 30 giorni (60 per la sanità), che nel programma finora in vigore andrebbe realizzato entro la fine del 2023.

Ha bisogno di più tempo anche la riduzione degli arretrati nei tribunali (ma non nelle Corti d'appello), il target relativo alle infrastrutture idriche per la sicurezza dell'approvvigionamento e l'accelerazione delle aggiudicazioni degli appalti: l'obiettivo del tempo medio di 100 giorni viene archiviato.

+++

Estratto di una scheda sul PNRR pubblicata dal Corriere della Sera

I Comuni

Con la riscrittura del Pnrr i Comuni perdono circa 13 miliardi, dei complessivi 15,9 che verranno spostati su altre fonti di finanziamento. Sei miliardi riguardano gli interventi di efficienza energetica, 3,3 miliardi le misure di rigenerazione urbana, 2,5 miliardi i piani urbani integrati, 1,3 le «misure per la gestione del rischio di alluvione e per la riduzione del rischio idrogeologico».

Strade, ferrovie, asili

Vengono eliminate anche investimenti previsti sulle strade, perché non ammissibili nel Pnrr, ha spiegato Fitto. Per la realizzazione di nuovi asili ci saranno invece 900 milioni di euro in più, per assicurare il conseguimento dell'obiettivo di 264 mila posti in più entro il 2026. Sono state escluse dal Pnrr, perché non realizzabili entro il 2026, la tratta ferroviaria Roma-Pescara, due lotti della Palermo-Catania e una parte degli investimenti per l'Ertms (European rail traffic management system). Le risorse saranno utilizzate su altri lotti delle tratte Napoli-Bari e Palermo-Catania, ha fatto sapere il ministero delle Infrastrutture.

Ecobonus

Nel piano RepowerEu uno dei punti considerati «qualificanti» è quello dell'Ecobonus, destinato alle abitazioni private. Tra le decisioni adottate dal governo c'è, dunque, il ricorso a uno degli strumenti più utilizzati negli ultimi anni per incentivare i lavori di efficientamento energetico: la detrazione fiscale. I crediti di imposta, tuttavia, viene specificato che avranno importanti e sostanziali correzioni. «La nuova misura del piano andrà in supporto delle famiglie a basso reddito, in passato rimaste escluse dagli interventi di efficientamento delle abitazioni». Le risorse a disposizione per l'Ecobonus dedicato alle abitazioni private sono in tutto pari a 4 miliardi di euro. Il meccanismo, come detto, si basa sulle consuete detrazioni fiscali, ma, viene ribadito: «A differenza del passato, con vincoli che le renderanno disponibili solo alle fasce a basso reddito».

Imprese

Un pacchetto di misure è riservato alle imprese, con uno stanziamento di 6,3 miliardi di euro. L'obiettivo è favorire le attività produttive «sostenendo soprattutto quelle di piccola e media dimensione, l'ossatura portante dell'economia italiana». Così come per l'Ecobonus lo strumento a sostegno delle imprese è il credito di imposta. A beneficiarne sarà chi effettuerà «interventi innovativi, volti all'efficienza energetica e all'autoproduzione di energia elettrica da fonti rinnovabili». Gli incentivi sono dedicati a investimenti trasversali nell'industria, per diverse categorie di interventi volti all'efficienza e alla produzione da fonti rinnovabili, destinati a tutte le imprese ed a tutti i settori.

<https://www.startmag.it/economia/governo-meloni-rimodulazione-pnrr/>

il Mulino

Il Pnrr e il programma RePowerEU sono stati ridisegnati all'insegna di un forte controllo politico, privilegiando sussidi alle imprese e progetti energetici delle aziende pubbliche. E tagliando progetti per città, ambiente e Mezzogiorno

Gianfranco Viesti

Con la [proposta di revisione del Pnrr e la parallela indicazione dei progetti del nuovo programma europeo RePowerEU](#) presentate il 27 luglio scorso, il governo Meloni sta cercando di dare una propria impronta politica all'insieme degli interventi, anche al fine di accrescere il proprio consenso. L'obiettivo è, in particolare, quello di consolidare il sostegno del tessuto imprenditoriale grazie alla concessione di copiosi incentivi e di finanziare alcuni grandi progetti in campo energetico delle partecipate di stato (delle quali ha da poco rinnovato integralmente i vertici con esponenti di propria fiducia). Le risorse vengono però reperite riducendo o posticipando una vasta gamma di interventi pubblici diffusi sul territorio, specie in ambito urbano e nella transizione verde.

Questo sembra confermare quanto sostenuto [in un recente contributo](#): la natura fortemente politica delle decisioni che vengono prese sul Piano e in generale riguardo alle risorse europee; decisioni sulle quali sarebbe auspicabile un ruolo più attivo delle opposizioni e una discussione pubblica ben centrata sugli aspetti di fondo, senza perdersi in una quotidiana polemica sui dettagli. Non è certo semplice, data la natura estremamente complessa di questi documenti, dal punto di vista sia dei contenuti che delle procedure; e date le caratteristiche del Pnrr predisposto dal governo Draghi e dei processi attuativi che ne sono scaturiti nel 2021-22, ricchi di luci e ombre, cui è stata dedicata una ampia analisi [in un recente volume](#).

Questo significa che più che essere guidato da una difesa a oltranza delle precedenti scelte – come appena segnalato in parte discutibili – il dibattito politico dovrebbe concentrarsi sulle scelte di fondo che questi documenti e le loro possibili revisioni propongono per l'Italia. Il Pnrr è di straordinaria importanza non solo per le sue dimensioni, ma perché rimette in moto tutte le politiche pubbliche di investimento dopo la gelata dell'austerità e perché segnala tutte le difficoltà del nostro Paese a realizzarle: le decisioni che si prendono a riguardo finiranno quindi per condizionare molto a lungo il futuro dell'Italia.

Le "Proposte per la revisione del Pnrr e capitolo RePowerEU. Bozza per la diramazione", rese note dal governo (d'ora in poi, il Documento) sono un testo estremamente barocco, non ben organizzato, di non semplice lettura: non sappiamo quanto per le difficoltà nella sua redazione o per esplicita scelta. Le sue 151 pagine mescolano infatti piani molto diversi; sono sovente ricche di dettagli su aspetti trascurabili e carenti di informazioni su decisioni importanti. Al di là di quella che sarà la reazione della Commissione europea a riguardo, delineano comunque un quadro in cui diverse scelte sono ancora indeterminate in alcuni loro decisivi dettagli.

Il Documento svolge contemporaneamente molte diverse funzioni, di valore assai differente. Cominciamo da quelle più propriamente tecniche. In primo luogo contiene diverse revisioni testuali di misure, obiettivi o degli "Operational Agreements" (cioè le modalità tecniche definite dalla Commissione per la loro valutazione), che non ne mutano la sostanza: utili nell'interlocuzione tecnica con Bruxelles ma decisamente poco rilevanti per il dibattito più generale, che avrebbero potuto essere più utilmente essere collegate in un allegato tecnico.

In secondo luogo offre utili informazioni circa oggettive difficoltà di realizzazione del Piano originario. È il caso del personale reclutato per gli Uffici del Processo incaricati dello smaltimento dell'arretrato della giustizia civile una quota (non precisata) del quale, si dice, non è rimasto in servizio dato il carattere temporaneo dei contratti; oppure la circostanza che nel disegno delle reti a banda larga a 1 giga ci si è resi conto che "molti numeri civici messi a gara erano inesistenti, o privi di unità immobiliari" (p. 39). Ancora, informa circa l'insufficiente tiraggio di alcune misure per l'università, le cui risorse possono essere redistribuite su altri interventi. In questi, come in altri casi, il Documento ragionevolmente suggerisce alcune soluzioni. In alcuni casi, tuttavia, contiene tutta una serie di dettagli decisamente irrilevanti che si sarebbero potuti senz'altro evitare e che rendono la comprensione del Documento più difficile: come quando ci informa che residuano circa quattromila euro sulla misura dei partenariati per Horizon Europe. Parallelamente, rivede gli specifici progetti finanziati da alcune misure decisamente rilevanti, come quelle per l'alta velocità ferroviaria nel Mezzogiorno, proponendo di sostituire alcuni lotti dei collegamenti con altri nella rendicontazione alla Commissione; cosa ancor più importante, certifica l'impossibilità della realizzazione delle opere sulla Pescara-Roma, destinando le relative risorse ad altri interventi sui nodi ferroviari. Proposte che pure appaiono decisamente ragionevoli, anche se sarà indispensabile conoscere al più presto il dettaglio tipologico e territoriale dei nuovi interventi da inserire.

In terzo luogo, per un gran numero di misure del Pnrr il Documento porta evidenza di ritardi e difficoltà tali da giustificare uno slittamento temporale degli obiettivi concordati con la Commissione. Qui il quadro appare ambivalente, di difficile valutazione. Spesso le motivazioni appaiono credibili, anche se talora un po' vaghe, tali da giustificare uno slittamento in avanti, sempre tenendo presente il traguardo di metà 2026. Questi corposi scivolamenti (se accettati dalla Commissione, cosa tutta da verificare) renderebbero più semplice la vita al governo nel prossimo biennio, e consentirebbero di ottenere in maniera relativamente più semplice le successive tranche di pagamento, a vantaggio sia dei conti pubblici sia del consenso per l'esecutivo; creando però un collo di bottiglia finale, fra fine 2025 e inizio 2026 ancora più problematico di quello già previsto dal Pnrr originario. Non si può quindi escludere che per prudenza o per calcolo il governo abbia deciso di utilizzare massicciamente questa modalità.

Veniamo ora alle scelte più propriamente politiche, cominciando dalla provvista delle risorse: cioè dagli interventi che vengono eliminati dal Piano o significativamente depotenziati per poterne finanziare altri, sia nel "vecchio" Pnrr sia, soprattutto, nel nuovo capitolo RePowerEU. Il Documento presenta una apposita tabella, con un "Elenco misure da eliminare dal Pnrr" (p. 150) per un ammontare decisamente consistente, che sfiora i 16 miliardi di euro, anche se in realtà scorrendo il testo il quadro appare un po' più complesso, con altre misure depotenziate.

Il maggiore definanziamento è relativo a tre misure (efficienza energetica, rigenerazione urbana, piani urbani integrati), di competenza del Ministero dell'Interno e destinate ai comuni italiani per interventi di medio-piccola dimensione (i primi due) e destinate alle città metropolitane – governate principalmente dal centrosinistra – per programmi decisamente più articolati (l'ultima). Nel volume **Riuscirà il Pnrr a rilanciare l'Italia?** se ne ripercorrono genesi e caratteristiche. Qui vale ricordare alcuni aspetti fondamentali della decisione di definanziamento. Perché quelle misure? Balza all'occhio in primo luogo che viene ridotta la provvista gestita da uno dei pochissimi ministri tecnici del governo, evidentemente non in grado di opporsi politicamente: non accade lo stesso per i programmi Pinqua, assai simili, di competenza del ministero delle Infrastrutture. Sembra poi concretizzarsi l'antipatia del ministro Fitto (ricordata [nel precedente intervento](#)) per i progetti di piccola dimensione: nel Documento si fa riferimento alla "parcellizzazione", con un "carico amministrativo di difficile gestione" (p. 101). Ma sembrano motivazioni poco consistenti e certamente non argomentate: nel testo del Documento il tutto è liquidato in poche righe. Né vengono forniti dati a conforto di eventuali ritardi: si tenga tra l'altro presente che vengono portati fuori dal Pnrr interventi in larga misura già finanziati e individuati prima dell'avvio dello stesso Piano (in gergo erano: "progetti esistenti"). L'unica possibile motivazione potrebbe essere il potenziale conflitto di alcuni progetti definiti in precedenza con il principio del Dnsh (Do not significant harm) introdotto successivamente con il Next Generation: ma non vi è alcuna precisa informazione a riguardo. Tanto che una possibile spiegazione d'insieme di questo massiccio definanziamento potrebbe essere quella tutta politica offerta da Isaia Sales (**In guerra contro gli ultimi**, "la Repubblica", 2.8.23): un elemento, insieme all'attacco al reddito di cittadinanza, della politica contro le periferie e i loro abitanti condotta dal governo.

Che succederà di questi progetti, diversi dei quali già appaltati o in gara? Nel testo del Documento è scritto assai vagamente che "si segnala l'opportunità di ricorrere a fonti di finanziamento nazionali" (p. 101) per sostenerne il costo, ma senza alcun chiarimento sulle fonti e alcun preciso impegno a riguardo. Attenzione, però: nel caso dei Piani Urbani Integrati (che finanziano ad esempio importanti operazioni di risanamento dalle Vele di Scampia a Napoli a quartieri periferici romani) è adombrata l'opportunità di una loro revisione prima di rifinanziarli. Da qui l'unanime, forte e pienamente giustificata protesta dei Sindaci; a ben poco valgono le dichiarazioni, scandalizzate per queste proteste, del ministro Fitto in Parlamento in mancanza di precisi, completi e tempestivi atti di rifinanziamento. Anzi, appare poco gradevole la circostanza che un ministro della Repubblica lasci intendere che vada attribuito più credito alle sue dichiarazioni che non a documenti ufficiali, come se valesse il principio che "le budget c'est moi".

I definanziamenti non finiscono tuttavia certo qui. Vengono colpiti altri investimenti pubblici. Vengono portati fuori dal Pnrr progetti di riduzione del rischio idrogeologico per quasi 1,3 miliardi (anche qui con promessa, ma non certezza, di rifinanziamento). Lo stesso accade a due misure per i servizi per le infrastrutture sociali di comunità per le aree interne (725 milioni) e per la valorizzazione dei beni confiscati alle mafie (300 milioni), la cui provvista Pnrr verrà destinata ad una nuova misura di incentivazione degli investimenti di cui si dirà in seguito. Viene definitivamente ridotto il finanziamento per il potenziamento del verde nelle aree urbane (110 milioni), e per le ciclovie turistiche. Anche in quest'ultimo caso sfugge la motivazione: la Conferenza delle Regioni ([documento 23/134/CR7/C3](#)) ha successivamente presentato una serie di evidenze tese a mostrare un loro avanzato stato di realizzazione. Vengono ridotti gli interventi per Cinecittà a Roma.

Ma non si finisce qui: nel testo appaiono riduzioni degli obiettivi da raggiungere con altri importanti investimenti pubblici: nella sanità (riduzione delle Case di Comunità da 1350 a 936; degli Ospedali di Comunità da 400 a 304; delle centrali operative di telemedicina da 600 a 524), con promessa di rifinanziamento; degli obiettivi (in misura non specificata) da raggiungere per la riqualificazione di edifici scolastici, per le fognature e gli impianti di depurazione. Qualcosa, ma molto meno, viene ridotto anche negli interventi per le imprese. Principalmente, un grande intervento (1 miliardo) per la

decarbonizzazione dell'impianto siderurgico di Taranto; poi, i fondi per gli impianti energetici innovativi, anche offshore e 150 milioni destinati a produttori di bus elettrici; infine, in piccola misura, un fondo per le start up.

In questo modo si possono destinare risorse (non compiutamente quantificate) ad altre o nuove misure nel Pnrr e soprattutto finanziare in misura significativa il nuovo capitolo RePowerEU, che acquisisce una dimensione decisamente importante: oltre 19 miliardi. Come detto, la destinazione è principalmente a favore delle imprese.

Ora, contributi pubblici agli investimenti delle imprese non sono certamente negativi in sé: molto dipende da un lato dalle finalità e dalle modalità con cui sono erogate e dall'altro dagli interventi a cui bisogna rinunciare per farvi fronte. Questo, ancor più oggi, alla luce delle grandi, e largamente benvenute, trasformazioni dell'approccio comunitario alle politiche industriali. Il tema merita senz'altro riflessioni più approfondite, impossibili in questa sede. Quel che si vuole qui sottolineare è che con il Documento il governo ha pienamente soddisfatto le significative richieste formulate da Confindustria nelle passate settimane, provvedendovi con una riduzione degli investimenti pubblici. È questo il suo segno politico.

Un intero capitolo del RePowerEU, per 6,2 miliardi è destinato a questo fine. Quattro miliardi sono indirizzati a sgravi fiscali ad accesso automatico e non selettivo, anche nel terziario, per investimenti cosiddetti 5.0 per l'efficientamento energetico delle imprese; una misura, lo si dice **apertis verbis** nel testo (p. 136) "dichiarata più volte strategica dal sistema imprenditoriale nazionale". Un altro miliardo e mezzo, sempre sotto forma di crediti di imposta, va alle imprese per impianti energetici rinnovabili per l'autoconsumo; 320 milioni a una "Sabatini Green", con contributi in conto interessi per le piccolissime imprese sempre per interventi energetici; 400 milioni sono destinati alle imprese agricole per il risparmio idrico e energetico. Ma vi sono, ancora, 2 miliardi per finanziare progetti di filiera nell'agroindustria scorrendo la graduatoria della relativa misura già prevista nel Fondo Complementare; 150 milioni per la logistica agroalimentare; 300 milioni per impianti di biocarburanti. Verrà anche, grazie ai definanziamenti già citati di misure Pnrr per il Mezzogiorno, la provvista per un annunciato credito di imposta per la nuova Zona economica speciale (Zes) unica annunciata nel Documento.

La propensione per il privato non si limita però agli incentivi. Potenzialmente di grande importanza è l'apertura dei cospicui interventi di Garanzia occupazione lavoro (Gol) a operatori privati nei centri per l'impiego, rispetto ai quali le Regioni chiedono, nelle loro già citate proposte, che siano sottoposti ad accreditamento. Così come vengono destinati ulteriori 300 milioni per la realizzazione di posti letto per gli studenti universitari con l'esplicita finalità (p. 84) "di rendere la misura più attrattiva per gli operatori economici": potenziando così la criticità di questo intervento, già emersa con le decisioni del governo Draghi, rispetto ad una effettiva fruizione del diritto allo studio per gli studenti meno abbienti (rimando ancora a [Riuscirà il Pnrr a rilanciare l'Italia](#)). Non a caso le Regioni opportunamente chiedono che parte di tali risorse sia destinata agli enti pubblici per il diritto allo studio. Anche il finanziamento dei dottorati innovativi, in collaborazione con le imprese, è incrementato per coprirne ulteriormente i costi della parte pubblica. Particolarmente significativo sotto il profilo politico è anche la netta riduzione dell'ambizione degli interventi di contrasto all'evasione fiscale, richiesti dalla Commissione europea e per i quali ora si chiede di ridimensionare gli obiettivi.

Naturalmente non c'è solo questo. Nel capitolo RePowerEU ci sono fondamentali, utili interventi di potenziamento delle reti energetiche nazionali, specie elettriche, anche finalizzati a consentire una migliore integrazione della produzione da rinnovabili. Quattro miliardi sono destinati ad interventi di efficientamento energetico del patrimonio edilizio pubblico: certamente positivi anche se soggetti ad una evidente preoccupazione per il loro completamento entro metà 2026; altrettanto per un bonus per l'efficientamento energetico rivolto alle famiglie più deboli, ancora da precisare. Criptico resta invece il testo con riferimento al finanziamento degli asili nido, dato che si sostiene sarà predisposto un nuovo bando, ma anche che (p. 81) "in relazione al target finale della misura, in linea con gli orientamenti della Commissione, sarà valutato l'impatto dell'incremento dei costi con riferimento al numero dei nuovi posti da rendicontare".

Un'ultima riflessione merita l'impatto territoriale di queste possibili revisioni. Il tema è totalmente ignorato nel Documento. Eppure, potrebbe essere sensibile, tale da richiedere una rilettura delle stime e degli studi apparsi a riguardo. Non sarà semplice. In alcuni casi è evidente, come la riduzione della spesa a Taranto per il siderurgico o a Roma per Cinecittà. In altri, diverrà più complesso: si consideri che per i rilevanti interventi per il trasporto rapido di massa nelle aree urbane, o per le ristrutturazioni degli edifici giudiziari, il governo chiede alla Commissione che la precisa lista dei progetti non appaia negli obiettivi: riservandosi così di rivedere le geografie dei flussi di finanziamento. Ancora, non è chiaro quali saranno le strutture sanitarie territoriali, quali le scuole da ristrutturare, che subiranno il definanziamento. Come è noto, per legge il Pnrr deve destinare almeno il 40% dei finanziamenti, sia in totale sia per ciascuna misura, al Mezzogiorno. Le valutazioni semestrali del Dipartimento per le Politiche di coesione della presidenza del Consiglio diverranno quindi ancora più preziose: anche se per la verità l'ultima (e cioè la prima del governo Meloni) è stata estremamente scarna, inglobata nell'informativa generale sul Piano. Sarebbe auspicabile che si tornasse alla cadenza regolare di questo documento. Ma, come già notato sia in quelle relazioni, e come discusso [in un precedente intervento](#), appare evidente un forte sottofinanziamento relativo del Mezzogiorno per quanto riguarda le misure di incentivazione

degli investimenti delle imprese; questo, a causa del tiraggio dei crediti di imposta per Transizione 4.0, misura esclusa a suo tempo dal ministro Giorgetti dall'applicazione della clausola del 40%. Tale effetto sarà accresciuto dalla proposta misura 5.0 di cui si è detto: che polarizzerà anch'essa ancor più l'apparato produttivo italiano in Lombardia, Veneto e Emilia. Nel nuovo capitolo RePowerEU, alle pagine 123 e 124 del Documento vi sono accenni di grande interesse alla possibilità di orientare al Sud la nuova capacità produttiva da realizzare per la transizione verde: indirizzo assai auspicabile, come altrove argomentato (cfr. G. Viesti, **I fondi Ue e la richiesta dell'Italia a due velocità**, "Il Messaggero", 2.8.23), e che dovrebbe essere massicciamente perseguito per evitare il sicuro ampliarsi dei divari connesso ai crediti di imposta 4.0 e 5.0. Ma non vi è nulla di preciso: si vedrà.

Infine, decisamente assai complicato sarà valutare il complessivo impatto territoriale della possibile sostituzione, per alcuni interventi, del finanziamento Pnrr con altre risorse; specie se queste dovessero essere tratte, come pare, dal Fondo Sviluppo e Coesione: che è destinato per legge per l'80% al Mezzogiorno.

Concludendo, per l'insieme delle argomentazioni che si è cercato di avanzare in questa sede, sarebbe decisamente auspicabile una grande attenzione sia politica sia tecnica alle sorti del Documento e all'impatto che questo potrebbe produrre in importanti politiche pubbliche nel nostro Paese.

[Questo articolo esce contemporaneamente anche sul sito di [Sbilanciamoci](https://www.rivistailmulino.it/a/la-revisione-del-pnrr-del-governo-meloni).]

<https://www.rivistailmulino.it/a/la-revisione-del-pnrr-del-governo-meloni>



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Monitoraggio fase 2 concernente l'attuazione del DM n. 77 del 2022

agena.s.



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
Tel. 06-42748700
e-mail: info@agens.it
www.agens.gov.it



**DOCUMENTO ANAAO ASSOMED – CIMO-FESMED
TAVOLO TECNICO MINISTERO SALUTE
DM 70/2015 e 77/2022
26 settembre 2023**

https://www.anaao.it/public/aaa_7973559_indicazioni_anaao_cimo_riunione_26_settembre_def.pdf

quotidiano **sanita.it**

L'ospedale che cambia e diventa resiliente e flessibile. Arriva l'e-book di ASIQUAS

Silvia Scelsi, Presidente Nazionale ASIQUAS, Istituto "Gaslini", Genova.

Un e-book a cura di Asiquas per far riflettere su quali strumenti e modelli siano veramente possibili, e quali specificità oggi e per il prossimo futuro dovrebbero essere le caratteristiche di un ospedale che cambia e riesce ad essere flessibile.

13 SET -

"Affrontare il problema degli ospedali, e soprattutto del loro futuro, comporta necessariamente una visione non limitata all'ospedale come struttura edilizia... ma estesa invece a molti altri fattori quali le linee di indirizzo della politica sanitaria, le modalità di finanziamento del sistema sanitario e degli ospedali ed anche il progresso scientifico e tecnologico e l'evoluzione demografica ed epidemiologica. Tutti fattori che determinano le esigenze e le priorità da affrontare da parte dei sistemi sanitari ed il ruolo che in questo contesto viene affidato all'ospedale..." E. Guzzanti

Le parole del professor Guzzanti di fatto sono ancora oggi a distanza di più di un decennio, le parole che riassumono le riflessioni che dovremmo fare nel sistema quando affrontiamo sia le scelte di politica sanitaria, che gli strumenti che mettiamo in campo per rispondere ai bisogni di salute.

Gli autori del quaderno, ciascuno con la sua competenza ed esperienza, hanno offerto il loro contributo per far riflettere su quali strumenti e modelli siano veramente possibili, e quali specificità oggi e per il prossimo futuro dovrebbero essere le caratteristiche di un ospedale che cambia e riesce ad essere flessibile. Questa sembra quasi una contraddizione: come può una struttura ospedaliera, caratteristicamente fortemente connotata sia in senso fisico che organizzativo, essere flessibile? Un concetto quello della flessibilità che mal si accosta a quello della struttura e dell'organizzazione ospedaliera come la conosciamo.

Siamo abituati a considerare gli ospedali come strutture complesse e spesso rigide per i loro modelli organizzativi basati su Dipartimenti e UUOCC "verticalizzati" per specialità e per, quando va bene, area clinica omogenea.

Eppure la pandemia ha rapidamente ridefinito tutte le nostre convinzioni e ci ha insegnato che resilienza e flessibilità erano l'unica strada per sopravvivere e vivere. L'urgenza di dare risposte a tutela della salute pubblica ha costretto Ministero, ISS, AGENAS, Regioni e aziende sanitarie a mettere in discussione i modelli organizzativi e gestionali tradizionali e a sperimentarne di nuovi aprendosi in primis a nuove procedure decisionali "short time". Questo anche in deroga alle procedure esistenti.

La prima questione è quella del ridimensionamento dell'offerta in tema di posti letto.

È un fenomeno mondiale, ma ancora oggi non sembra che i policy makers della sanità riescano a fare le scelte opportune per far crescere considerevolmente ed in modo nuovo l'offerta territoriale di primo, livello sia domiciliare che ambulatoriale o di residenzialità.

L'ospedale del futuro sarà sempre più tecnologico e la digitalizzazione così come l'uso dell'intelligenza artificiale, produrranno nell'ambito delle cure in fase acuta grandi risultati, a grandi costi, ma con sempre meno necessità di ospedalizzazioni lunghe nella fase acuta.

Se anche per gli ospedali si impone il tema dell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi in sostituzione di quelli obsoleti e ormai inappropriati, occorre tenere a mente che le riconversioni produttive e di servizi nella fase di transizione dai vecchi modelli operativi ai nuovi, richiedono il mantenimento temporaneo del vecchio modello in parallelo con la prototipazione e il collaudo del nuovo per poi, consolidato il cambiamento, dismettere definitivamente quello vecchio.

Ci troviamo quindi a sostenere una situazione di doppia gestione che comporta costi sovrapposti, anche se in prospettiva, con l'attuazione del nuovo modello operativo si dovrebbe generare maggior valore, con un significativo risparmio

gestionale. Però l'esigenza della sovrapposizione di "vecchio" e "nuovo" nella fase di sperimentazione e di cambiamento esiste ed è ineludibile.

Queste considerazioni, a cui i finanziamenti del PNRR in parte rispondono - o almeno rispondevano nella sua definizione originaria - richiedono anche però che per alcuni anni ci sia un investimento finanziario sul sistema sanitario che renda possibile la transizione ed eviti di farlo decadere come si teme che stia già accadendo.

Cambiare vuol dire comprendere l'oggi e valutare quanto gli strumenti normativi che definiscono l'organizzazione dei servizi siano adeguati all'attualità. Da questo punto di vista, urge probabilmente una riforma del DM 70 perché le condizioni per una rete ospedaliera efficiente sono mutate.

In Italia, la gran parte dei nostri attuali nosocomi risale agli anni 30, anni in cui gli ospedali furono costruiti a padiglioni, allo scopo di poter meglio limitare il diffondersi delle malattie infettive, all'epoca ancora preponderanti nei confronti delle malattie acute o cronico degenerative.

Tale separazione logistico strutturale, se da una parte è servita a ostacolare il diffondersi delle malattie infettive, dall'altra ha contribuito ad accentuare la frammentazione, lo sviluppo di organizzazioni a silos, la crescita delle varie branche specialistiche e super specialistiche che, man mano negli anni, hanno determinato frammentazione, rigidità e ridondanze.

Nel tempo, a tale gestione per specialità e super specialità, che ha comportato la perdita della visione olistica del paziente, si è tentato di porre rimedio con vari provvedimenti e strumenti di clinical governance, correttivi in grado di agire sia a livello professionale sia organizzativo, di cui quattro, a nostra opinione come ASIQUAS, Associazione Italiana per la Qualità dell'Assistenza Sanitaria e Sociale, sono quelli essenziali:

1. I PDTA, con i quali si è cercato di realizzare quella necessaria integrazione multiprofessionale e multidisciplinare, sia in ambito ospedaliero che Ospedale-Territorio, per consentire il passaggio dalla gestione per specialità alla gestione per processo di cura;
2. Le Reti Cliniche, tra cui: le Reti Oncologiche Regionali; le Reti tempo dipendenti per il Trauma, per l'Ictus e per l'IMA; le Reti a integrazione verticale "Hub e Spoke". Anche per le Reti Cliniche, così come per i PDTA, gli obiettivi perseguiti sono quelli di creare un più facile accesso alle cure, garantire la necessaria continuità assistenziale e migliorare l'efficienza delle risorse e la qualità professionale degli operatori;
3. I Dipartimenti, ossia un'organizzazione composta da Unità Operative omogenee, affini o complementari, sia a livello territoriale sia ospedaliero, nonché interaziendale, per ottenere maggiore integrazione ed efficienza. La gestione comune di personale, attrezzature e spazi ha sicuramente favorito l'utilizzo flessibile degli stessi, ma i Dipartimenti non hanno dato gli esiti sperati in quanto è mancato quello spirito di squadra basato su un comune rafforzamento culturale e una condivisa crescita professionale anche multidisciplinare, fondamentali per una forte integrazione clinica e gestionale;
4. L'ospedale per intensità di cura, che parte dall'assunto che le risorse tecniche e professionali non mediche non sono più "proprietà" dell'Unità Operativa, ma messe a disposizione di aree dove anche i letti diventano funzionali in ragione delle caratteristiche assistenziali dei malati. Con l'ospedale per intensità di cura, per la prima volta in Italia, si esce dagli schemi rigidi dei letti di reparto - peraltro non sempre assegnati ai singoli Direttori sulla base delle contingenti effettive necessità - per dare una più facile e adeguata risposta organizzativa alle reali e diverse esigenze di ricovero e per dare una risposta articolata ed esaustiva a pazienti poli patologici che necessitano di consulenze di numerosi medici appartenenti a discipline diverse.

Le ragioni di questa pubblicazione e gli sforzi di chi vi ha partecipato nascono dalla consapevolezza che gli ospedali dovranno essere resilienti ai cambiamenti economici, sociali e sanitari e, nello stesso tempo, in grado di garantire che il sistema, i servizi e le attività rispondano alle esigenze in costante evoluzione e alle specificità dei diversi pazienti, indipendentemente dalle differenze sociali e geografiche.

Questo significa occuparsi oggi di ospedali - se così spesso si usa l'aggettivo "flessibile" è perché il termine rappresenta al meglio quello di cui avremo sempre più bisogno -, ovvero strutture in grado di "adeguarsi facilmente a situazioni o esigenze diverse, in tempi brevi e quindi strutture duttili, elastiche, non rigide" per garantire lo svolgimento in sicurezza delle attività assistenziali in caso di emergenze, consentire la continuità delle attività programmate ad un livello accettabile, gestire i picchi di ricovero in aree dedicate specialistiche (semintensive e intensive, in particolare).

È qualcosa di ancora distante da quello che oggi abbiamo a disposizione e che siamo convinti, e vogliamo convincere i lettori, dovremo invece rapidamente cambiare, suggerendo alcune soluzioni.

Sempre più ci si chiede se un ospedale non debba essere, oltre che flessibile, in continuo adattamento, anche resiliente. Resilienza è, secondo il Dizionario Treccani, "la velocità con cui una comunità o un sistema ritorna al suo stato iniziale, dopo essere stata sottoposta alla 'forza d'urto' che l'ha allontanata da quello stato".

È, per l'ospedale, capacità di resistere alla "perturbazione" assistenziale e rispondere a improvvisi e significativi aumenti della domanda dei pazienti, presupposto essenziale per continuare a fornire servizi vitali e ridurre al minimo l'impatto

sulla comunità nei disastri o nelle emergenze, come per esempio nella pandemia da SARS-COV-2 tutt'ora persistente anche se con varianti di attenzione diverse da quelle precedenti.

Tuttavia, flessibilità e resilienza rimandano ad uno stare sempre "in attesa", quando l'altro elemento in questione, la complessità dei sistemi, richiede un approccio creativo e proattivo.

I sistemi complessi mostrano comportamenti imprevedibili, dati da effetti sinergici di combinazione non lineare di più input nel sistema, con causalità multiple.

Conciliare qualità e complessità oggi implica abbandonare la vecchia concezione delle organizzazioni sanitarie come "strutture gerarchiche lineari". I sistemi sanitari sono sempre più entità complesse governate da leggi di interazione e auto-organizzazione, spesso soggette a fenomeni emergenti, come lo è stato la stessa minaccia pandemica.

Per noi questa sarà la chiave per riformare l'assistenza, facendo convergere la pluralità di attori su un unico obiettivo: "aumentare la flessibilità del sistema".

Tutto il contrario della logica di "una singola causa genera un singolo effetto", alla base delle ricette di semplificazione e riduzionismo.

Gli ospedali sono comunque gli "hub" dei sistemi sanitari presenti nei territori con l'esigenza di diffuse reti di strutture "spoke" e di reti di cure primarie, di assistenza domiciliare e di varie forme di residenzialità in grado di "filtrare" la domanda dei bisogni delle popolazioni e di dare livelli differenziati di offerta "integrati", sanitari, sociosanitari e sociali.

Con il PNRR e il DM 77 sono stati proposti modelli di riorganizzazione uniformi in tutti i territori della medicina territoriale, delle cure primarie, della domiciliarità in una logica di integrazione con i servizi sociali e le comunità.

Parimenti, sempre nel PNRR sono previsti importanti investimenti in tecnologie e digitalizzazione anche negli ospedali. Questo però non basta se non si affronta anche il tema dei loro modelli organizzativi per "processi di cura" e della loro "governance clinica".

Gli ospedali insistono sempre su dei territori e su delle comunità e, quindi si pone con forza il tema dell'"integrazione" e della multidisciplinarietà e della multi professionalità.

Sul tema dell'integrazione come ASQUAS abbiamo prodotto una Raccomandazione scientifica nel 2013 sui "Requisiti di qualità nell'integrazione tra sanità e sociale", edito con Franco Angeli Editore, prima raccomandazione sul tema a livello internazionale e UE, citata e ripresa da OMS Europa e dall'OECD nel suo studio sulla qualità nei sistemi sanitari nazionali. Raccomandazione che riteniamo sia ancora attualissimi nei contenuti proposti.

Più di recente nel 2021 abbiamo presentato l'aggiornamento del nostro Framework scientifico con il volume "La qualità nell'assistenza sanitaria e sociosanitaria", Editore COM SRL, in cui abbiamo aggiornato la rivisitazione e la validazione dei modelli, delle metriche e dei sistemi di validazione e valutazione e degli strumenti per la "governance" dei sistemi sanitari, sociosanitari e sociali e delle aziende sanitarie.

Questo ebook, quindi, vuole essere un ulteriore contributo al dibattito in atto e vuole nel contempo proporre stimoli ed elementi di riflessioni derivati da esperienze gestionali concrete realizzate negli ultimi anni anche in permanenza di pandemia.

Ci auguriamo lo sviluppo di un dibattito e di un confronto che ci aiutino ad enucleare proposte concrete e utili per elevare le capacità di resilienza e di sviluppo dei nostri sistemi sanitari regionali ed in essi degli ospedali.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116551

quotidianosanita.it

Mobilità sanitaria. Il giro d'affari torna sopra i 4 miliardi. Ma il trend non cambia: è sempre esodo da Sud a Nord. Lombardia, Emilia Romagna e Veneto restano le mete preferite

Il fenomeno della migrazione per farsi curare fuori regioni che ogni anno coinvolge quasi un milione d'italiani è arcinoto e pare ormai endemico. In generale sono solo sette le Regioni ad essere in attivo mentre le altre 14 hanno saldi negativi. Campania, Calabria e Sicilia le regioni che spendono di più per i pazienti che scappano a curarsi fuori.

inciviltà e di aggressione nei confronti dei sanitari a cui bisogna porre rimedio con politiche appropriate. Senza cadere nell'illusione, tuttavia che la risposta securitaria, oggi invocata, sia necessariamente l'unica e soprattutto la più efficace

Le "finestre rotte" come primo indicatore del degrado istituzionale

Le "finestre rotte" il primo indicatore del mal funzionamento del pronto soccorso e non solo.

Quando Q. Wilson e George L. Kelling hanno teorizzato che il degrado di fatto porta altro degrado (le finestre rotte) non avevano certo in mente la realtà delle strutture ospedaliere prevalentemente luoghi di accoglienza e di protezione oltre che di cura del malato.

Nonostante ciò, dobbiamo partire da questo suggerimento "banale" per riflettere sul perché siamo arrivati a proporre e a introdurre le forze di polizia nei pronto soccorso che non hanno nulla a che fare con la cura bensì sono attinenti alla repressione e alla segregazione.

Come già espresso non intendiamo negare e sottovalutare i pericoli che il personale corre in tali strutture specialmente se mal funzionanti, degradate, senza personale dedicato.

Come per i servizi di salute mentale e quelli per le tossicodipendenze la loro collocazione in spazi marginali, nei sottoscala o isolati dai tradizionali percorsi ospedalieri, la scarsa cura dell'ambiente e della relativa attrezzatura e ovviamente la cronica scarsità di personale sono tutti elementi che favoriscono e "legittimano" azioni di aggressione nei confronti del personale sanitario specialmente se donna.

Ciò nonostante la sicurezza del personale e la qualità della cura si garantisce solo attraverso un sistema di emergenza urgenza che funziona, azioni e strutture di prevenzione e di presa in carico, la medicina di iniziativa, diffuse sul territorio. Una rete di medici di medicina generale che non facciano di whatsapp il solo e prevalente strumento di presa in carico del cittadino.

Ancora una volta sono le reti di cura, il loro buon funzionamento a fare la differenza.

Un sistema di emergenza urgenza elemento portante di un rilancio del SSN

Già in altri contributi abbiamo evidenziato che il mal funzionamento e le aggressioni nei pronto soccorso sono indicatori della criticità in cui continua a versare il nostro SSN e come una riorganizzazione di questa unità operativa vada collocata all'interno di un disegno organico del SSN e delle sue strutture a partire dalla cura e dalla bellezza che anche sul piano architettonico tali sistemi organizzativi debbono valorizzare.

Degrado, sporcizia, trasandatezza sono tutti elementi che pesano sulla qualità del lavoro del personale sanitario nonché sulla compliance del cittadino.

In queste realtà organizzativa tali elementi sono ancora più importanti perché in esse si arriva pressati da un problema di cui non si comprende la complessità o perché il circuito della cura che sta a monte non ha funzionato o il più delle volte il cittadino non è stato in grado di attivare in modo proficuo. O più semplicemente perché le nostre competenze in salute ci consentono di muoverci in modo elementare nel sempre più burocratizzato sistema di presa in carico. La sensazione o la convinzione di non essere stati presi in carico in modo adeguato, o tensioni individuali mal gestite, frustrazioni nei confronti di un sistema di cui non si comprende a pieno il funzionamento, possono scatenare reazioni di aggressione e di vera violenza nei confronti del personale indipendentemente dalla loro operatività. Così come attese infinite.

Che fare?

Certamente mettere in condizioni di sicurezza il personale sanitario a partire da un organico adeguato e carichi di lavoro coerenti e relativi riconoscimenti professionali ed economici, ma innanzitutto mettere in ordine la filiera della cura in termini di efficacia ed efficienza.

Incrementare la conoscenza del sistema fra i cittadini (letteracy) ma cosa più importante ripensare queste unità operative anche ridisegnando gli spazi e gli accessi, toglierle dall'isolamento abbellendole e riducendone anche lo stigma a cui sono sottoposte proprio a partire dal versante architettonico. La bellezza aiuta a salvaguardare anche fisicamente un luogo, uno spazio e il personale che in esso vi opera, senza tralasciare il meccanismo e le procedure di funzionamento nonché la rete in cui esse sono inserite.

Politiche securitarie non solo non rendono il cittadino più consapevole rispetto a come funziona il nostro SSN ma minano il processo di presa in carico che sta alla base della buona cura.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116241

A caccia di resistenza: analisi della lotta alle infezioni ospedaliere

Rachel M. Wheatley e João Botelho

Publicato: 21 settembre 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanpe.2023.10074>

Gli antibiotici su cui facciamo affidamento per trattare le infezioni batteriche stanno diventando sempre più inefficaci man mano che la resistenza agli antibiotici si diffonde in tutto il mondo.

*Alcuni agenti patogeni batterici, come *Pseudomonas aeruginosa*, sono stati identificati come i principali contributori a questo crescente carico di resistenza.*

**P. aeruginosa*, un patogeno opportunisto, è responsabile di un numero significativo di infezioni associate all'assistenza sanitaria e si stima che sia associato a oltre 300.000 decessi all'anno.*

*Nell'attuale numero di *The Lancet Regional Health—Europe*, Sastre-Femenia et al. condurranno un'analisi su larga scala degli isolati di *P. aeruginosa* ottenuti da pazienti ospedalizzati in tutta la Spagna nel 2022, confrontando questi risultati con i dati raccolti cinque anni prima nel 2017.*

*Il loro studio comprende un'analisi completa della resistenza agli antibiotici in *P. aeruginosa*, valutando la resistenza a 13 diversi antibiotici in oltre 3000 isolati clinici di *P. aeruginosa* e sequenziamento del genoma degli isolati con i profili di resistenza più preoccupanti per chiarire le basi di questa resistenza.*

*Nel 2017, la situazione delineava un quadro cupo: la resistenza agli antibiotici su scala nazionale era elevata nella *P. aeruginosa*, superando il 20% per la maggior parte degli antibiotici antipseudomonas disponibili, ad eccezione delle polimixine e delle più recenti combinazioni di inibitori β -lattamici/ β -lattamasi.*

*In modo allarmante, è stata riscontrata un'elevata prevalenza di isolati di *P. aeruginosa* estensivamente resistenti ai farmaci (XDR) (15,2%), che sono resistenti ad almeno un agente in tutte le classi di antibiotici tranne una o due.*

*La rivelazione chiave di questo studio è un sostanziale miglioramento di questo scenario. Sastre-Femenia et al. segnalano una diffusa riduzione della resistenza agli antibiotici in *P. aeruginosa* tra il 2017 e il 2022. Questa riduzione è mostrata sia per gli antibiotici più vecchi che per quelli più nuovi usati per trattare le infezioni da *P. aeruginosa* e può essere osservata in tutta la Spagna.*

È promettente anche una significativa diminuzione della prevalenza degli isolati XDR, dal 15,2% nel 2017 al 5,9% nel 2022. Questi ceppi presentano sostanziali sfide terapeutiche a causa della disponibilità limitata di antibiotici efficaci.

L'importanza di una tale riduzione della resistenza agli antibiotici nell'arco di cinque anni offre speranza per gli sforzi volti a combattere la resistenza agli antibiotici e solleva chiaramente la questione: come? Quali sono i meccanismi sottostanti responsabili di questo calo osservato della resistenza?

Gli autori suggeriscono che gli sforzi del piano nazionale spagnolo di resistenza agli antibiotici (PRAN), l'adozione di nuove combinazioni di inibitori β -lattamici/ β -lattamasi e gli effetti della pandemia di COVID-19 potrebbero essere tutti fattori che contribuiscono.

Il PRAN includerà misure di controllo delle infezioni, volte a ridurre la trasmissione ospedaliera, le infezioni e la conseguente domanda di antibiotici, insieme a iniziative di gestione degli antibiotici, con l'obiettivo di ridurre l'uso non necessario di antibiotici, svolgendo potenzialmente un ruolo in questa riduzione.

Gli effetti della pandemia di COVID-19 sulla resistenza antimicrobica sono intriganti e probabilmente complessi. La pandemia ha visto l'implementazione di misure rafforzate per cercare di limitare la trasmissione del virus, ma, d'altro canto, i ricoveri ospedalieri per COVID-19 sono stati collegati a infezioni batteriche secondarie acquisite in ospedale, nonché all'uso improprio di antibiotici, in particolare all'inizio della pandemia.

Un'altra domanda pertinente che emerge da questo studio è: come si confrontano queste tendenze in Spagna con quelle del resto d'Europa e del mondo? Molti paesi, tra cui la Spagna, hanno attuato piani d'azione nazionali per combattere la resistenza antimicrobica.

Questo studio fornisce una solida metodologia per condurre analisi simili a livello globale, che potrebbe essere applicata per offrire preziose informazioni sull'efficacia di queste iniziative. Inoltre, lo studio sottolinea l'importanza di studiare i meccanismi della resistenza agli antibiotici.

Caratterizzazione dei meccanismi di resistenza mutazionale e acquisita, in particolare in isolati come XDR ST235 che hanno dimostrato di aumentare la prevalenza e di essere associati a più geni di resistenza acquisita, può illuminare come

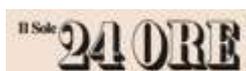
questi geni sono diffusi. La ricerca futura potrebbe esplorare il movimento dei geni di resistenza acquisiti, potenzialmente attraverso elementi genetici mobili, per comprendere meglio la diffusione della resistenza.

In conclusione, i risultati di questo studio offrono speranza nella battaglia contro la resistenza agli antibiotici, mostrando una notevole riduzione dei livelli di resistenza in soli cinque anni.

Questo lavoro costituisce un prezioso punto di riferimento per futuri sforzi su larga scala per monitorare la resistenza nel tempo, e la ricchezza di dati qui forniti è probabilmente una risorsa molto utile sia per la comunità scientifica che per i politici.

Tuttavia, comprendere le forze trainanti di questo declino e valutarne la rilevanza globale sono i prossimi passi essenziali. Inoltre, lo studio dei meccanismi alla base della resistenza agli antibiotici rimane uno sforzo cruciale mentre continuiamo a combattere questa pressante minaccia per la salute pubblica.

[https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762\(23\)00159-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpe/article/PIIS2666-7762(23)00159-X/fulltext)



Previdenza/ Sempre più medici verso la pensione: da 10mila fino a 24mila entro l'anno

di Claudio Testuzza

Mentre alcuni, come il presidente della regione Veneto Zaia e una pattuglia di deputati, sempre pronti a intervenire sulle leggi in discussione, propongono di innalzare l'età per il pensionamento dei medici, la schiera dei camici bianchi che vanno in pensione, nel nostro Paese, è sempre più folta. L'ascesa graduale dei medici che smettono di frequentare le corsie degli ospedali, oppure gli studi e gli ambulatori non è una sorpresa.

Da tempo l'arrivo della cosiddetta "gobba previdenziale", generata dall'uscita dal mercato occupazionale della nutrita coorte dei nati negli anni '50, era stata già ampiamente prevista, ben prima dell'avvento del Covid-19, che, però potrebbe averla un po' accelerata.

I dati rilevati dall'Enpam, l'ente di previdenza dei medici, confermano che dal 2014 al 2022, i trattamenti ordinari (quelli, cioè, corrisposti in virtù del raggiungimento dei requisiti anagrafici, o contributivi) hanno registrato un'impennata di ben il 257 per cento.

Soltanto l'anno scorso, la spesa per prestazioni previdenziali è stata di 2 miliardi 670 milioni e 664.965 euro il + 14,44 %, al confronto con le uscite del 2021. Per quanto attiene le singole gestioni dell'Enpam, tra quanti esercitano la medicina generale, i pensionati sono cresciuti in un anno del 12%, con un incremento del 503% a partire dal 2014. Per quel che concerne, invece, la libera professione (Quota B) la spesa dell'Enpam per i trattamenti è stata superiore del 21,33 %, rispetto al 2021 (pari cioè a oltre 304,4 milioni). E se nell'ultimo anno il numero di chi è andato in quiescenza ha fatto un salto in avanti del 5,43%, l'incremento però è del 265% dal 2014.

Di contro, per i sanitari, gli attuali limiti si sono mantenuti elevati rispetto alla norma generale che prevede il pensionamento di vecchiaia a 67 anni d'età.

Gli Accordi Collettivi, dei medici di medicina generale prevedono, già, la possibilità di restare in servizio fino a 70 anni di età. L'unica piccola deroga, in casi assolutamente eccezionali, è rappresentata dal medico che, già in possesso del diritto a pensione, rimane a fare il sostituto di se stesso, in zone particolarmente disagiate e per un breve lasso di tempo, in attesa che la Asl di riferimento sia in condizione di nominare un sostituto. Anche per gli specialisti ambulatoriali, era stata ventilata in passato la possibilità di un trattenimento volontario in servizio fino a 72 anni, qualora l'interessato avesse aderito alla APP, il particolare meccanismo di condivisione del proprio impegno orario con un medico neo assunto, in cambio di un parziale anticipo della pensione.

Cancelli aperti per tutti i medici dipendenti che desiderano restare in servizio anche dopo il raggiungimento dei 65 anni di età: era questo il loro limite anche dopo la riforma Fornero. Già il decreto legislativo 502 del 1992 aveva previsto di poter presentare un'istanza che consentiva di superare il limite dei 65 anni, ma soltanto al fine di raggiungere i 40 anni di servizio effettivo e senza mai superare i 70 anni di età. All'inizio del 2020 di fatto è stato, poi, consentito, con una modifica inserita in un decreto Milleproroghe, di restare al lavoro anche dopo il raggiungimento dei 40 anni di servizio. Tuttavia, entro il 2023 potrebbero mancare circa 10mila medici specialisti nelle corsie d'ospedale. Ma in uno scenario più pessimista la carenza potrebbe arrivare a circa 24mila unità, una prospettiva catastrofica non lontana dalla realtà.



PSYCHOSOCIAL RISKS IN THE HEALTH AND SOCIAL CARE SECTOR

1. Introduction

The health and social care sector is one of the largest European sectors, employing around 11% of all workers in the EU (EU-OSHA, 2022a). The sector has grown steadily throughout the past decade and is likely to continue to grow in the near future, given the ageing of the EU population (Eurofound, 2020a; Smit et al., 2020). The Statistical Classification of Economic Activities in the European Community, Rev. 2 (Eurostat, 2008), divides the sector into human healthcare (e.g. hospital, medical and dental care activities), residential care (e.g. elderly, disabled, mental health and substance abuse (nursing) care activities in a residential setting), and social work activities (e.g. social work activities without accommodation for the elderly and disabled, child day-care activities). In this sector, more than three-quarters of the workforce are women and a significant proportion is employed in hospitals (EU-OSHA, 2022a; Eurofound, 2020a). Other workplaces are nursing and care homes, medical practices and patients' own homes. Occupations in this sector are very diverse, ranging from highly educated and well-paid doctors to low-wage nursing assistants.

This article concerns work-related psychosocial risk factors in relation to this group of workers. Psychosocial risks at work are factors linked to the way work is designed, organised and managed, as well as to the economic and social context of work (EU-OSHA, 2007). Examples are a high workload, third-party violence and harassment, irregular working hours, and high emotional job demands (e.g. dealing with pain and dying patients). These factors can lead to stress and serious deterioration of workers' mental and physical health. Consequently, these negative employee outcomes can result in production loss and increasing personnel costs due to absenteeism and personnel turnover at the organisational level (Niedhammer et al., 2021).

The health and social care sector is currently facing a number of challenges. First, due to the **ageing EU population**, the demand for (health) care activities is growing, whereas recruiting new staff is becoming increasingly challenging. Staff shortages are profoundly impacting health and social care organisations, leading to increased workload and financial expenditure due to stress-related employee absenteeism and turnover (Drennan & Ross, 2019; EU-OSHA, 2014a; Van den Heede et al., 2019; Yu et al., 2019). Also, the health and social care workforce itself is ageing. Attempts to extend working life of the general workforce as a solution for staff shortages (i.e. increases in official pension ages) imply extending health and social care workers' exposure to occupational risks. At the same time, in the coming years more employees (including health and social care workers) are likely to develop chronic health problems while still at work, as the prevalence of chronic health problems increases with age (EU-OSHA, 2016a).

Furthermore, as the sector is dominated by women, this brings about additional challenges in relation to occupational health and wellbeing. These include women being more impacted by having a dual role at work and at home (e.g. childcare, domestic work, informal care (EU-OSHA, 2012a)) and physiological changes that come with age (e.g. menopause) (EU-OSHA, 2016b).

Finally, the health and social care sector is recognised as a **high-risk sector** (European Commission, 2011), with workers being exposed to a very wide range of risks to their health and wellbeing. The main occupational risks are: biological risks, which include any form of exposure to biological agents such as blood-transmitted pathogens and infectious biological agents (e.g. COVID-19); chemical risks, including exposure to hazardous medicinal products (e.g. treatment of cancer) and disinfectants; physical risks, such as slips, trips and falls, exposure to noise and ionising radiation; ergonomic risks, for example lifting or static postures during patient handling; as well as psychosocial risks, which are at the core of the present article. Being exposed to physical risks is itself a risk factor for stress. For example, musculoskeletal disorders can contribute to stress and mental overload, and vice versa (EU-OSHA, 2021). This interaction is particularly relevant for the health and social care sector, given the high prevalence of both ergonomic and psychosocial risks.

Medici specializzandi in piazza a Roma «per una dignità lavorativa, retributiva e formativa». Lo "slogan": Siamo medici specializzandi, non schiavizzandi tappabuchi! Riforma subito.

Oltre 300 medici specializzandi provenienti da tutta Italia hanno dato vita il 25 settembre a Roma, come annunciato, alla manifestazione organizzata da Anaaio Giovani, Als e Gmi per sensibilizzare il mondo politico, accademico e civile sui problemi di un'intera generazione di giovani medici e proporre soluzioni adeguate a un tema, quello della formazione degli specialisti del domani.

I giovani medici chiedono di aprire una fase riformatrice che archivi l'attuale inquadramento del medico specializzando, fermo al 1999 e lontano anni luce da tutti i suoi colleghi europei, che in termini di diritti e tutele lo rende più simile a uno studente rispetto che ad un professionista, e soprattutto di esserne co-protagonisti.

«È intollerabile - sostengono i promotori della manifestazione Giammaria Liuzzi (Anaaio Giovani), Massimo Minerva (ALS) e Antonio Cucinella (GMI) - apprendere che sia stato insediato un gruppo di lavoro ministeriale per riformare tale anacronistico inquadramento senza la presenza di nemmeno un giovane medico. Chiediamo con forza e determinazione l'inserimento di nostri rappresentanti in tale gruppo o l'istituzione di un tavolo parallelo da noi composto che lavori in sinergia per evitare di formulare una riforma non all'altezza delle molteplici problematiche vigenti. Non possiamo ipotizzare di veder nascere una riforma delle specializzazioni mediche senza un aumento retributivo, mai indicizzato, che attualmente ammonta a 1300 euro mensili al netto di tasse universitarie, Enpam, Ordine dei medici e assicurazione obbligatoria. Non possiamo tollerare che in futuro il medico specializzando non sia inquadrato come un professionista che si forma anche e soprattutto nei cosiddetti Learning Hospital (Ospedali d'insegnamento non universitari e non solo ammassati in pochi reparti universitari con rapporto giovani medici posti letto 10:1), con la certificazione delle loro competenze come avviene per i dirigenti medici e non attraverso un esame di passaggio annuo che molte volte viene utilizzato come "Spada di Damocle"».

E proseguono: «Non possiamo tollerare la non abolizione delle incompatibilità per gli specializzandi che pretendono, in assenza di una indennità di esclusività, di essere padroni del proprio tempo. Senza tutto ciò, non si risolverà mai la carenza di specialisti in quelle branche come la medicina d'emergenza: l'aumento degli ingressi a medicina e il maggiore finanziamento di contratti di formazione Meu non risolverà il problema, occorre una riforma strutturale con al centro lo specializzando Meu, al quale non si può chiedere di fare da tappabuchi a 1300 euro con zero diritti e tutele e lavorando a fianco di gettonisti che percepiscono anche 700 euro al giorno!».

Per ciò che concerne l'attuale concorso di specializzazione, i giovani medici scendono in piazza per «pretendere la pubblicazione dei questionari anonimi di valutazione suddivisi per singola specialità: la nostra richiesta, oltre ad essere una battaglia di trasparenza contro chi fa ostruzionismo per non far palesare le innumerevoli problematiche, è fondamentale per dare uno strumento oggettivo ai futuri specializzandi nella scelta della specialità a loro più consona ed evitare di avere anche quest'anno migliaia di contratti assegnati e poi abbandonati».

Inoltre, aggiungono, «a causa dell'ennesima inefficienza di alcuni funzionari, c'è stato anche quest'anno ritardo sul cronoprogramma stabilito dal bando e pertanto i neo Specializzandi avranno solo 14 giorni per doversi trasferire e trovare casa e avranno infine meno scaglioni straordinari per potersi vedere assegnata la scuola a loro più consona: pretendiamo una proroga della presa di servizio per evitare l'ennesimo disservizio ai danni dei giovani medici e per minimizzare i contratti che inevitabilmente andranno non assegnati.

«Siamo pronti, in mancanza di una reale e fattiva volontà di confronto, a organizzare manifestazioni in tutte le facoltà italiane e organizzare diverse giornate di assenza di tutti gli specializzandi dai reparti, dimostrando che senza di loro migliaia di reparti universitari collaserebbero perché noi Specializzandi, contrariamente a quanto stabilito dalla legge, sostituiamo integralmente il personale medico di ruolo».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-09-25/medici-specializzandi-piazza-roma-per-dignita-lavorativa-retributiva-e-formativa-slogan-aiamo-medici-specializzandi-non-schiavizzandi-tappabuchi-riforma-subito-135738.php?uuid=AFfKYWz&cmpid=nlqf>



FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

Calo iscrizioni, FNOPI: senza cambi di rotta a rischio l'articolo 32 della Costituzione

Disponibile online dal 12/09/2023

Il trend nei corsi di laurea in infermieristica

Confronto tra posti disponibili, domande e laureati

● CANDIDATI ● POSTI DISPONIBILI ● LAUREATI

Fonte: Il Sole-24 Ore



(*) Per gli ultimi 4 anni i laureati sono stimati sui posti a bando di 3 anni prima. Fonte: Ministero Università, Regioni, Fed. Fnoipi e Università

Calano ancora le domande di accesso ai corsi di laurea di Infermieristica: in alcuni atenei, per la prima volta, non raggiungono nemmeno il numero di posti a bando.

La riduzione media è del -10% medio rispetto allo scorso anno accademico (con il rapporto minimo domande/posti che il Paese abbia mai registrato): -12,6% al Nord, -15% al Centro e -5,7% al Sud **(dati rilevati da Angelo Mastrillo, docente in organizzazione delle Professioni sanitarie dell'Università di Bologna)**.

Per questo la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI) lancia l'allarme: "Senza infermieri l'Italia non avrà più un SSN degno di questo nome, ci aspetta una lunga stagione assistenziale e non saremo più in grado di garantire salute a tutti. È una prospettiva concreta, reale, che comporta perdite economiche, sociali, oltre che un restringimento dei diritti civili".

La FNOPI chiede un intervento deciso e non più rinviabile delle istituzioni e, a fronte della situazione di fortissimo rischio, fissa i paletti inderogabili per il recupero dell'assistenza.

Le proposte della FNOPI

È necessario che la "questione infermieristica" sia affrontata nella sua totalità, sottolinea la Federazione. La sfida odierna sulla carenza di infermieri va affrontata, oltre che quantitativamente con l'offerta formativa, anche qualitativamente con l'evoluzione degli attuali percorsi formativi offerti ai giovani futuri infermieri, "i veri garanti dell'assistenza".

Per invertire la rotta è necessario e non più rinviabile:

1. il finanziamento delle lauree magistrali abilitanti a indirizzo clinico per avere infermieri specialisti in grado di gestire una filiera assistenziale composta da più professionisti con livelli di competenze diversificate per rispondere ai bisogni sempre più complessi della popolazione;
2. il finanziamento dei docenti infermieri (necessari a garantire la qualità formative e quindi dell'assistenza) che devono rientrare sotto il governo del ministero dell'Università e non più, come indica il Dlgs 502/1992, sotto quello delle aziende;
3. la revisione dei criteri di accesso ai corsi di laurea triennali (test di ammissione separato con nuove modalità; autonomia e specificità della selezione al corso).

La Federazione degli infermieri chiede un cambio immediato dei modelli organizzativi con maggiore autonomia infermieristica e una nuova riqualificazione, il riconoscimento della branca assistenziale infermieristica nei LEA e nuovi sbocchi di carriera e professionali.

E naturalmente la retribuzione. Va aumentato subito il potere contrattuale e creata un'area contrattuale separata. Va aumentata anche l'indennità di specificità infermieristica di almeno il 200% (216 euro lordi/mese).

Per la distribuzione geografica degli infermieri e per evitare fughe sull'asse Nord-Sud (così come all'estero) si deve poi intervenire subito sulle modalità di reclutamento e ingaggio per coprire sia i singoli servizi sia le singole aree geografiche con i più giusti e motivati professionisti, in coerenza con le competenze e le specializzazioni grazie a concorsi mirati e infungibilità.

“Nessuna altra soluzione – dichiara la presidente della FNOPI, Barbara Mangiacavalli – può essere ritenuta adeguata se prima non saranno messe in atto queste nuove misure strutturali. Senza un deciso e immediato cambio di rotta è a rischio l'applicazione dell'articolo 32 della Costituzione”.

La situazione attuale: i rischi e le prospettive future senza interventi

Per la FNOPI in questo senso, i problemi da affrontare sono tre: rispetto alla demografia, il calo di giovani che porterà inevitabilmente a una riduzione dei possibili candidati futuri; la necessità che la professione abbia sbocchi di carriera e professionali strutturati e costanti; l'aumento del costo della vita, che rende le scelte dei giovani più “stanziali”, scoraggiando la mobilità universitaria in regioni distanti da quella di residenza.

E ovviamente la retribuzione tra le più basse d'Europa completa il quadro negativo: in Italia vale il 23% in meno rispetto alla media OCSE.

I numeri della carenza infermieristica ormai sono evidenti: la Corte dei conti nella sua memoria al NADEF 2022 l'ha ufficializzata in -65.000 unità e con il decreto 77/2022 di riordino dell'assistenza sul territorio (per attuare il PNRR) ne servono almeno altri 20.000 (quelli di famiglia e comunità).

Nei prossimi anni poi la situazione è destinata a peggiorare: i 10.000 pensionamenti annui di infermieri dal 2029 raddoppieranno; quasi 30.000 infermieri italiani sono andati all'estero per le scarse prospettive del nostro Paese (e la formazione di ognuno è costata in media allo Stato circa 30.000 euro) e ne continuiamo a perdere circa 3.000-3.500 ogni anno.

Al contempo, rileviamo oltre 13.000 infermieri stranieri in servizio, a vario titolo, sul territorio nazionale senza iscrizione agli Ordini e senza i dovuti controlli sulla conoscenza della lingua (in virtù delle deroghe previste da decreti emergenziali), che quindi lavorano in un contesto di totale insicurezza delle cure.

È cambiato il modo di fare sanità, ma gli standard ancora no: gli ultrasessantacinquenni sono il 25% della popolazione e a loro, come alle altre categorie di cittadini servono poche e puntuali prestazioni cliniche e lunghe stagioni assistenziali che solo gli infermieri possono garantire, conclude la FNOPI.

Introduzione

Cosa si è appreso sul valore del personale infermieristico durante la pandemia di COVID-19? Sebbene ci siano stati anni in passato in cui l'offerta di infermieri ha superato la domanda in tutti gli ambienti clinici e comunitari, e ci sono stati periodi in cui i titoli infermieristici sono aumentati per soddisfare le richieste di salute della popolazione o di operazioni cliniche, le rapide interruzioni della forza lavoro sperimentate durante la pandemia sono state impareggiabile (Penn Nursing, Penn Nursing, Penn Nursing). Il valore è stato tradizionalmente misurato dalla capacità di quantificare numericamente i benefici di un prodotto (assistenza infermieristica in questo caso) rispetto al suo costo (o ciò che il mercato sarebbe disposto a pagare per averlo)

(Porter-O'Grady, 2023). Durante la pandemia, i benefici dell'assistenza infermieristica erano chiari a gran parte del pubblico (Clarke, 2020). Tuttavia, le dimissioni degli infermieri e i pensionamenti anticipati associati al COVID-19 hanno causato un aumento rapido e improvviso dei costi di sostituzione di un infermiere, sconvolgendo le precedenti ipotesi sul valore economico dell'assistenza infermieristica. Molto rapidamente, i sistemi sanitari sono stati costretti a pagare da 2 a 3 volte di più rispetto agli stipendi pre-pandemia per un infermiere che prestasse assistenza. All'improvviso si è visto che l'assistenza infermieristica aveva più valore di quanto i sistemi sanitari potessero permettersi, e il potenziale degli infermieri di interrompere l'intera sostenibilità economica dei sistemi sanitari è diventato evidente (, 2023, Farmer, 2021, Hilgers, 2022, Yong, 2021).

Anche prima della pandemia, era ampiamente accettato che gli infermieri svolgessero un ruolo importante nel fornire risultati assistenziali positivi e che i sistemi sanitari traessero vantaggio da tali risultati (Bozdogan Yesilot, 2016, Cleveland et al., 2019, Crocker e Johnson, 2014). Tuttavia, esiste un ampio divario tra le esperienze positive vissute da molte persone con l'assistenza infermieristica e il valore misurato di tali esperienze nelle pratiche contabili dell'assistenza sanitaria. Cioè, anche se i membri del pubblico esprimono costantemente i più alti livelli di fiducia nei confronti degli infermieri (rispetto ad altri professionisti sanitari), i dati sanitari e le pratiche di fatturazione che premiano tale fiducia tendono a escludere o travisare l'assistenza infermieristica (, 2017, Reinhart, 2020). , Yakushava et al., 2020).

Questi sistemi – che sono modellati dalle pratiche di rendicontazione delle strutture ai pagatori esterni – contribuiscono a far sì che l'assistenza infermieristica venga vista come un onere di costo piuttosto che come una risorsa nella contabilità sanitaria. Anche quando i rimborsi esterni non devono necessariamente influenzare direttamente le pratiche contabili interne, spesso vediamo che le relazioni con i pagatori informano gli stanziamenti di bilancio per l'assistenza sanitaria. La percezione dell'assistenza infermieristica come un onere di costo può contribuire a un sottoinvestimento nei servizi infermieristici, negli stipendi e nelle carriere (Aiken, 2008, Lasater, 2014).

Queste pratiche non tengono conto dei modi in cui la presenza degli infermieri in ambito clinico previene e mitiga il rischio finanziario per i sistemi sanitari (Bozdogan Yesilot, 2016, Cleveland et al., 2019, Crocker e Johnson, 2014). In tutti i contesti, gli infermieri sono i guardiani della sicurezza: la sorveglianza infermieristica mantiene i pazienti fuori pericolo, i loro controlli sistematici prevengono eventi sentinella e la formazione che forniscono aiuta le persone a evitare riammissioni. La capacità degli infermieri di comprendere i pazienti in modo olistico, creare fiducia e fornire cure altamente tecniche protegge dalle perdite umane e finanziarie (Cleveland et al., 2019).

Allo stesso tempo, un'assistenza infermieristica efficace è una funzione del personale infermieristico, delle conoscenze e del contesto adeguati. Personale adeguato significa impiegare un numero sicuro di infermieri e garantire che tali infermieri abbiano le conoscenze e le competenze necessarie, nonché il tempo, i materiali e le risorse istituzionali necessarie per fornire cure complesse.

Tuttavia, più spesso, le pratiche contabili sanitarie trattano gli infermieri come "ingranaggi della ruota", parti intercambiabili con valore fisso (Lasater, 2014). I singoli infermieri poi si assumono la responsabilità di superare o aggirare l'allocazione inappropriata del personale e delle risorse che non supportano le loro realtà cliniche. Ironicamente, in quanto tale, è improbabile che gli infermieri possano contribuire con tutto il loro valore economico ai sistemi sanitari (Griffiths et al., 2018).

L'Emory Business Case for Nursing Summit del 2022 ha discusso le riforme politiche, normative e aziendali necessarie per risolvere le crisi della forza lavoro infermieristica, inclusa la riconcettualizzazione del valore infermieristico (Nell Hodgson Woodruff School of Nursing [NHWSN], 2022). Guidato dalla Emory Nell Hodgson Woodruff School of Nursing e dalla Emory Goizueta Business School, l'evento di una giornata comprendeva tavole rotonde sui temi della produzione, distribuzione, resilienza e massimizzazione del valore potenziale della forza lavoro (NHWSN, 2022).

L'argomento di ciascun pannello corrispondeva a un pilastro del quadro delle politiche della forza lavoro sanitaria sviluppato da Beck et al. (2021). Questo documento cattura le discussioni del quarto panel, Massimizzare il valore potenziale infermieristico, con un focus principalmente sulle cure acute e sui contesti ospedalieri. Riassumiamo i tre principali punti salienti del vertice che possono aiutare a migliorare le crisi in corso della forza lavoro e a massimizzare il potenziale valore dell'assistenza infermieristica.

Vale a dire, raccomandiamo la creazione di un sistema di fatturazione federale inclusivo per l'assistenza infermieristica, il miglioramento degli stipendi infermieristici progettando/testando modelli di compensazione informatizzati dagli infermieri e la creazione di un'infrastruttura professionale infermieristica centralizzata.

Creare sistemi di fatturazione dell'assistenza sanitaria inclusivi per l'assistenza infermieristica

Il settore sanitario poggia su una base di dati di fatturazione vasta e in continua espansione (McKinsey and Co, 2015, Singhal et al., 2020, 23 giugno). Quasi ogni interazione, procedura, test, ecc. viene contabilizzata, codificata e inserita in almeno un database. Questi sistemi di acquisizione dati corrispondono a sistemi di pagamento che determinano quanto gli ospedali e i sistemi sanitari vengono rimborsati per i loro servizi. Storicamente, lo sviluppo di questi sistemi di fatturazione e pagamento è stato effettuato prevalentemente da organizzazioni mediche in collaborazione con agenzie federali (, 2019, Dave, 2022). L'assistenza infermieristica non era solitamente rappresentata nelle delibere. Di conseguenza, la maggior parte dei sistemi di acquisizione dei dati e di pagamento riflettono presupposti errati riguardo all'assistenza infermieristica.

In netto contrasto, quando un medico esegue una procedura che richiede più tempo, più conoscenze o più supporto da parte del team rispetto al normale, viene pagato di più. Ogni volta che un medico valuta un paziente o esegue una procedura, uno specialista della fatturazione medica sceglie un codice CPT (Current Procedure Terminology) corrispondente per richiedere fondi all'assicuratore del paziente.

Il governo federale assegna valori diversi a ciascun codice CPT, con un contributo sostanziale da parte dei medici (Chan e Dickstein, 2019, Dave, 2022). Con questi codici è possibile tracciare le azioni dei medici a livello granulare, associandole non solo ai costi ma anche ai risultati assistenziali e alle metriche di qualità. Poiché gli infermieri registrati a pratica avanzata (APRN) condividono un ambito di pratica sovrapposto con i medici, a volte compaiono in questi calcoli.

Tuttavia, i loro contributi vengono più spesso persi nell'ambito di pratiche di fatturazione complesse. Patel et al. (2022) hanno stimato che nel 2018, 30,6 milioni di visite agli APRN e agli assistenti medici sono state fatturate come se il paziente avesse visitato un medico (Patel et al., 2022). Pratiche di "fatturazione nascosta" come queste sono costose perché imprecise ed errate.

Secondo Patel et al., l'eliminazione della fatturazione nascosta o indiretta avrebbe fatto risparmiare a Medicare 194 milioni di dollari solo nel 2018, spingendo alcuni politici a proporre di eliminare completamente questa pratica. Sulla base dei loro risultati, Patel et al. hanno fatto eco alle raccomandazioni per eliminare la fatturazione nascosta. Finché la più grande forza lavoro sanitaria rimarrà invisibile o solo parzialmente visibile nella fatturazione ospedaliera, il suo valore percepito e misurato rimarrà poco chiaro a molti (Chan et al., 2023, Lasater, 2014, Patel et al., 2022).

Poiché la fatturazione sanitaria e le pratiche di raccolta dati sono interconnesse in una miriade di modi dal livello locale a quello nazionale, le riforme sulla fatturazione e sulla raccolta dati dovrebbero avvenire in modo unificato e nazionale. Il governo federale è ben posizionato per guidare tali riforme e ha un interesse unico nell'acquisire dati sanitari più precisi. Quando le funzioni degli infermieri registrati (RN) e degli APRN non sono visibili negli incontri con i pazienti, vengono rimossi dai sistemi federali di monitoraggio della qualità (Buerhaus et al., 2018). Questa assenza può avere un impatto sui rapporti e sui briefing federali, sugli stanziamenti di bilancio del Congresso, sulla riscossione delle tasse sull'assistenza sanitaria, sui dibattiti delle autorità pratiche e altro ancora. È possibile che il governo federale guidi questo lavoro perché i Centri per i servizi Medicare e Medicaid (CMS) già raccolgono dati e rimborsano i servizi all'interno e tra le strutture a livello nazionale. CMS possiede l'infrastruttura e l'interoperabilità necessarie per acquisire e condividere i dati infermieristici tra istituzioni e confini statali (, 2019, , 2020). Inoltre, CMS è posizionata per aprire la strada alle riforme dei dati con relativa facilità, rispetto ad altre entità, grazie al suo ruolo formativo negli standard nazionali di raccolta dati (CMS, 2019). CMS e altre agenzie federali impegnate nella fatturazione sanitaria e nella governance dei dati non possono operare in isolamento: devono collaborare con infermieri, leader infermieristici e leader delle aziende sanitarie per garantire che le pratiche di fatturazione e raccolta dati riflettano le realtà cliniche.

Progettare modelli retributivi incentrati sull'assistenza infermieristica

Le strategie per migliorare la retribuzione infermieristica devono avere un posto di rilievo in qualsiasi soluzione per la forza lavoro proposta in questa serie. Come accennato in precedenza, se vogliamo istituire sistemi di dati infermieristici inclusivi, ne consegue che la retribuzione infermieristica potrebbe essere aggiornata o aumentata in base ai costi e ai risultati di qualità. Quali sono i pro e i contro di questo approccio?

La compensazione basata sul rimborso è stata esplorata al vertice di Emory ed è stata un punto di discussione costante nel dialogo nazionale sulle riforme della compensazione (Pittman et al., 2021, Zigrang, 2022). Il quarto panel ha menzionato modelli emergenti, come il modello di pagamento alternativo di CMS, che crea incentivi finanziari per i fornitori per fornire assistenza migliore a costi inferiori (CMS, 2016a). È stato discusso anche il sistema di pagamento di incentivi basato sul merito (MIPS), un programma Medicare che utilizza un punteggio composito per determinare se un fornitore deve ricevere un bonus, un aggiustamento o una penalità di pagamento (CMS, 2016b).

Questi punteggi vengono calcolati utilizzando le metriche dei risultati nelle categorie di prestazione correlate a costi e qualità. I modelli di compensazione non basati sul rimborso includono programmi interni di retribuzione in base alle prestazioni, programmi di scala clinica e retribuzione basata sulle attività o sul volume (Pittman et al., 2021). La scarsità di prove sui modelli retributivi nuovi, esistenti e proposti è sorprendente; a nostra conoscenza, non esiste un gold standard basato sull'evidenza nella compensazione dei medici. Gli studi retributivi esistenti tendono a concentrarsi principalmente sulle strutture di incentivi per i medici, oppure escludono gli infermieri. Pertanto, piuttosto che sostenere un unico modello retributivo, raccomandiamo i seguenti approcci per progettare e testare le riforme retributive infermieristiche.

Adotta una lente infermieristica-first

In primo luogo, invitiamo i sistemi sanitari ad affrontare le riforme retributive attraverso una prospettiva infermieristica, basata sulla teoria del capitale umano, come proposto da Henderson (2019). La teoria del capitale umano sostiene che i mercati del lavoro sperimentano forze di domanda e offerta come qualsiasi altro e che i datori di lavoro traggono benefici finanziari quando investono nella salute mentale, fisica e finanziaria dei propri dipendenti. In parole povere, la retribuzione è il motore principale delle forze del mercato del lavoro e "l'unico modo per garantire un'adeguata offerta di RN è offrire una retribuzione adeguata" (Henderson, 2019, 4.1, para 1).

Alcuni dei sistemi sanitari di maggior successo hanno sperimentato questo fenomeno. L'abbandono degli infermieri impiegati dai sistemi durante la pandemia non è stato distribuito equamente: alcune organizzazioni hanno perso dipendenti a ritmi maggiori rispetto ad altre. Sono necessari studi per identificare i fattori che hanno previsto un tasso di fidelizzazione più elevato e nuove assunzioni durante la pandemia.

Ciò che sappiamo è che una compensazione inadeguata o disparata alimenta il disimpegno, il risentimento e le dimissioni infermieristiche (Brennan et al., 2022, Henderson, 2019, Li et al., 2021a, Tuna e Sahin, 2021). Nel 2022, Bacon e Stewart hanno scoperto che gli importi dei compensi erano direttamente correlati alla soddisfazione lavorativa degli infermieri, con un aumento della soddisfazione punto per punto per ogni \$ 1.200 aggiuntivi guadagnati da un infermiere. Tra gli infermieri meno soddisfatti e tra quelli che contemplavano attivamente le dimissioni, il compenso è stato citato come la principale fonte di insoddisfazione (Bacon & Stewart, 2022).

La retribuzione potrebbe non essere l'unico o il più importante fattore su cui gli infermieri valutano quando considerano un ruolo, ma una retribuzione inadeguata può aumentare le molte altre sfide che gli infermieri devono affrontare (Bacon & Stewart, 2022; Liu et al., 2022).

La pandemia ha sottolineato il potere dei salari: segmenti della forza lavoro infermieristica si sono spostati verso posizioni contrattuali a causa, in gran parte, di una manna di incentivi finanziari. La recente pubblicazione di dati che rivelano ingenti oneri di costi amministrativi per gli ospedali ha alimentato la difesa degli infermieri a favore di riforme retributive (Bai e Zare, 2020, Du et al., 2018, Scott, 2023, Wang e Anderson, 2021).

Ad esempio, l'attenzione dei media nazionali è stata prestata alle differenze tra la crescita salariale dell'amministratore delegato (CEO) dell'ospedale e quella degli infermieri tra il 2005 e il 2012. In 10 anni, il divario salariale è aumentato da 23:1 a 44:1, con il CEO raddoppio del risarcimento durante quel periodo (Bai e Zare, 2020, Du et al., 2018, Scott, 2023, Wang e Anderson, 2021).

Ascolta le esigenze degli infermieri

Visualizzare le riforme retributive attraverso una lente incentrata sull'assistenza infermieristica significa ascoltare e dare priorità ai bisogni infermieristici quando si progettano e testano strategie retributive (Li et al., 2021b, Zigrang, 2022). I leader e i manager infermieristici dovrebbero lavorare direttamente con gli infermieri per valutare ciò che conta di più per loro, e alcune pratiche di base dovrebbero essere previste come norma universale:

- Gli infermieri delle unità con risultati eccezionali nella cura dei pazienti dovrebbero essere premiati finanziariamente.
- Le cattive condizioni di lavoro dovrebbero essere affrontate per prime e non si dovrebbe consentire loro di impedire agli infermieri di raggiungere i parametri di riferimento delle prestazioni.
- La promessa di ricompense corrisposte e concordate non dovrebbe mai essere tardiva, incompleta o effettuata in modi ingiusti (ad esempio perpetuando divari retributivi) (Li et al., 2022b; supportato da Bacon & Stewart, 2022).
- Se i parametri di prestazione sono una componente della retribuzione degli operatori, gli infermieri dovrebbero aiutare a identificare i parametri che sono produttivi e riflettono le realtà cliniche (Buckley et al., 2022, Li et al., 2021b, Zigrang, 2022).

Al di là di queste aspettative di base, i sistemi di pagamento dovrebbero essere progettati per soddisfare gli incentivi finanziari e professionali desiderati dagli infermieri. Ad esempio, alcuni infermieri sono motivati ad assumere compiti

aggiuntivi per guadagnare somme in dollari, mentre altri apprezzano uno stipendio base dignitoso che non dipenda dal sacrificio del tempo familiare e di altre responsabilità.

Gli importi delle ricompense dovrebbero essere basati sulla consapevolezza che gli infermieri possono guadagnare un reddito supplementare in molti modi. Il rapporto sulla compensazione 2022 di Medscape ha indicato che il 33% degli infermieri professionali intervistati effettua turni extra per sbarcare il lunario, il 12% svolge turni di guardia, il 12% ha accettato ruoli di caposala, il 12% era precettore, il 7% insegnava e il 10% era svolgere un lavoro extra al di fuori dell'assistenza infermieristica (Robbins, 2022).

Questi numeri indicano sia un forte bisogno infermieristico di reddito supplementare sia una serie di opzioni concorrenti per il tempo degli infermieri. I modelli retributivi dovrebbero garantire che sia la retribuzione base che il reddito bonus siano competitivi con le opportunità di retribuzione rapida e contanti a cui gli infermieri possono facilmente accedere (come la gig economy e il lavoro assistenziale non tassato).

Gli infermieri possono esplorare le possibilità di modelli retributivi misti o ibridi che consentiranno molteplici modi di guadagnare, come una combinazione di incentivi orari, di progetto e di prestazione.

Dovrebbero essere presi in considerazione anche tipi misti di incentivi, come ferie e giorni di malattia bonus, voucher per l'assistenza all'infanzia, rimborso del prestito studentesco e altro ancora. Gli infermieri e i sistemi sanitari dovrebbero concordare di valutare e perfezionare i modelli retributivi rispetto a parametri di riferimento specifici. Le valutazioni dovrebbero includere misure di soddisfazione degli infermieri, del datore di lavoro e del paziente.

Le metriche del benessere infermieristico e il feedback qualitativo dovrebbero avere un posto di rilievo nei rapporti di valutazione. Le riforme retributive dovrebbero contribuire a promuovere un senso di benessere e sicurezza tra gli infermieri, senza indurre uno stress finanziario tossico oltre ai sentimenti esistenti di burnout e disagio morale. In questo modo, le riforme retributive incentrate sull'assistenza infermieristica possono garantire la realizzazione personale e migliorare l'identità professionale ancorata allo scopo tra gli infermieri. Infine, è fondamentale che le strategie retributive non aumentino la documentazione infermieristica o gli oneri amministrativi e che agli infermieri siano fornite le risorse necessarie per soddisfare con successo le aspettative.

Rafforzare l'infrastruttura professionale nazionale

La dimensione del personale infermieristico è un punto di forza e può rappresentare una sfida. Gli RN e gli APRN costituiscono il segmento più ampio della forza lavoro sanitaria, superando in numero i medici e gli altri colleghi con un margine significativo (, 2022a, , 2022b). Attualmente, le questioni politiche, legali, normative e di governance dei dati dell'assistenza infermieristica sono rappresentate da una serie di organizzazioni professionali, come l'American Nurses Association (ANA), l'American Academy of Nursing (AAN), la National League for Nursing (NLN), l'American Association of Colleges of Nursing (AACN) e l'American Organization for Nursing Leadership (AONL), oltre a un gran numero di enti focalizzati sulle specialità nella pratica e nell'istruzione (, 2023, , 2021, , 2023, , 2023, , 2022). Sfortunatamente, i gruppi non sempre si sostengono a vicenda nelle direzioni politiche e il loro potere politico è diviso (Chiu et al., 2021, Miyamoto e Cook, 2019). Inoltre, l'assistenza infermieristica è regolamentata in 50 singoli stati, con politiche diverse per la formazione infermieristica, la preparazione dei docenti e la pratica infermieristica.

Il Tri-Council for Nursing è stato fondato quattro decenni fa con l'obiettivo di affrontare questo decentramento (Redman et al., 1991, Tri-Council for Nursing, 2023). È stato istituito per aiutare ad allineare gli sforzi delle principali organizzazioni professionali infermieristiche i cui valori e missioni condividono somiglianze. Oggi, i Consigli infermieristici di AACN, ANA, NLN, AONL e del Consiglio nazionale di Stato compongono il Tri-Council for Nursing (Tri-Council for Nursing, 2023). Questo organismo si riunisce regolarmente "allo scopo di dialogare e costruire consenso, per fornire una buona amministrazione all'interno della professione infermieristica" (Tri-Council for Nursing, 2023, para 1). Tuttavia, permangono ostacoli a un'efficace centralizzazione infermieristica (Chiu et al., 2021, Miyamoto e Cook, 2019). Una delle principali sfide è il fatto che altre specialità infermieristiche e organizzazioni professionali, a volte, possono contraddire o duplicare gli sforzi del Tri-Council, a seconda della questione in questione. Un'esperienza comune dei leader presenti all'Emory Summit è stata il fenomeno dei politici locali e dei legislatori statali che si sono rivolti a

loro per ricevere guida nell'affrontare le pressioni contrastanti provenienti da più gruppi infermieristici. Una recente revisione di scoping illustra le sfide che le organizzazioni infermieristiche continuano ad affrontare nel raggiungere l'unità necessaria per influenzare le politiche e le normative (MacDonald et al., 2012; riflesso anche in Chiu et al., 2021).

Anche all'interno della Veterans' Health Administration (già un sistema sanitario nazionale integrato), esiste una rete diversificata di collegi elettorali infermieristici con esigenze, considerazioni, leggi e regolamenti sulla pratica diversi. In un tentativo di centralizzazione, il Dipartimento per gli affari dei veterani (VA) è andato avanti affermando il proprio diritto a (a) consentire agli operatori sanitari VA, compresi gli infermieri, di esercitare liberamente la professione in tutti gli stati e (b) di sviluppare standard di pratica nazionali. La VA afferma che un'infrastruttura professionale nazionale centralizzata aiuterà a garantire un'assistenza sicura e di alta qualità per i veterani della nazione, indipendentemente dal luogo in cui si trovano. La leadership del VA, la Veterans Health Administration (VHA) e gli uffici del programma VHA stanno ora collaborando per sviluppare questi standard nazionali (Department of Veterans Affairs, 2022). Poiché questa mossa aumenterà la portata della pratica infermieristica in alcune località, è stata accolta con resistenza da parte delle organizzazioni professionali dei medici come una minaccia alla sicurezza dei pazienti.

Mentre il voto e il potere economico degli infermieri superano quello dei medici, l'American Medical Association, con il suo potere centralizzato e i suoi collegi elettorali, supera ripetutamente l'assistenza infermieristica nei circoli politici e normativi (Starr, 2017). L'assistenza infermieristica dovrebbe esplorare strategie per centralizzare gli sforzi delle sue organizzazioni professionali e specialistiche. Gli approcci potrebbero includere:

Istituire un gruppo federale di supervisione infermieristica per coordinare gli sforzi dei gruppi nazionali, statali e specializzati, nonché dei consigli statali,

- Formare coalizioni di organizzazioni infermieristiche per scopi specifici,
- Integrazione, aggregazione e condivisione della governance dei sistemi di dati delle organizzazioni infermieristiche,
- Sviluppare partenariati con organizzazioni mediche e altre organizzazioni professionali alleate.

Ci sono state coalizioni efficaci come la rete LACE (Licensure, Accreditation, Certification, and Education), che governa l'assistenza infermieristica a pratica avanzata e stabilisce standard per nazionalizzare la preparazione educativa degli infermieri a pratica avanzata (rete APRN LACE). Tuttavia, questa coalizione si ferma di fronte alle sfide della preparazione infermieristica. È limitato in termini di capacità di influenzare il cambiamento riguardante la distribuzione infermieristica, l'ambito della pratica e l'impiego di infermieri con pratica avanzata all'interno dei sistemi sanitari. Tuttavia, ci sono vantaggi nell'approccio basato sulla coalizione; ciascun attore della rete LACE ha un ruolo distinto, ma è influenzato o supervisionato l'uno dall'altro. Il risultato è che nessuno può portare avanti i propri interessi senza un consenso più ampio. Sistemi di pesi e contrappesi concordati di comune accordo come questo dovrebbero essere presi in considerazione nello sviluppo di strategie unificanti.

È importante notare che l'attuale decentralizzazione dell'assistenza infermieristica – sebbene si traduca in una voce incoerente per la professione – ha, a volte, consentito rapidi cambiamenti e imprenditorialità (Fairman, 2009). La mancanza di un controllo uniforme dei percorsi formativi e dei modelli di pratica infermieristica ha consentito ai sistemi di innovare nuovi modelli di formazione e assistenza.

Alcuni di questi modelli hanno superato i regolatori federali, come descrive eloquentemente Fairman nel suo libro "Making Room in the Clinic". Fairman discute del movimento degli infermieri professionali e di come questo abbia contribuito al cambiamento della definizione di assistenza medica.

Questo esempio illustra come l'assistenza infermieristica possa sfruttare le proprie dimensioni e i vari interessi come punto di forza. Tuttavia, le organizzazioni infermieristiche che rappresentano questi diversi interessi devono lavorare insieme per sostenere le innovazioni e le riforme, non per ostacolarle. Non possono essere così discordanti da far sì che altri gruppi di professionisti sanitari o politici siano in una posizione migliore per parlare a nome dell'assistenza infermieristica o per risolvere le sfide infermieristiche.

Costruire infrastrutture professionali attraverso la centralizzazione dell'autorità infermieristica significa amplificare in modo importante le voci degli infermieri nelle questioni politiche. Può razionalizzare gli sforzi che richiedono la cooperazione interstatale, come licenze nazionali flessibili e ambiti di pratica standardizzati.

Una mossa importante e progressista sarebbe la creazione di un'entità globale focalizzata interamente sulle questioni relative alla forza lavoro che potrebbe pubblicare dichiarazioni politiche riguardanti le riforme della forza lavoro e il valore dell'assistenza infermieristica. Idealmente, tale entità sarebbe strutturata a livello federale all'interno del Dipartimento della sanità e dei servizi umani.

Conclusioni

Nel sistema sanitario americano basato sui dati e sui costi, il cambiamento non può andare avanti senza una chiara comprensione del valore. Ognuna delle diverse raccomandazioni dei panel per le riforme della forza lavoro

infermieristica richiederà dati sul potenziale di risparmio sui costi o di generazione di entrate dei servizi infermieristici per i sistemi sanitari.

L'invisibilità dell'assistenza infermieristica nei dati e nei sistemi di fatturazione è, quindi, una questione critica alla radice di molti ostacoli verso un futuro infermieristico sicuro e sostenibile.

Dagli investimenti nelle aree di pratica al personale sicuro e sostenibile e altro ancora, l'assistenza infermieristica dovrà presentare al tavolo delle trattative proposte basate sui dati.

Gli infermieri, l'assistenza sanitaria e i leader aziendali hanno l'opportunità di collaborare nella progettazione e sperimentazione di riforme sanitarie basate su una chiara comprensione del valore infermieristico. Un'autorità centralizzata sarà determinante nell'aumentare gli sforzi degli infermieri sostenendo i cambiamenti politici e normativi necessari per massimizzare il valore potenziale della forza lavoro infermieristica.

<https://www.fnopi.it/2023/09/12/domande-iscrizioni-universita/>

quotidianosanità.it

Infermieri e (possibili) assistenti per la salute: riflessioni giuridiche e organizzative

di Giannantonio Barbieri e Annalisa Pennini

12 SET - **Gentile Direttore,**

ormai è un argomento dei nostri tempi, ossia il fatto che sono in tanti, a volte troppi, coloro che sono chiamati ad occuparsi di temi e di argomenti che non conoscono a fondo. E ciò avviene in molti settori, ma quando questo si verifica in un campo delicato come quello della salute, della malattia, della cura e della professionalità di chi si prende cura delle persone, ebbene, questo deve preoccupare.

Ci riferiamo e riprendiamo il tema affrontato su queste pagine pochi giorni fa dal Dott. Francesco Falli, Presidente dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche della Provincia di La Spezia, che ha definito "impressionante" la proposta di legge finalizzata alla istituzione della figura professionale dell'assistente per la salute.

Leggendo il testo del disegno di legge di iniziativa del deputato De Palma le perplessità che sorgono sono davvero tante, a partire dall'affermazione che l'assistente per la salute sarebbe una figura che dovrebbe permettere, tra le altre, di risolvere il problema della carenza infermieristica. L'ennesima ricetta magica. Come a dire: siccome mancano i Medici di Medicina Generale, creiamo una figura diversa, a cui attribuiamo competenze mediche "di base" e facciamo in modo che svolga le funzioni mediche di "primo livello", in modo da risolvere il problema.

Qualcosa non torna. Perché nella proposta di legge in questione, come afferma Francesco Falli, si fa largo uso del "copia e incolla". Prendiamo un po' di competenze infermieristiche, un po' di attribuzioni riconosciute all'OSS, inseriamo alcune mansioni del vecchio infermiere generico e creiamo un profilo che rischia di creare più problemi di quanti ne vuole risolvere. Come dire: è peggio la pezza del buco.

E così viene fuori la figura dell'assistente per la salute. Che non potrà (mai) essere un professionista sanitario, visto il divieto in tal senso posto dall'art. 5 della Legge n. 43/2006. E quindi rientrerà nella cerchia delle professioni sociosanitarie, come individuate dall'art. 5 della L. n. 3/2018, che già ricomprende l'operatore socio sanitario.

Ma abbiamo bisogno di sanitari! Invece, il rischio, è quello di trovarsi alla presenza di un ibrido, di una sorta di innesto disarmonico che pesca a piene mani tra vari profili e confuse attribuzioni. E infatti, nascono le "funzioni infermieristiche di primo livello". Ci si chiede, allora, quali siano le "funzioni infermieristiche di primo livello". Da una parte il D.M. 739 del 1994, ossia il "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere" è chiaro nello stabilire che l'infermiere, e lui solo, è (l'unico) responsabile dell'assistenza generale infermieristica e nel declinare gli ambiti di intervento non è alcun riferimento al concetto di "funzioni infermieristiche di primo livello". Perché, molto semplicemente, non esistono.

E "i bisogni primari"? Forse chi ha scritto la proposta intendeva riferirsi alla gerarchia dei bisogni creata dallo psicologo Abraham H. Maslow, che ha suddiviso tale gerarchia in cinque livelli? E quali sarebbero, allora, i primari? O ci si vuole riferire alle quattordici componenti individuate nella teoria dei bisogni di Virginia Henderson come basilari

dell'assistenza infermieristica? O ancora si vuole far riferimento agli undici bisogni di assistenza infermieristica individuati all'interno del modello delle prestazioni elaborato da Marisa Canterelli?

E dunque i primari a che numero si fermano? E la responsabilità? In caso di errore risponde l'infermiere o risponde l'assistente? Già, perché come la mettiamo con la legge Gelli Bianco, che fa riferimento (esclusivamente) alla responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie?

L'assistente per la salute sarà soggetto alle ordinarie norme civili e penali in tema di responsabilità, ma non potrà invocare la legge n. 24 del 2017. E dunque, se l'assistente per la salute si occuperà della "somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti curativi su prescrizione del medico e, se del caso, sotto il suo controllo" in caso di errore, nei risponde lui, il medico o l'infermiere? Perché l'infermiere rimane sempre garante della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche, secondo quanto stabilito dal profilo professionale, ossia il D.M. n. 739 del 1994.

La perplessità maggiore, poi, è quanto affermato nell'Allegato B, che elenca le competenze dell'assistente, laddove è scritto che l'assistente è responsabile dell'attività preventiva, curativa, palliativa ed educativa, come definite nell'ambito del percorso assistenziale infermieristico, proseguendo con la riproduzione (drammaticamente fedele) del profilo dell'infermiere. Insomma, un non infermiere ma che svolge funzioni infermieristiche. Con buona pace del delitto di abusivo esercizio di professione. Ma il problema non è solo e tanto giuridico.

E' anche organizzativo. Nel testo si legge che la figura nasce per "favorire i processi di miglioramento dell'organizzazione assistenziale e degli aspetti organizzativi e quelli clinici assistenziali, in un nuovo asset professionale". Con quali modelli organizzativi e professionali? Da anni, studiamo la letteratura e sperimentiamo modelli dove possano emergere le competenze dell'infermiere nelle decisioni prese all'interno del processo assistenziale e la responsabilità sugli outcome. Distinguiamo i modelli concettuali, da quelli organizzativi e da quelli professionali, per poterci confrontare e decidere quali di questi sono i migliori per gli esiti che producono sulle persone assistite. Qui queste distinzioni non ci pare siano contemplate.

Infine, parliamo di accountability e responsibility, riferendoci, nel primo caso a una responsabilità sui risultati (dell'infermiere) e nel secondo, a una responsabilità operativa (dell'OSS, ad esempio). Come ci dovremmo regolare da ora in poi, se la figura fosse inserita nel panorama sanitario?

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116492



Il ruolo del supporto organizzativo percepito per la capacità degli infermieri di gestire e risolvere i conflitti di valori etici: uno studio con metodi misti

M. S. Nilsson, C. Gadolin, P. Larsman, A. Pousette, M. Törner

Pubblicato online: 29 Settembre 2023

<https://doi.org/10.1111/jan.15889>

Scopo

Esplorare se e come il supporto organizzativo percepito dagli infermieri influenza la loro capacità di gestire e risolvere i conflitti di valori etici.

Progetto

Studio a metodi misti con un questionario longitudinale e focus group.

Metodi

Un questionario somministrato in sei ospedali in due regioni svedesi ha fornito dati di 711 infermieri che hanno risposto due volte (novembre-gennaio 2019/2020 e novembre-gennaio 2020/2021). Un modello di percorso incrociato ha testato la reciproca influenza potenziale tra il clima organizzativo del supporto organizzativo percepito, la frequenza dei conflitti di valori etici e il conseguente disagio morale. Sono state condotte quattro interviste focus group con 21 infermieri selezionati strategicamente (aprile-ottobre 2021). La raccolta e l'analisi dei dati qualitativi sono stati ispirati dalla Grounded Theory.

Risultati

Un clima di supporto organizzativo percepito stava conferendo potere, contribuendo alla sicurezza del ruolo. In prospettiva, ha ridotto la frequenza dei conflitti di valori etici, ma non il disagio morale quando si verificavano i conflitti.

Conclusione

È importante facilitare lo sviluppo del supporto organizzativo percepito tra gli infermieri, ma anche ridurre il verificarsi di conflitti di valori etici che gli infermieri non possono risolvere.

Implicazioni per la Professione

Garantendo un'ideologia assistenziale condivisa, buone relazioni interprofessionali all'interno dell'intera organizzazione assistenziale, fornendo strutture organizzative chiare e di supporto e utilizzando le competenze in modo adeguato, i manager sanitari possono facilitare e sostenere lo sviluppo del supporto organizzativo percepito tra gli infermieri. Gli infermieri che ricevono potere dal supporto organizzativo percepito sono stimolati e orgogliosi del loro lavoro e sperimentano il lavoro come significativo e gioioso.

Impatto

Lo studio ha affrontato la questione se le organizzazioni sanitarie potrebbero supportare gli infermieri nella risoluzione dei conflitti di valori etici e quindi ridurre il disagio morale. Il supporto organizzativo percepito è legato a fattori quali l'allineamento ideologico della cura e le precondizioni organizzative di supporto. Questo studio fornisce conoscenze specifiche su come le organizzazioni sanitarie possono consentire agli infermieri di risolvere efficacemente i conflitti di valori etici e quindi ridurre il loro disagio morale.

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jan.15889>

THE LANCET

Il futuro del coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie per la sicurezza dei pazienti

JK O'Hara, C. Canfield

Publicato: 15 Settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01908-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01908-6)

Il 17 settembre 2023, l'OMS promuove la Giornata mondiale della sicurezza dei pazienti per aumentare la consapevolezza e l'azione globale a favore della sicurezza dei pazienti. L'obiettivo di quest'anno è coinvolgere i pazienti nel "riconoscimento del ruolo cruciale che pazienti, famiglie e operatori sanitari svolgono nella sicurezza dell'assistenza

sanitaria". imperativo. Cioè, dobbiamo farlo per un'assistenza più sicura, ma dovremmo farlo anche perché un'assistenza più sicura si basa sulle relazioni, sulla fiducia reciproca e sulla collaborazione.

Nel corso dell'ultimo secolo, la creazione globale di servizi sanitari formalizzati, insieme agli incredibili progressi della medicina, hanno portato a miglioramenti significativi nell'aspettativa e nella qualità della vita. Tuttavia, tali progressi hanno influenzato anche i sistemi sanitari, che ora assomigliano a reti di servizi separati ma interconnessi, progettati principalmente per esigenze istituzionali di efficienza e fornitura di cure specialistiche.² Questa assistenza sanitaria industrializzata ha anche cambiato irrevocabilmente il nucleo dell'erogazione dell'assistenza: il rapporto tra operatore sanitario e paziente, che a sua volta ha creato diversi nuovi e importanti problemi di sicurezza per pazienti e famiglie.

In primo luogo, l'assistenza sanitaria progettata attorno a divisioni specialistiche del lavoro clinico crea lacune di sicurezza: lacune strutturali tra i servizi che possono causare diversi problemi di sicurezza, inclusi ritardi diagnostici o terapeutici (ad esempio, invii ritardati o inappropriati) e interruzioni nel trasferimento delle informazioni (ad esempio, l'assenza di follow-up). visita dal medico di medicina generale a seguito di dimissione dall'ospedale, con conseguente riammissione). Tale specializzazione può anche spostare l'onere di spostarsi in sicurezza tra i servizi dai fornitori di servizi a coloro che li utilizzano.^{3, 4} Ad esempio, nel Regno Unito, un percorso medio di gravidanza prevede lo spostamento tra la medicina generale, la comunità e i servizi ambulatoriali e ospedalieri. Sebbene i genitori in attesa possano considerare questo percorso senza soluzione di continuità, coinvolge diverse istituzioni che danno lavoro con cartelle cliniche e mandati di servizio distinti, e il passaggio sicuro spesso si basa sulle famiglie che rincorrono gli appuntamenti, controllano i farmaci e cercano assistenza medica per l'escalation dei sintomi.

In secondo luogo, l'assistenza sanitaria basata sulla specializzazione porta a una gestione miope della sicurezza in cui i servizi promuovono attività di sicurezza sulla base dei bisogni del loro contesto, piuttosto che di quelli dei pazienti e delle famiglie. Un esempio sono le iniziative di prevenzione delle cadute negli ospedali, che nei reparti affollati possono portare a pazienti cateterizzati e immobilizzati, con conseguente decondizionamento (il processo di cambiamento fisico o fisiologico successivo a un periodo di inattività, riposo a letto o stile di vita sedentario) e problemi nell'intraprendere un'attività regolare una volta. un paziente è a casa.⁴ In sostanza, ciò che potrebbe migliorare la sicurezza del paziente in una parte del sistema può ridurla altrove. Inoltre, ciò che conta per i pazienti, come il recupero della funzione, è spesso subordinato alle preoccupazioni sulla sicurezza a cui viene data priorità dal contesto sanitario.

Infine, l'assistenza sanitaria industrializzata riduce il tempo e lo spazio necessari per fornire un'assistenza realmente incentrata sul paziente. Ciò può essere testimoniato nell'appuntamento standard di 10 minuti di medicina generale nel Regno Unito, in cui i pazienti sono incoraggiati a discutere solo un problema, o nel passaggio all'assistenza infermieristica focalizzata sul compito: "i pazienti e gli operatori sanitari sono trattati come corpi e oggetti, su cui devono essere eseguite le pratiche mediche e assistenziali".⁵ In questo spazio compresso e orientato ai compiti, gli operatori sanitari possono avere difficoltà a sviluppare le relazioni di fiducia e di collaborazione di cui ha bisogno un approccio di partnership. Può anche creare pratiche difensive, la cosiddetta cultura "loro e noi".² Questa cultura contraddittoria è meglio esemplificata nei processi che seguono l'identificazione degli incidenti legati alla sicurezza dei pazienti, come le indagini, le inchieste giudiziarie e i contenziosi. Vi sono prove sempre più evidenti che i pazienti e le famiglie possono subire una serie di ulteriori danni complessivi a seguito di incidenti legati alla sicurezza dei pazienti,⁶ e alcuni di questi danni, come la continua sfiducia nell'assistenza sanitaria e le violazioni della dignità, possono essere peggiori del danno originale stesso.⁶

Nonostante questi problemi, una sostanziale base di prove dimostra i molti modi in cui i pazienti e le famiglie possono, e lo fanno, sostenere cure più sicure. Nel contesto dei moderni sistemi sanitari, i pazienti e le famiglie dovrebbero essere visti come partner nella loro cura, presenti a tutte le presentazioni sanitarie e coordinando, monitorando e dando seguito al trattamento. Si tratta probabilmente di attività di sicurezza: riconoscere e reagire ai rischi, difendersi dagli incidenti legati alla sicurezza e adattarsi alle loro conseguenze. Data questa prospettiva unica, i pazienti e le famiglie possono aiutarci a capire quanto sia sicura l'assistenza sanitaria identificando i problemi di sicurezza in modo prospettico⁷ e retrospettivo,⁸ supportando il miglioramento del servizio⁹ e fornendo informazioni per capire cosa succede quando l'assistenza fallisce.¹⁰ In un certo senso, essi costituiscono un'impalcatura per la salute. -sistema di assistenza, che spesso interviene quando fallisce, supportando la loro assistenza e contribuendo alle prestazioni di sicurezza del sistema.³

L'assistenza sanitaria non diventerà presto meno impegnativa o complessa. Pertanto, abbiamo bisogno di discussioni oneste sullo stato dei sistemi sanitari e sugli oneri imposti ai pazienti e alle famiglie per sostenere un'assistenza sanitaria più sicura. Proponiamo tre vie da seguire.

In primo luogo, nel breve termine, l'assistenza sanitaria dovrebbe fornire approcci più formalizzati per supportare i pazienti e le famiglie nell'impalcatura delle cure, se sono disposti e capaci. Gli esempi esistenti includono interventi a sostegno degli anziani affinché si esercitino a stare a casa quando sono in ospedale per ridurre i problemi dopo la dimissione,¹¹ o iniziative come le cartelle cliniche dei bambini tenute dai genitori,¹² raccomandate dall'OMS per supportare una serie di risultati sanitari materni e infantili.

In secondo luogo, se il fulcro dell'erogazione dell'assistenza sanitaria è il rapporto paziente-operatore, a lungo termine dobbiamo ricostruirlo e coltivarlo. Abbiamo bisogno di più tempo e spazio all'interno dei sistemi sanitari per fornire attivamente un'assistenza centrata sul paziente, abbandonando il ruolo dell'efficienza come motore principale nella progettazione e fornitura dell'assistenza sanitaria. Questo approccio significa anche consentire ai pazienti di portare più di un problema per visita medica e tornare a un'assistenza incentrata sul paziente, piuttosto che sul compito. Tali misure aumenterebbero la fiducia tra pazienti e operatori sanitari e potrebbero produrre la collaborazione necessaria che un approccio di partenariato per un'assistenza più sicura comporta, con pazienti e operatori che prendono decisioni insieme, monitorano i sintomi, supportano movimenti sicuri e tempestivi tra i servizi e intensificano adeguatamente le cure.

Infine, dobbiamo riconoscere che l'assistenza sanitaria ha tradizionalmente progettato i sistemi attorno alle proprie priorità. Un approccio radicale sarebbe quello di investire su larga scala in forme autentiche di coproduzione con pazienti e operatori sanitari⁹ per creare modelli di assistenza sicuri e sostenibili che soddisfino le esigenze di entrambi. Si tratta di un obiettivo ambizioso, ma potrebbe essere raggiunto con investimenti e orientamento politico, come evidenziato dal sistema sanitario della contea di Jönköping in Svezia, che ha supportato con successo la coproduzione attraverso una serie di programmi per creare servizi più incentrati sul paziente.¹³

Ci sono molte ragioni per coinvolgere i pazienti nella loro sicurezza e le prove a sostegno di ciò stanno crescendo. Tuttavia, dobbiamo allontanarci da una semplice narrativa transazionale su come tale impegno possa supportare il bisogno di servizi, per pensare invece a come collettivamente possiamo creare e mantenere servizi sanitari che soddisfino le esigenze di tutti coloro che li utilizzano e li forniscono. In parole povere, nella sicurezza dei pazienti, dobbiamo passare da loro e da noi a noi.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)01908-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)01908-6/fulltext)



PNRR: medico di fiducia o medico d'ufficio? Enpam lancia le case di comunità periferiche

Alberto Oliveti, Presidente Enpam (Ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri)

Nel caso di un problema legale, preferiresti farti difendere da un avvocato d'ufficio o da uno di fiducia? La risposta è scontata: anche per il più piccolo dei contenziosi – giustamente – desideriamo conoscere e valutare chi curerà i nostri interessi e difenderà i nostri diritti. E per la salute? Dal 1978 in Italia ogni cittadino ha il diritto di scegliere gratuitamente un medico di fiducia, che possa seguirlo nel tempo assistendolo e orientandolo nelle cure di cui di volta in volta avrà bisogno.

Da allora la popolazione è invecchiata, le esigenze sono aumentate, la burocrazia si è moltiplicata e i medici di famiglia sono diminuiti, come conseguenza di tanti pensionati e pochi giovani formati.

Così, dopo il Covid, si è pensato che potesse esistere una ricetta magica: con il Pnrr si sarebbero fatte 1.350 Case di comunità, vi sarebbero stati messi medici d'ufficio che, in ciascuna struttura, una volta timbrato il cartellino, si sarebbero occupati di un po' più di quarantamila pazienti in arrivo da un circondario di decine di chilometri.

La soluzione a noi addetti ai lavori è sembrata subito poco realistica. I fatti lo hanno dimostrato: il numero di Case di comunità da realizzare nell'ambito del Pnrr è stato ridotto di quasi un terzo (adesso l'obiettivo è di 936), e il teletrasporto non è stato inventato. Difficile quindi immaginare una Casa di comunità ogni 300 chilometri quadrati, quando i pazienti in carne ed ossa vivono in città grandi o piccole, in paesini, in montagna, nelle isole.

Per fortuna lo Stato non deve pensare a tutto da solo. La sanità pubblica è fatta anche di decine di migliaia di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta che ogni giorno aprono i loro studi e accolgono i pazienti che li hanno scelti, tutte le volte che c'è bisogno e senza bisogno di pagare neanche un ticket.

Dove lo Stato non arriva, può lo spirito d'impresa di questi medici liberi professionisti convenzionati. Oggi 20 settembre 2023 si apre a Riccione la convention nazionale della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg). In quest'occasione verrà presentata la risposta ai bisogni dei cittadini sul territorio: una rete di migliaia di Case di Comunità periferiche (spoke), disseminate sul territorio italiano, frutto di aggregazione e/o espansione di studi medici esistenti, oppure di nuova costituzione, da collegarsi con le poche Case di Comunità centralizzate (hub) previste dal Pnrr. Queste Case di Comunità spoke verranno realizzate grazie all'iniziativa imprenditoriale degli stessi medici e all'investimento del loro ente di previdenza Enpam, a costo zero per il Servizio sanitario nazionale. Oggi stiamo vivendo un maxi esodo dei medici di medicina generale che si stanno pensionando, ma le nuove leve sono adatte, motivate e formate per lavorare in team e in strutture più moderne, accessibili, connesse, integrate e sicure, anche per affrontare pandemie.

La categoria, grazie alle società scientifiche e alle organizzazioni rappresentative, è pronta a fissare standard di alto livello per tutto il territorio nazionale. Ma soprattutto, grazie allo status libero-professionale, è in grado di realizzare queste Case di Comunità spoke con i tempi veloci dell'iniziativa privata.

Così i cittadini continueranno a potersi scegliere un medico di fiducia in una struttura vicina a casa, a poterlo vedere senza pagare ogni volta che servirà, con l'aggiunta di poter comunque accedere a un collega in caso di prima necessità. Senza bisogno di andare a cercare una Casa di Comunità centralizzata in un'area di oltre 300 chilometri quadrati o ad affollare un pronto soccorso per una situazione non urgente.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/lavoro-e-professione/2023-09-20/pnrr-medico-fiducia-o-medico-d-ufficio-enpam-lancia-case-comunita-periferiche-145823.php?uid=AFm313v&cmpid=nlqf>

Cooperative di medici. Fimmg: “Strumento strategico per la medicina generale”

Convegno a Bari sul tema. Per Donato Monopoli (Fimmg Puglia) le cooperative possono supportare i medici migliorando l'accesso alle cure ma anche tutelando l'autonomia del medico e il rapporto fiduciario con i pazienti. Scotti: “Se trasformiamo tutte le professioni sanitarie da professioni intellettuali a professioni tecniche, avremo sistema che può essere più facilmente automatizzato ma che non risponde ai bisogni delle cure territoriali.”

25 SET - “Le cooperative dei medici della medicina generale sono uno strumento strategico per supportare i medici nel gestire quei servizi necessari per migliorare l'accesso alle cure, promuovere la prevenzione delle malattie, migliorare l'efficienza nella erogazione di prestazioni sanitarie da parte dei professionisti”. Ha sintetizzato così **Donato Monopoli**, Segretario regionale Fimmg Puglia, il ruolo essenziale che le cooperative possono giocare, anche in Puglia, sul fronte della medicina generale e quindi dell'organizzazione delle cure territoriali, tema che è stato al centro del convegno “La Medicina Generale protagonista nell'organizzazione delle Cure Territoriali” organizzato sabato scorso a Bari dalla Fimmg Puglia.

Le cooperative mediche, si legge in una nota della Fimmg Puglia, possono infatti supportare la medicina generale attraverso la gestione del personale, come infermieri e altri professionisti sociosanitari. “Consentono la condivisione delle risorse e la gestione congiunta dei costi, riducendo i costi operativi e migliorando l'efficienza nella fornitura di servizi sanitari. Aiutano i medici nell'attività di sensibilizzazione della comunità rispetto alla prevenzione delle malattie e nel promuovere una maggiore partecipazione e responsabilità dei cittadini nella gestione della propria salute”.

La sfida, per la Fimmg, è immaginare un modello territoriale in cui nuove forme associative tutelino l'autonomia del medico e il rapporto fiduciario: “Siamo in un momento cruciale per l'assistenza territoriale e il servizio sanitario: in assenza di una proposta alternativa, il sistema va verso una rigidità che non si sposa con la caratteristica liquida dell'assistenza territoriale. - ha precisato **Silvestro Scotti**, segretario nazionale Fimmg, - La responsabilità professionale dei medici di famiglia deve andare di pari passo con l'autonomia organizzativa individuale nell'ambito di un rapporto fiduciario. Se noi invece trasformiamo tutte le professioni sanitarie da professioni intellettuali a professioni tecniche, passiamo ad un sistema che può essere più facilmente automatizzato, ma che non risponde ai bisogni delle cure territoriali.”

L'evento ha messo a confronto l'esperienza pugliese delle piccole cooperative di medici con esperienze di cooperazione e aggregazione territoriale della medicina generale a livello nazionale, - come i CReG in Lombardia e le Medicine di Gruppo Integrate in Veneto - ponendo al centro il ruolo del medico di famiglia in un'ottica di autonomia professionale e organizzativa. “Particolarmente rilevanti sono le esperienze di cooperazione attivate in Toscana”, spiega la nota della Fimmg Puglia. “In provincia di Siena 161 medici di medicina generale, 25 pediatri di libera scelta, 50 dipendenti e 52 infermieri professionisti sono riuniti in una cooperativa a supporto della medicina generale per la presa in carico globale di oltre 220.000 pazienti. Attività principale della cooperativa è offrire i fattori di produzione necessari al medico di famiglia, dalle sedi al personale, dall'aggiornamento professionale all'informatica, dalla telecomunicazione alla strumentazione diagnostica”.

Al convegno ha preso parte anche **Alberto Oliveti**, Presidente dell'Enpam, che ha illustrato le possibilità di investimenti e il ruolo dell'ente nella realizzazione di sedi per la medicina generale. **Nicola Calabrese**, Segretario Fimmg Bari e presidente di Netmedica Italia, ha invece sottolineato l'importanza della costruzione di una rete informatica organica e complessiva per i medici di famiglia, come luogo funzionale sia alla continuità clinica che al monitoraggio del processo assistenziale e degli obiettivi di salute, anche a fronte delle nuove opportunità offerte dalla telemedicina e dalla medicina predittiva.

“L'incontro di oggi è una tappa fondamentale di riflessione sulla medicina del futuro. Dobbiamo tenere a mente che i medici realizzano una parte della nostra Costituzione garantendo diritti essenziali come quello alla salute. E i medici di famiglia in particolare rappresentano il trait d'union tra comunità e bisogni di salute del singolo cittadino. - ha concluso **Filippo Anelli**, presidente Fnomceo intervenendo al convegno - Per questo è fondamentale continuare a garantire al cittadino il diritto di scegliere il proprio medico, un diritto su cui si fonda il rapporto fiduciario medico-paziente”.

https://www.quotidianosanita.it/puglia/articolo.php?articolo_id=116874

Vogliamo migliorare il Ssn o rilanciare edilizia e assicurazioni?

Francesco Buono, Medico di Medicina Generale, Roma

01 SET - Gentile Direttore,

non passa giorno che purtroppo non si debbano leggere un po' ovunque stucchevoli panegirici delle immaginifiche "Case della Comunità" come soluzione dei mali che affliggono la Sanità Territoriale: grandi strutture centralizzate ove concentrare tutti i servizi medici e sanitari rivolti ad una multiforme utenza, dai bambini ai grandi anziani, da chi può permettersi taxi o lunghe attese di mezzi pubblici a chi ha difficoltà anche solo ad uscire di casa, da chi abita in grandi città a chi invece si trova in frazioni isolate e distanti da esse. Ed ovviamente diretti da figure "primariali" di stretta osservanza politica, non potendosi in questo Paese certo parlare di "merito" ed amenità del genere...

Ultimamente qualcuno ha preso di mira le UCP (Unità di Cure Primarie), presenti nel Lazio come denominazione e differentemente appellate in altri contesti regionali, sia pure nella logica differenziazione costitutiva ed organizzativa.

A tal fine si fa ampio uso dell'aneddotica, certamente suggestiva come descrizione di facile digeribilità per un lettore da "fast food", ma certamente non veritiera se si voglia osservare tale panorama ad occhi aperti e non soltanto dal buco della serratura, magari con uno studio statistico serio ed imbastito da professionisti.

Spuntano quindi pittoresche immagini del medico che utilizza tale ambito orario suppletivo per amene attività che nulla hanno a che vedere con l'assistenza al cittadino, e andando di questo passo resto in attesa di un futuro "upgrade" che ci narri di un medico che riceva il quotidiano preferito immerso in un rilassante idromassaggio, nel mentre nell'attigua cucina (?) gli altri membri del "microteam" gli preparano una tisana drenante...indubbiamente simpatica vignetta, poi però suona la sveglia, il sogno si interrompe e bisogna mettersi al lavoro.

E il lavoro è ben altra cosa, consta di ampliamento dell'offerta oraria che globalmente considerata supera di gran lunga le sbeffeggiate "tre ore" dedicate agli utenti e pertanto risulta di grande utilità a fasce di essi che magari possono recarsi a visita in ore "difficili"; di attività cliniche e strumentali di primo livello, in parte già attuate ed in parte auspicabilmente implementabili se vi si destina nei fatti ciò che già è previsto da anni; di gestione di aspetti clinico-terapeutico-amministrativi costituiti da tappe di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e da Piani Terapeutici per alcune classi di farmaci; di risposte a quantità - inimmaginabili alcuni anni orsono - di e-mail, sms ed altri sistemi di comunicazione che sfiorano per un massimalista anche il centinaio al giorno; di visite a domicilio programmate ma anche improvvisate; ecc ecc

Le UCP assolvono anche a molti di questi compiti, alcuni dei quali esorbitano da tale arco orario per espandersi a tutta la giornata, inclusa spesso la prima serata, ma tutto ciò è ostinatamente e compulsivamente - oserei dire - ignorato forse perché non è comodo sottolinearlo, ed è più facile e "modaiolo" ripetere il mantra della dipendenza che pretende di proporre in realtà in termini riduzionistici (proprio e principalmente dal punto di vista dell'impegno temporale) uno schema orario, finito il quale il medico "stacca"...non essendo ovviamente immaginabile che poi abbia "compiti a casa" che qualcuno simpaticamente ha equiparato ai compiti in classe degli insegnanti, quasi che questi venissero svolti ogni giorno...

Il buon Carlo Marx parlava a suo tempo di opportuna distinzione tra "struttura" e "sovrastruttura", intendendo per la prima il reale substrato economico che stava alla base dei fenomeni che era dato vedere nella società del suo tempo, e per la seconda il velo ideologico che mascherava la prima onde celarne all'attento occhio dello studioso la vera natura, consistente nei meccanismi della produzione che consentivano il soddisfacimento degli interessi di pochi.

Il tempo è passato, la società da industriale (caratterizzata dalla produzione dei beni materiali) è divenuta in gran parte post-industriale (caratterizzata dalla produzione di beni immateriali), ma credo di poter dire che, peraltro in assonanza con quanto sosteneva Benedetto Croce, di certo non marxista, il criterio interpretativo resta tecnicamente valido: ecco quindi che, poste tutte le ossessioni verbali che è dato di leggere stucchevolmente da qualche tempo, il pensiero non può non indirizzarsi verso alcune ipotesi che cerchino, similmente peraltro a quanto avviene in Medicina, di capire quale causa sia presente dietro ai sintomi che capita di osservare.

In tale ambito, posto che l'esigenza di un'assistenza personalizzata e non irregimentata in orari e strutture rigide è presente nei cittadini con buona pace di chi pretende di parlare a loro nome senza averli interpellati, viene da chiedersi "cui prodest" cancellare autoritativamente con un tratto di penna uno status giuridico (convenzionamento) e numerosissime strutture periferiche (gli studi dei Medici di Famiglia) offrendo un nuovo "centralismo" (non certo democratico questa volta...) costituito da pochi edifici popolati da "soldatini" agli ordini di "capataz" senza arte né parte emanati dalla politica, a somiglianza di altri e ben noti ambiti.

E la ricerca causale non può non investire i campi assicurativi privati, visto il fiorire di essi anche sotto forma di fondi integrativi, che come è noto hanno anch'essi professionisti di varia origine che li gestiscono e che qualcuno avrà designato a compiti direzionali, visto che su tematiche analoghe recentemente c'è chi si è soffermato parlando di altri

Enti legati alla professione medica ed alle sue rappresentanze: onestà intellettuale pertanto vuole che si consideri anche questo aspetto, che seguendo la logica dovrebbe essere ancor più alimentato proprio dalla persistenza del bisogno a fronte della sottrazione dell'offerta pubblica abilmente sostituita da quella a pagamento per chi può.

Ed è di certo comprensibile che un Ente previdenziale solido ed in salute nonostante pregressi ricatti tutti abilmente e virtuosamente superati faccia "gola" a chi tali virtuosismi nel passato raramente ha dato prova di porre in essere (sull'esempio della fagocitosi del Regno delle Due Sicilie da parte del Regno di Sardegna, ma questo è un altro discorso...), ma forse è il momento di dissipare tale velo ideologico e di dire le cose come stanno: si vuole togliere al cittadino il "proprio" medico di famiglia, "horribile dictu" così recentemente definito proprio da chi ne avversa la figura (lapsus freudiano?) suo fiduciario, in nome di un insieme di figure anonime fiduciarie del sistema.

E per i nostalgici che possono economicamente, il personale medico privato come "brutta copia" di alcune figure professionali presenti negli USA.

Vogliamo una volta per tutte dirlo ai cittadini???

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=116275

quotidianosanita.it

PNRR. Case della comunità a rischio flop?

Funzionanti appena il 13% di quelle previste. E in quasi in una su due di quelle attive non c'è il medico di medicina generale. I dati di Agenas

Luciano Fassari

Sono alcuni dei numeri del nuovo monitoraggio curato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali sull'andamento dei lavori per la realizzazione delle nuove strutture di prossimità. A rilento anche gli Ospedali della Comunità: ne sono stati aperti il 17% di quelli previsti. E in 7 regioni non è stato attivato nessuno dei nuovi presidi previsti dal Piano europeo.

19 SET - Forse è presto per parlare di flop ma di certo non si può dire che la realizzazione di Case della Comunità, Ospedali della Comunità e Centrali operative territoriali previste dal PNRR prosegua spedita. A fare il punto è il nuovo monitoraggio di Agenas aggiornato a giugno 2023 che mostra ancora un evidente ritardo nella realizzazione delle strutture che dovrebbero essere il nuovo caposaldo della sanità di prossimità.

Partiamo dalle Case della Comunità.

Delle 1.430 previste e da realizzare entro il 2026 a giugno 2023 ne sono attive appena 187, ovvero il 13%. Nello specifico solo 6 regioni sono partite: 92 in Lombardia, 43 in Emilia-Romagna, 38 in Piemonte, 6 in Toscana, 6 in Molise e 2 in Umbria.

Anche dove attive le Case della Comunità solo nel 17% dei casi sono aperte h24 7 giorni su 7 a testimoniare come di strada da fare ve n'è ancora tanta. Infatti, nel 34% dei casi sono aperte meno di giorni su 7 e con un orario di nemmeno 12 ore giornaliere.

Altra nota dolente è la presenza dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta. I MMG sono presenti solo nel 54% delle Case della Comunità attive. Ancora più scarsa la presenza di pediatri (solo il 28%). Numeri che segnalano la necessità di un intervento normativa che regoli la presenza di questi medici all'interno delle strutture.

Non va meglio la realizzazione delle 611 **Centrali Operative Territoriali** (da attivare entro il 2024). A giugno 2023 ne sono state attivate 77, ovvero il 12%. In questo caso il servizio che dovrebbe gestire e smistare le esigenze dei cittadini sul territorio è stato aperto in sole 7 regioni: 36 in Lombardia, 15 nel Lazio, 9 in Veneto, 7 in Piemonte, 5 in Emilia-Romagna, 4 nella Pa di Bolzano e 1 in Umbria.

E anche per le COT l'apertura è a singhiozzo: delle 77 attivate il 58% lavora meno di 6 giorni su 7.

Infine, il monitoraggio Agenas fa il punto anche sulla realizzazione degli **Ospedali di Comunità**. Entro il 2026 ne devono essere attivati 434. A giugno 2023 sono funzionanti 76 OdC (il 17%) per un totale di 1.378 posti letto. In questo caso sono 10 le regioni che li hanno realizzati: 38 in Veneto, 17 in Lombardia, 6 in Puglia, 5 in Emilia-Romagna, 2 in Molise e in Abruzzo, 1 in Campania, Lazio e Liguria.

Da notare poi come in Basilicata, Calabria, Friuli-Venezia Giulia, Marche, Pa Trento, Sardegna e Sicilia al momento non sia attiva nemmeno una Casa della Comunità, un Ospedale di Comunità e una COT.

Su tutto ricordiamo pende poi la [revisione del PNRR](https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116723) che ha previsto un taglio di circa il 30% delle strutture da finanziare con i fondi del PNRR. Le rimanenti strutture si dovranno in ogni caso realizzare con i fondi sull'edilizia sanitaria che però lamentano le regioni, oltre ad essere già stati impegnati per altri progetti presentano lungaggini che rischiano di dilatare ulteriormente i timing previsti.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116723

Prime misure per gli anziani non autosufficienti

Franco Pesaresi

2023, Patto per un nuovo welfare per la non autosufficienza

Le proposte del "Patto per la non autosufficienza" per la legge di bilancio 2024 per avviare un piano di legislatura per l'attuazione della L. 33/2023.



PRIME MISURE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Avviare un Piano di Legislatura

Le proposte del Patto per la Legge di Bilancio 2024

13 settembre 2023

RISPONDERE AI BISOGNI DI OGGI, COSTRUIRE IL WELFARE DI DOMANI

Il Patto per un Nuovo Welfare sulla Non Autosufficienza propone l'avvio nel 2024 di un Piano di Legislatura per attuare progressivamente la riforma dell'assistenza agli anziani. La proposta guarda all'oggi e al domani. Comincia a fornire migliori risposte ad anziani e famiglie(oggi) dato che è necessario agire senza indugi per iniziare a dare sollievo alle loro pressanti necessità.

Allo stesso tempo, serve a costruire il futuro (domani). Individua, infatti, i primi passi del percorso pluriennale necessario per tradurre la riforma in pratica. Nel 2024 nasce così il Sistema Nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA): l'insieme organico di misure previsto dalla riforma per un welfare finalmente all'altezza delle esigenze di anziani e familiari.

INTERVENTI DIVERSI PER CONDIZIONI DIVERSE

La realtà della non autosufficienza è estremamente varia e richiede, dunque, un insieme di risposte differenziate e complementari. S'intende, pertanto, agire già dal 2024 in ciascuno dei principali ambiti del settore: assistenza domiciliare, servizi residenziali e trasferimenti monetari. Si attiva l'assistenza domiciliare specificamente progettata per la non autosufficienza, sinora assente. La caratterizzano la durata (periodo di assistenza) adeguata ai bisogni dell'anziano, la molteplicità degli interventi sanitari e sociali previsti e il coordinamento tra Asl e Comuni.

Nei servizi residenziali viene elevata la qualità dell'assistenza fornita agli anziani che vivono nelle strutture. Ciò implica l'accrescere del tempo quotidiano che i professionisti della cura dedicano ad ogni anziano. Nei trasferimenti monetari, la prestazione universale sostituisce l'indennità di accompagnamento. Gli importi sono superiori ad oggi per chi versa in condizioni più gravi e per coloro i quali scelgono di impiegare la prestazione per ricevere servizi di qualità.

UNA RIFORMA FINANZIARIAMENTE SOSTENIBILE

La riforma richiede tra i 5 e 7 miliardi di Euro annui aggiuntivi, cifra significativa ma raggiungibile a condizione che diventi una priorità politica. Per renderla sostenibile, la crescita della spesa ha luogo gradualmente nell'arco della legislatura. La proposta avvia questo percorso: prevede un incremento di 1.306 milioni di Euro nel 2024, che aumentano poi sino a 3.287 milioni nel 2026

[https://www.academia.edu/107098831/PRIME MISURE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI?email_work_card=abstract-read-more](https://www.academia.edu/107098831/PRIME_MISURE_PER_GLI_ANZIANI_NON_AUTOSUFFICIENTI?email_work_card=abstract-read-more)



FIASO: delegazione a Lisbona per condividere le best practice sulla Value-based healthcare

Una delegazione FIASO in missione a Lisbona per conoscere e scambiare le migliori esperienze internazionali sulla Value-based healthcare.

Tre incontri - all'Hospital Da Luz, al Laboratorio di ricerca sul value Voh.Colab e all'ambasciata d'Italia a Lisbona - per contribuire allo sviluppo di una cultura di sostenibilità e di innovazione dei sistemi sanitari partendo dalla misura degli esiti, dal punto di vista degli outcome clinici, ma soprattutto dell'esperienza del paziente, e per rafforzare ancor di più i rapporti fra Italia e Portogallo.

La delegazione era composta dalla presidenza di FIASO e dal coordinatore del gruppo di lavoro sul Value Francesco Locati, affiancati da Telos Management Consulting, società di formazione e ricerca con cui da anni FIASO collabora con progetti che hanno al centro la metodologia Value.

“Le visite istituzionali a Lisbona hanno favorito la condivisione di esperienze e competenze sulla metodologia del value, che ci impegniamo ancor di più a rilanciare in Italia, a partire dalle Aziende associate alla Federazione - dichiara Giovanni Migliore, Presidente di FIASO -. La prospettiva di sviluppo della cultura del value prevede un efficientamento dei costi, la misurazione dei risultati e un coinvolgimento sempre maggiore dei cittadini. L'obiettivo è far tesoro dell'esperienza del paziente nell'iter di cura per migliorare il percorso stesso, rendendolo più efficiente dal punto di vista dell'impiego di risorse, e al contempo sempre più tecnologico e innovativo. Il frutto del confronto e delle riflessioni maturate in questi giorni sfocerà in una sessione specifica sul value nell'ambito della Convention FIASO, che si terrà a Roma dall'8 al 10 novembre”.

Particolarmente interessante la visita dell'Hospital Da Luz, ospedale privato guidato dalla Ceo Isabel Vaz, interamente basato sul metodo value, che rappresenta un unicum nel panorama internazionale.

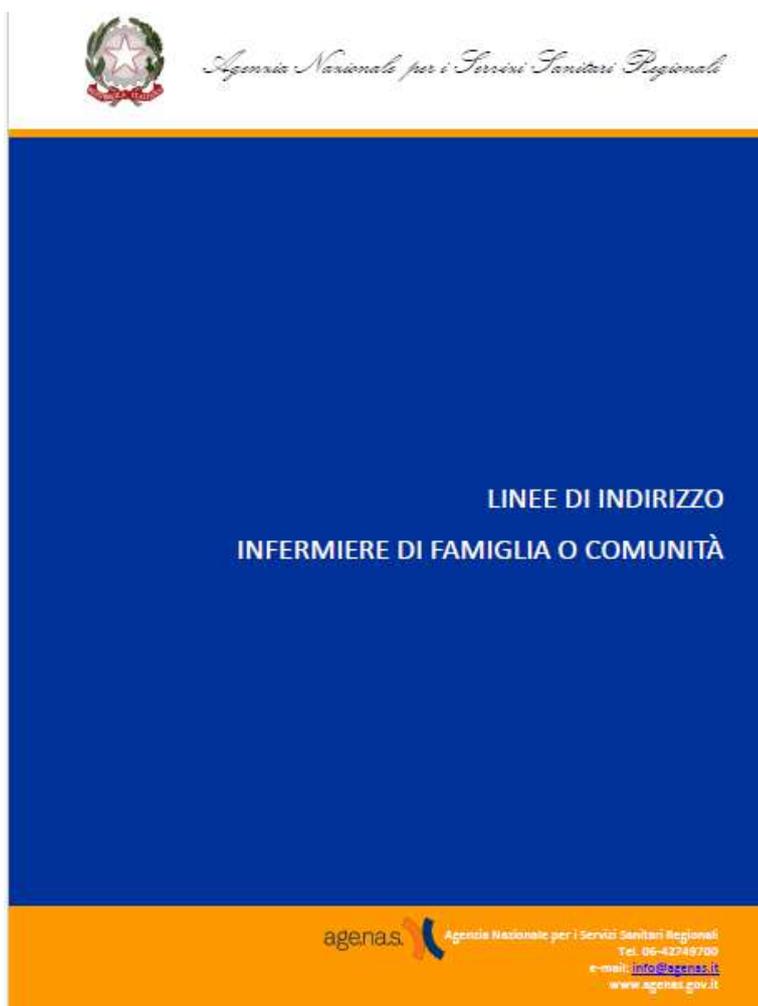
Il secondo incontro si è tenuto al Laboratorio di ricerca Voh.Colab, che nasce grazie alla sinergia fra l'Università, l'Ospedale pubblico Cuf e partner privati, con cui la delegazione ha condiviso studi ed esperienze sul value. Entrambi gli

appuntamenti si sono conclusi con la sigla di un accordo di collaborazione: nel primo caso, la Federazione si impegna a portare in Italia la metodologia value adottata dall' Hospital Da Luz; nel secondo, le due parti si impegnano nello scambio e nella diffusione di esperienze sul value in Italia e in Portogallo.

"Si è trattato di un'esperienza molto importante per noi - dichiara dal canto suo Antonio d'Urso, vice presidente FIASO e direttore Generale della Asl Toscana sud est -. La Value-based Healthcare, l'assistenza sanitaria basata sul valore, è un modello di ristrutturazione dei sistemi sanitari che mette al centro la prospettiva dei pazienti. Oggi dobbiamo pensare ad un'accoglienza totale ed una umanizzazione delle cure. La relazione tra operatori e degenti diventa uno scambio reciproco basato su rispetto e coinvolgimento. La prestazione medica è una parte del valore dell'offerta sanitaria e non può prescindere dalla qualità dell'esperienza del paziente. A Lisbona ho anche avuto modo di raccontare anche il percorso che in questa direzione stiamo facendo nella nostra azienda e di conoscere esperienze molto significative delle quali faremo tesoro".

Si è tenuto, inoltre, un appuntamento istituzionale all'ambasciata d'Italia a Lisbona, sensibile ai temi trattati e impegnata a sostenere lo scambio di esperienze in ambito sanitario per lo sviluppo dei rapporti fra Italia e Portogallo.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-09-25/fiaso-delegazione-lisbona-condividere-best-practice-value-based-healthcare-160934.php?uuid=AFPMObz&cmpid=nlqf>



<https://www.agenas.gov.it/comunicazione/primo-piano/2298-agenas-pubblica-le-linee-di-indirizzo-infermiere-di-famiglia-o-comunit%C3%A0>



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-morbidità 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 ravvisino 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 DISABILITÀ** nell'azione AZIONE "PROGETTO INDIVIDUALIZZATO" – attività rafforzamento équipe/valutazione multidimensionale/progettazione individualizzata/attivazione sostegni del PNRR.

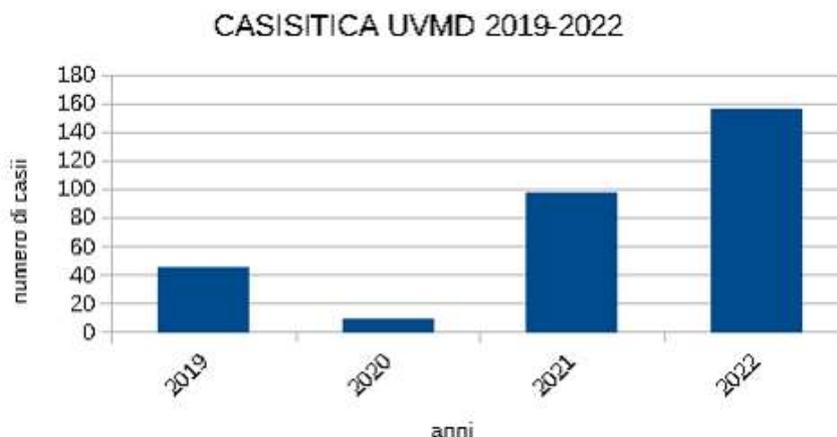


Fig. 1 – Dati di attività 2019-2022

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

<https://www.toscanamedica.org/garantire-i-diritti-per-le-persone-disabili-metodi-e-strumenti-innovativi-per-promuovere-le-opportunita-e-linclusione-sociale/>



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 pubblicati 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]

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.

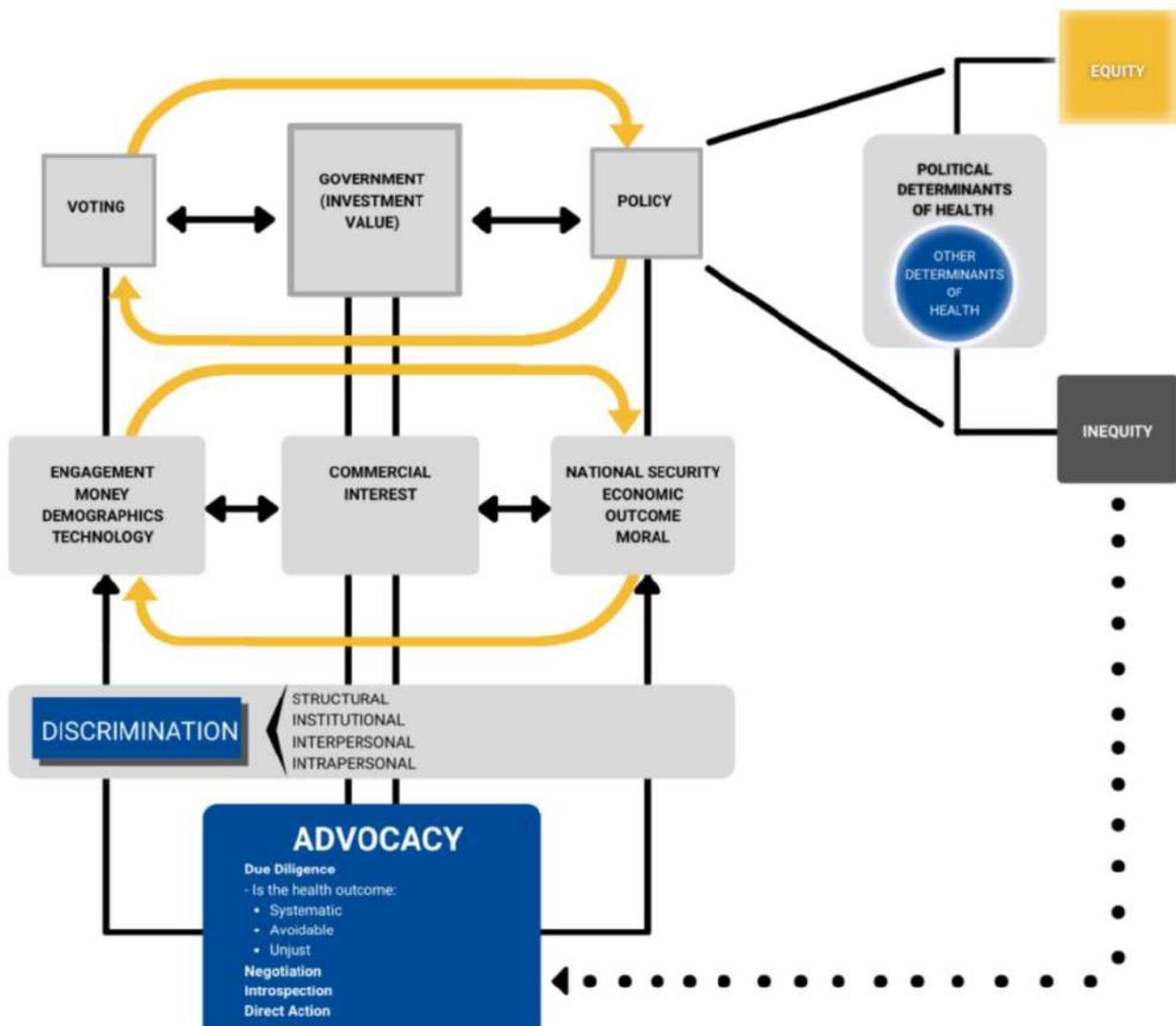


Figura 1. La cornice concettuale dei determinanti politici della salute proposta da Daniel E. Dawes. [2]

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/>



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%.¹

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 2008² 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**.

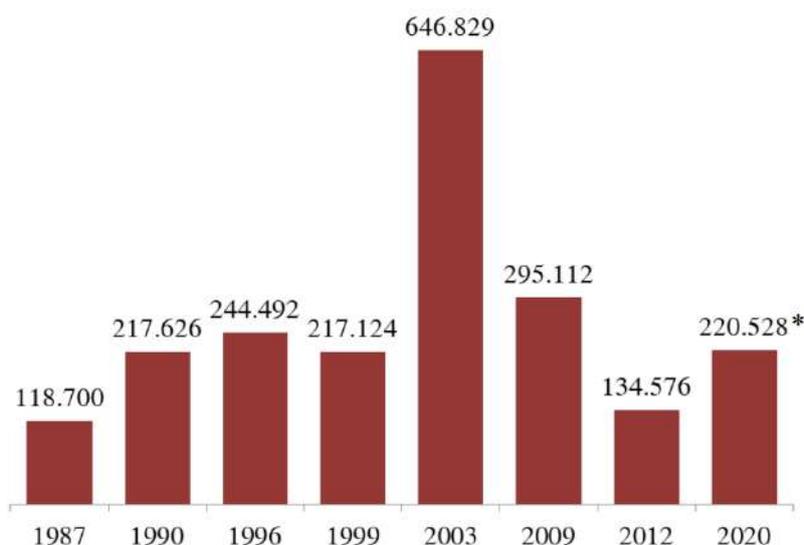


Figura 1 Regolarizzazioni dei migranti negli ultimi 40 anni. Fonte: Fondazione Leone Moressa

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.

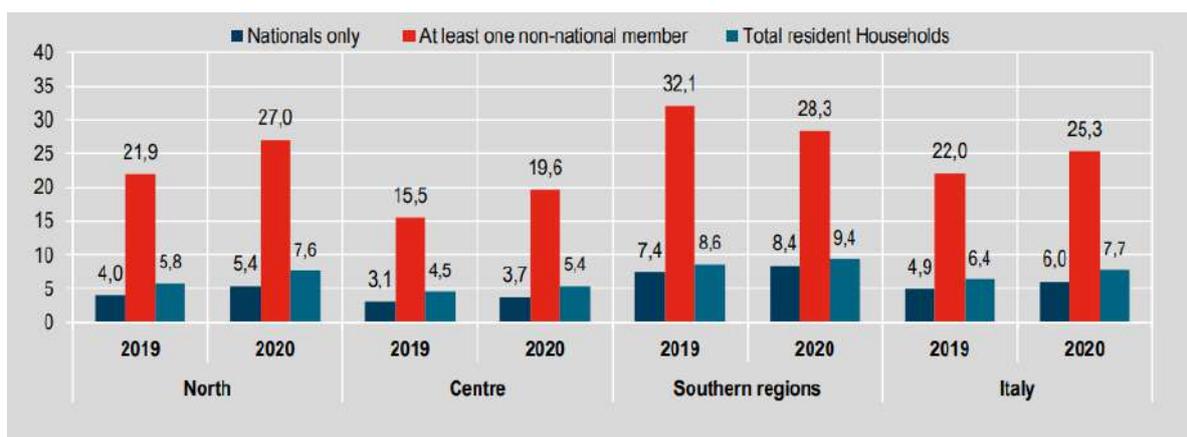


Figura 2: tasso di povertà assoluta per area geografica e cittadinanza. Fonte: ISTAT (2020)

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 Borjas⁴ e Card⁵, 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 Peri⁶, 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

F

figura 3: Disuguaglianze intra-gruppo e reddito medio per cittadinanza. Fonte: D'Agostino et al. (2015)³

Gli studi sul contesto italiano sono ancora pochi. D'Agostino et al. (2015) e Mussida e Parisi (2018)² 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)⁸ 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)⁹ 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/>

La spesa pubblica per Long-term care in Italia

Negli ultimi 10 anni diminuisce la spesa reale per gli anziani non autosufficienti

Franco Pesaresi, | 04 settembre 2023

Dopo l'approvazione della L. 33/2023 ("Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane") e in attesa dei decreti legislativi attuativi della Legge delega può essere molto utile fare il punto sulla spesa per l'assistenza di lungo termine (long-term care - LTC) in Italia con particolare riferimento a quella per gli anziani non autosufficienti.

La Long-Term Care (LTC) comprende ogni forma di assistenza fornita a persone non autosufficienti lungo un periodo di tempo esteso senza data di termine predefinita. La LTC indica la gamma di servizi – sociali, sociosanitari e sanitari - che assistono le persone con limitazioni funzionali o cognitive (malattia, invecchiamento, disabilità psichica e fisica) nella loro capacità di prendersi cura di sé stessi e di interagire con gli altri (OECD, 2021). Il concetto di "cure di lungo termine" implica un supporto duraturo a favore di individui in una condizione di perdita e/o riduzione dell'autonomia a causa di invecchiamento, malattie pregresse o croniche, disabilità fisica o psicofisica.

Che cosa comprende la LTC?

Il Ministero dell'economia e delle finanze (MEF) provvede annualmente a definire le "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e sociosanitario" (MEF, 2023b). In questo documento viene calcolata, fra l'altro, la spesa pubblica annua (in rapporto al PIL) per l'assistenza di lungo termine, la proiezione fino al 2070 di tale spesa e vengono anche identificate le componenti della LTC.

In particolare, la spesa pubblica per LTC include le seguenti tre componenti:

- 1. la spesa sanitaria per LTC;*
- 2. le indennità di accompagnamento;*
- 3. gli interventi socio-assistenziali, erogati a livello locale, rivolti ai disabili e agli anziani non autosufficienti (che il MEF classifica come "Altre prestazioni LTC").*

La componente sanitaria della spesa per LTC

La componente sanitaria della spesa per LTC comprende l'insieme delle prestazioni sanitarie erogate a persone non autosufficienti che, per senescenza, malattia cronica o limitazione mentale, necessitano di assistenza continuativa. In Italia, tale componente include l'assistenza territoriale rivolta agli anziani e ai disabili (articolata in assistenza ambulatoriale e domiciliare, assistenza semi-residenziale e assistenza residenziale), l'assistenza psichiatrica, l'assistenza rivolta agli alcolisti e ai tossicodipendenti, l'assistenza ospedaliera erogata in regime di lungodegenza, una quota dell'assistenza integrativa, dell'assistenza protesica e dell'assistenza farmaceutica erogata in forma diretta o per conto. La componente sanitaria della spesa pubblica per LTC dell'anno 2022, pari a circa lo 0,7% del PIL (Cfr. Tab.1), corrisponde al 10,2% della spesa sanitaria complessiva.

L'assistenza rivolta agli anziani rappresenta circa due terzi della spesa sanitaria complessiva per LTC. Tale percentuale, nel 2022, è suddivisa fra la componente erogata in forma residenziale, che copre il 53% circa della spesa, e quella non residenziale che copre la parte restante.

Per il futuro, il MEF non tiene conto dell'approvazione della approvazione della L. 33/2023 e, ad invarianza di legge rispetto al

2022, ipotizza addirittura un'incidenza della spesa complessiva sul PIL in diminuzione che raggiungerà la quota dello 0,62%

nel 2026, mentre tornerà poi ai valori pre-crisi nel 2030. A partire dal 2027, la previsione presenta un andamento regolare di crescita fino al 2064 e inizia a flettere leggermente negli anni successivi. Nel 2070 il rapporto spesa/PIL raggiungerà l'1% registrando un incremento di circa 0,3 punti percentuali rispetto al 2022 (MEF, 2023b).

Le previsioni del rapporto fra la spesa sanitaria per LTC e il PIL tengono conto di tre fattori: l'effetto delle scelte di politica economica, l'evoluzione dei tassi di occupazione e le dinamiche demografiche[[note](#)]La componente demografica costituisce un fattore di forte espansione del rapporto fra spesa sanitaria per LTC e PIL. L'invecchiamento della popolazione, e il conseguente aumento degli anziani, si traduce infatti in un maggior consumo di prestazioni riconducibili alla spesa per LTC.

Tale spinta risulta solo parzialmente contrastata dall'effetto di contenimento esercitato dall'aumento del tasso di occupazione.

Vale rilevare che, in rapporto al PIL, l'incremento della spesa sanitaria per LTC è circa il doppio rispetto a quello previsto per la spesa sanitaria per acute care. Questo risultato dipende prevalentemente dal diverso impatto del fattore

demografico sui due aggregati di spesa, in ragione del grado di correlazione del consumo sanitario con l'età degli assistiti quando si considera la spesa sanitaria per acute care (MEF, 2023b).[/note].

La spesa per le indennità di accompagnamento

La seconda componente è costituita dalle indennità di accompagnamento erogate a invalidi e ciechi civili e dalle indennità di comunicazione riconosciute ai sordomuti. Si tratta, nel complesso, di prestazioni monetarie erogate in presenza di limitazioni psicofisiche che determinano condizioni di non autosufficienza. Questa caratteristica la rende parte integrante della spesa pubblica per LTC. Il riconoscimento del diritto prescinde da qualsiasi requisito reddituale del beneficiario.

Il numero di prestazioni in pagamento alla fine del 2022 è di circa 1.980.000 unità, per una spesa che ammonta allo 0,7% del PIL. Il 92% delle prestazioni è erogato a favore degli invalidi civili (totali e parziali), corrispondente al 94% della spesa totale.

Le indennità di accompagnamento erogate agli invalidi civili, che coprono la quasi totalità della spesa complessiva, sono fortemente correlate con l'età. Infatti, l'incidenza dei beneficiari sulla popolazione residente di pari età e sesso, nelle fasce di età fino ai 65 anni, rimane sostanzialmente stabile, per poi salire rapidamente nelle fasce di età successive. Oltre i 90 anni, l'incidenza risulta in media pari al 27% per i maschi e al 44%, per le femmine.

Incrementi altrettanto significativi, sebbene rapportati a una dimensione molto più contenuta, si registrano per le indennità di accompagnamento dei ciechi.

Diverso è, invece, il caso delle indennità dei sordomuti, per le quali il legame con l'età è sostanzialmente assente. Vale, tuttavia, rilevare che l'incidenza sulla popolazione delle indennità per i sordomuti è estremamente bassa attestandosi, mediamente, su una percentuale inferiore allo 0,1%, per entrambi i sessi.

Per il futuro, il MEF prevede (sempre ad invarianza legislativa) una crescita continua della spesa a partire dal 2029 con un'evidente accelerazione nel periodo 2044-2053. Negli anni successivi, la crescita del rapporto tra spesa e PIL rallenta attestandosi su un valore pari quasi l'1% del PIL nel 2070.

La costante crescita del rapporto spesa/PIL prevista nel medio-lungo periodo è essenzialmente imputabile al fattore demografico. Infatti, il rapporto tra numero di indennità ed occupati passa, nel periodo 2029-2070, dal 9,2% al 13,5% (MEF, 2023b).

La spesa per "Altre prestazioni LTC" (gli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale)

L'aggregato che il MEF chiama "Altre prestazioni LTC" raccoglie un insieme di prestazioni eterogenee, prevalentemente in natura, erogate a livello locale per finalità socio-assistenziali rivolte ai disabili e agli anziani non autosufficienti.

Essa comprende prestazioni, prevalentemente in natura, erogate in via principale, se non esclusiva, dai comuni singoli o associati a favore degli anziani non autosufficienti, dei disabili, dei malati psichici e delle persone dipendenti da alcool e droghe. Le prestazioni in natura possono essere di tipo residenziale o non-residenziale. Le prime vengono riconosciute in istituti come, ad esempio, le residenze socio-sanitarie per anziani o le comunità socio-riabilitative. Le seconde sono riconosciute in strutture semi-residenziali, quali i centri diurni e i centri di aggregazione, o direttamente presso l'abitazione dell'assistito (assistenza domiciliare).

Oltre alle prestazioni in natura, vi sono anche, seppure in misura minoritaria, prestazioni monetarie per lo più assimilabili alle indennità di accompagnamento[/note]In particolare, la spesa relativa alle prestazioni di natura semi-residenziale rappresenta circa il 67% delle prestazioni in natura erogate.

Per il 2022, la spesa pubblica relativa agli interventi socio-assistenziali erogati a livello locale, che il MEF chiama "altre prestazioni LTC", è stimata nello 0,28% del PIL di cui il 57,2% è riferibile a prestazioni di natura non-residenziale e residenziale e il rimanente 42,8% a trasferimenti in denaro[/note]Questa componente comprende sia i contributi economici erogati direttamente agli utenti, sia i contributi erogati per agevolazioni sui ticket, sulle tariffe o sulle rette a particolari categorie di utenti.

Per il futuro è previsto un costante aumento della spesa che porterà l'incidenza della spesa sul PIL quasi a raddoppiare, rispetto al livello iniziale, attestandosi a un valore pari a 0,54% del PIL nel 2070. La crescita è prevalentemente legata alla dinamica del fattore demografico.

La spesa totale per LTC

La spesa pubblica complessiva per LTC ottenuta sommando le tre componenti ammonta, nel 2022, all'1,7% del PIL, di cui la parte erogata a soggetti con più di 65 anni rappresenta l'1,28% (il 74% del totale) (Cfr. Tab.1).

Tenendo conto che nel 2022 ogni punto di PIL valeva circa 19,1 miliardi di euro (MEF, 2023a), questo vuol dire che la spesa complessiva pubblica per le cure di lungo termine è stata di 32,4 miliardi di euro di cui 24,4 per gli anziani non autosufficienti.

La gran parte della spesa è assorbita dalla componente sanitaria e dalle indennità di accompagnamento che coprono

complessivamente l'83,5% della spesa complessiva per LTC (rispettivamente, il 40,5% e il 43%). Il restante 16,5% è rappresentato dalle altre prestazioni assistenziali locali (Cfr. Tab.1) (MEF, 2023b).

Tab. 1 - Spesa pubblica per LTC per componenti – anno 2022

Spesa pubblica LTC per componenti	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale
Componente sanitaria per LTC	13,4	0,70%	40,5%	9,0	0,47%	36,9%
Indennità di accompagnamento	14,2	0,74%	43,0%	10,7	0,56%	43,7%
Altre prestazioni LTC	5,4	0,28%	15,5%	4,7	0,25%	19,4%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro

La spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL, per il futuro, è destinata a crescere costantemente. Il MEF stima che passerà dall'1,7% del 2022 al 2,5% del 2070. Tale aumento si distribuirà in modo pressoché uniforme nel periodo di previsione, stabilizzandosi a partire dal 2060.

La spesa pubblica per LTC per macrofunzione

La spesa per LTC può essere opportunamente articolata anche per macrofunzioni (Cfr. Tab.2). In particolare, questa si può distinguere tra assistenza domiciliare (at home), assistenza residenziale e semi-residenziale (in institutions) e le prestazioni monetarie (cash benefits). Nella macrofunzione dell'Assistenza residenziale sono state incluse anche le prestazioni erogate in semi-residenzialità.

La distribuzione per macrofunzione evidenzia che le prestazioni monetarie rappresentano il 50% della spesa complessiva per LTC che diventa il 51% nell'assistenza agli anziani non autosufficienti (per una spesa a favore di questi ultimi di circa 12,4 miliardi di €). Sempre per gli anziani non autosufficienti, il resto della spesa pubblica viene assorbita per il 29,7% dall'assistenza residenziale e semiresidenziale (7,2 mld di euro) e dall'assistenza domiciliare per il 19,3% del totale della spesa (4,8 miliardi di euro).

Tab. 2 - Spesa pubblica per LTC per macrofunzione – anno 2022

Spesa pubblica LTC per macrofunzioni	TOTALE			65+ ANNI		
	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale	Spesa in mld €	Spesa/PIL	% sul totale
Assistenza domiciliare	5,3	0,28%	16,2%	4,8	0,25%	19,3%
Assistenza residenziale e semiresid.	11,1	0,58%	33,8%	7,2	0,38%	29,7%
Prestazioni monetarie	16,6	0,87%	50,0%	12,4	0,65%	51,0%
TOTALE	33,0	1,73%	100,0%	24,4	1,28%	100,0%

Fonte: Mef, 2023b + ns. elaborazione per stime di spesa in euro

La spesa per LTC rispetto a dieci anni fa

Negli ultimi dieci anni, la spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL è diminuita passando dal'1,84% del 2012 al 1,73% del 2022 (Cfr. Tab. 3).

Per quel che riguarda invece la spesa relativa al solo segmento degli anziani non autosufficienti questa è rimasta sostanzialmente stabile pur modificandosi al suo interno. Negli ultimi 10 anni è cambiato il peso delle diverse componenti con una riduzione del contributo della sanità e delle indennità di accompagnamento che è stata tutta compensata da un aumento del contributo dei Comuni (anche finanziati dalle Regioni e dallo Stato). La stessa stabilità si è registrata nella distribuzione della spesa per anziani tra le tre macrofunzioni (Cfr. Tab. 4).

Tab. 3 - Spesa pubblica per LTC per componenti in rapporto al PIL – anni 2012 e 2022

Componente	Spesa/PIL	Spesa/PIL	Spesa/PIL 55+ anno	Spesa/PIL 55+ anno
	Anno 2012	Anno 2022	2012	2022
Componente sanitaria per LTC	0,86%	0,70%	0,50%	0,47%
Indennità di accompagnamento	0,81%	0,74%	0,63%	0,56%
Altre prestazioni LTC	0,17%	0,28%	0,13%	0,25%
TOTALE	1,84%	1,73%	1,27%	1,28%

Fonte: ns. elaborazione su dati Mef, 2023b e MEF 2013

Ma in realtà la riduzione dell'impegno pubblico non c'è stato solo nei settori della disabilità, della salute mentale e della dipendenza da sostanze perché occorre anche tener conto delle modificazioni demografiche che sono avvenute negli ultimi 10 anni. Gli anziani sono passati dai 12.639.829 del 2012 ai 14.177.000 del 2022 con un conseguente aumento del numero degli anziani non autosufficienti di almeno il 12%. Se la percentuale del PIL dedicata agli anziani non autosufficienti rimane la stessa e questi ultimi aumentano quantitativamente del 12% il risultato banale, ma ovvio, è che le risorse ad essi dedicate si riducono pro-capite della stessa percentuale. Per cui si può serenamente affermare che negli ultimi dieci anni le risorse per LTC dedicate agli anziani non autosufficienti si sono ridotte in modo significativo.

Tab. 4 - Spesa pubblica per LTC per macrofunzioni in rapporto al PIL – anni 2012 e 2022

	Spesa/PIL	Spesa/PIL	Spesa/PIL 55+ anno	Spesa/PIL 55+ anno
	Anno 2012	Anno 2022	2012	2022
Assistenza domiciliare	0,48%	0,28%	0,23%	0,25%
Assistenza residenziale e semiresid.	0,52%	0,58%	0,39%	0,38%
Prestazioni monetarie	0,84%	0,87%	0,65%	0,65%
TOTALE	1,84%	1,73%	1,27%	1,28%

Fonte: ns. elaborazione su dati Mef, 2023b e MEF 2013

Il confronto con l'Europa

Il confronto con l'Europa presenta qualche difficoltà tecnica perché i dati non sono aggiornatissimi e perché, seppur in miglioramento costante, continuano a permanere differenti sistemi nazionali di valutazione delle spese afferenti al sistema LTC (in sostanza vengono comprese prestazioni non sempre omogenee). Valga per tutti il dato della Germania, che vanta il sistema di assistenza alla non autosufficienza fra i più importanti al mondo, a cui viene attribuito un livello di spesa rispetto al PIL (1,6%) inferiore a quello italiano (1,7%), anche se questo può essere spiegato dal valore del PIL tedesco che è superiore del 30% di quello italiano (in sostanza l'1,6% tedesco varrebbe come un 2,2% italiano). Comunque i dati afferenti al 2019 collocavano l'Italia perfettamente in linea con la spesa media pubblica dell'Unione Europea (1,7% del PIL). C'è però anche da registrare la straordinaria diversità di spesa pubblica che si registrava nei Paesi dell'Unione - dallo 0,2% della Grecia al 3,7% dell'Olanda - che influenzava in modo significativo il calcolo della media europea (Cfr. Tab. 5).

Sintesi

La spesa per la long-term care in Italia assorbe l'1,73% delle risorse del Prodotto interno lordo (PIL). Rispetto a 10 anni fa la quota di PIL dedicata alle cure di lungo termine è addirittura diminuita dato che nel 2012 era dell'1,84%. La riduzione ha coinvolto soprattutto la spesa per l'assistenza ai disabili, ai malati mentali e ai tossicodipendenti con particolare riferimento all'assistenza sanitaria ambulatoriale e domiciliare.

L'assistenza di lungo termine agli anziani, negli ultimi 10 anni, è rimasta stabile assorbendo sempre la stessa quota di risorse che nel 2022 era pari all'1,28% del PIL. Si tratta di circa 24,4 miliardi di euro, in maggioranza utilizzate per prestazioni monetarie di vario genere (12,4 miliardi). La quota più modesta dei diversi setting utilizzati è invece dedicata all'assistenza domiciliare sanitaria e sociale che impiega 4,8 miliardi pari al 19,3% di tutta la spesa per la LTC. I dati confermano, ma non ce n'era bisogno, che il sistema assistenziale italiano per la non autosufficienza si basa soprattutto sulle prestazioni economiche piuttosto che sui servizi da erogare alle famiglie. Una situazione che andrebbe ribaltata.

Tab. 5 – Spesa pubblica per LTC in rapporto al PIL nell'Unione Europea nel 2019 e previsioni al 2070

Nazione	2019	Previsione 2070	Nazione	2019	Previsione 2070
Grecia	0,2	0,2	Slovenia	1,0	2,1
Bulgaria	0,3	0,4	Malta	1,1	2,5
Cyprus	0,3	0,6	Irlanda	1,3	2,6
Croazia	0,4	0,6	Repubblica Ceca	1,5	2,9
Estonia	0,4	0,7	Germania	1,6	2,3
Romania	0,4	0,7	Italia	1,7	2,7
Portogallo	0,4	0,8	EU27	1,7	2,9
Lettonia	0,5	0,6	Austria	1,8	3,6
Ungheria	0,6	1,2	Francia	1,9	2,8
Spagna	0,7	1,5	Finlandia	2,0	4,2
Polonia	0,8	2,3	Belgio	2,2	4,3
Repubblica Slovacca	0,8	2,5	Svezia	3,3	5,7
Lituania	1,0	1,7	Danimarca	3,5	7,5
Lussemburgo	1,0	1,7	Olanda	3,7	6,4

Fonte: EC (2021)

Ma a guardare in modo più approfondito i dati si scopre che anche la spesa reale per le cure di lungo termine per gli anziani non autosufficienti sono diminuite; occorre infatti tener conto che negli ultimi 10 anni gli anziani sono aumentati del 12%, e con essi anche quelli non autosufficienti, mentre la quota del PIL ad essi dedicata è rimasta stabile per cui il risultato oggettivo è una riduzione media delle risorse pro-capite per gli anziani non autosufficienti della medesima percentuale circa.

Si può pertanto legittimamente affermare che negli ultimi 10 anni le risorse dedicate alle cure di lungo termine per le persone non autosufficienti rispetto al PIL si sono ridotte, con particolare riferimento proprio agli anziani non autosufficienti dove la riduzione, in virtù del loro costante aumento numerico, ha toccato la percentuale del 12% circa. Si tratta di un aspetto critico

che va assolutamente sottolineato perché al crescere naturale dell'invecchiamento della popolazione italiana e conseguentemente anche della popolazione non autosufficiente lo Stato non può mantenersi indifferente e conservare le medesime risorse perché questo comporta un ridimensionamento del sistema di protezione delle persone più fragili. Per il futuro la spesa continuerà a crescere costantemente. Su questo sono tutti d'accordo e i dati dell'Unione Europea lo confermano abbondantemente. In Italia, ad invarianza legislativa, questa dovrebbe raggiungere il 2,5% [note] L'unione Europea stima al 2,7% la spesa italiana per LTC rispetto al PIL nel 2070 (più alta della stima italiana) ma occorre dire che il dato è meno aggiornato (2019) rispetto a quello elaborato dal MEF (2022). [note] del PIL nel 2060 per poi stabilizzarsi a causa dell'andamento della popolazione anziana. Le tendenze per il futuro dovranno però essere riviste alla luce dei contenuti della L. 33/2023.

L'assistenza di lungo periodo ed in particolare di quella prestata agli anziani non autosufficienti è la grande sfida del welfare dell'oggi ma lo sarà ancora di più in futuro con l'aumento costante del numero dei non autosufficienti. Dobbiamo essere in grado di affrontare questa sfida, preparandoci sin da ora, per garantire una vita dignitosa a tutte le persone fragili e non autosufficienti.

<https://www.welforum.it/la-spesa-pubblica-per-long-term-care-in-italia/>



La salute digitale e/o l'intelligenza artificiale miglioreranno l'equità sanitaria?

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

“L'intelligenza artificiale è uno dei codici genetici della modernità: è piena di chiarezza ed ambiguità e ha, al suo interno, la mutazione reale degli ultimi 10 anni” (Paolo Bricco – Il Sole 24 ore – 2 luglio 2023)

Siamo tutti impegnati nell'affrontare il quadro epidemiologico generato da una società molto invecchiata. Lo sapevamo da tempo. Per alcuni aspetti ci siamo preparati: quelli medico scientifici; per altri siamo stati meno accorti: quelli assistenziali e sociali, altrimenti detti “politici”. E da una prospettiva prettamente politica non possiamo ignorare che le disuguaglianze tra cittadini stanno crescendo.

È utile distinguere chiaramente tra equità di salute ed equità sanitaria. Equità di salute significa che tutti hanno un'opportunità equa e giusta di raggiungere il loro più alto livello di salute. La salute equa è il risultato di un ampio spettro di fattori individuali e sociali che si sperimentano nel corso della vita.

L'equità sanitaria riguarda invece più strettamente l'esperienza di accesso e interazione con il sistema sanitario e le sue organizzazioni: se i pazienti hanno un accesso equo, ricevono cure eque e hanno esperienze eque. La capacità di avere un impatto sull'equità sanitaria dovrebbe essere comunque in buona parte sotto il controllo e nel potere delle istituzioni: comuni, regioni, stato.

Tenere concettualmente separate le due forme di equità aiuta a comprendere a chi attribuire la responsabilità e quindi l'onere degli interventi di correzione. In particolare, sono due le domande che ci dobbiamo porre:

- *dalla prospettiva di chi opera in organizzazioni sanitarie, sapere quali disuguaglianze sanitarie sono sia misurabili sia aggredibili direttamente rende possibile fare scelte di priorità nell'uso delle risorse a disposizione?*
- *quando alcune disuguaglianze sanitarie sono davvero al di là della sola competenza delle organizzazioni sanitarie, come possiamo, come comunità, garantire che le risorse siano allocate non solo per consentire ai pazienti con maggiori bisogni di gestire la loro salute, ma anche per dotare delle risorse necessarie le organizzazioni sanitarie che si prendono cura di questi pazienti?*

Nel mezzo di questo passaggio storico e nella ricerca di nuovi mezzi e strumenti, ha fatto irruzione il progresso delle tecnologie digitali con le loro potenzialità per cambiare sostanzialmente molte modalità di cura e d'intervento.

I progressi dell'assistenza virtuale, specialmente la telemedicina ed il teleconsulto, avanzano se promuovono l'implementazione dell'IA perché un'assistenza virtuale diventa realmente efficiente se disponiamo di strumenti in grado di analizzare i dati, di registrare ciò che il paziente sta dicendo, capirlo e trarne conclusioni. Non per fornire assistenza remota al posto di un medico, ma per supportare il medico nell'assistenza remota.

Le prove di efficacia di applicazioni d'intelligenza artificiale medica sono in costante crescita.

Ci sono sempre più tecnologie di IA che, proprio come con i farmaci, vengono convalidate attraverso studi, studi peer-reviewed e studi clinici. Un buon esempio è l'[orologio della sepsi](#), un'applicazione di IA che analizza le cartelle cliniche e aiuta il personale a identificare i pazienti con il più alto rischio di sepsi. Si tratta uno strumento molto utile, ma richiede l'analisi di una quantità incredibile di dati in modo molto complesso.

La [rivoluzione ChatGPT](#) ha finalmente permesso a tutti di provare cosa vuol dire lavorare con l'IA. Fino ad ora, l'IA era una tecnologia familiare a pochi: alcuni ricercatori, sviluppatori, innovatori, ma fuori dalla portata della gente comune. Nel campo della ricerca medica e della clinica solo alcuni medici fortunati che stavano lavorando in posti straordinari e alcuni pazienti che hanno ricevuto le cure lì hanno sperimentato i benefici della IA. Questa situazione è cambiata una volta per tutte ed ora centinaia di milioni di persone possono accedervi gratuitamente e conoscere cosa vuol dire lavorare con la tecnologia IA.

Vivendo questi cambiamenti ci stiamo anche chiedendo con gradi di apprensione che variano a seconda delle persone, delle notizie e dei momenti se la sanità digitale e/o l'intelligenza artificiale miglioreranno l'equità sanitaria?

La risposta non è un semplice sì o no, perché occorrerà del tempo ed un intenso lavoro di analisi per capirlo ma sì, la sanità digitale e l'intelligenza artificiale alla fine molto probabilmente miglioreranno l'equità sanitaria anche se durante questo periodo di transizione si potrebbero allargare temporaneamente i divari.

Ciò che è importante capire subito è che non è una questione solo di tecnologia ma molto dipende dalle persone che operano nelle organizzazioni sanitarie, dalle loro competenze e dalle loro qualità, così come da quelle presenti nel contesto sociale ed economico circostante.

In teoria, l'introduzione della tecnologia digitale dovrebbe migliorare l'accesso. Assume e svolge i compiti più ripetitivi, accelera l'accesso per i pazienti rendendo più semplice e veloce per loro ricevere aiuti nel momento in cui sorge un problema.

Libera risorse umane impegnate in questi processi, il cui numero è ormai un fattore critico dei sistemi sanitari. Potrebbe aiutare a superare la cosiddetta "odissea diagnostica", quel lungo, spesso arduo, viaggio che le persone con condizioni rare intraprendono prima di incontrare lo specialista giusto.

Dobbiamo però fare attenzione perché questi vantaggi sono accessibili solo a coloro che possono accedere alla tecnologia e il divario di equità sanitaria diventa quindi fondamentalmente un divario tecnologico e questo divario tecnologico è di per sé un divario di ricchezza e istruzione. Pertanto, in fin dei conti, ci troviamo di fronte, come sempre, a una questione sociale.

Idealmente, dovremmo tutti vivere in un mondo in cui la salute non è determinata dal dove abiti, da quanto sei ricco e o istruito. La tecnologia – in particolare, la sanità digitale e l'IA – può diventare, se sapremo usarla bene il principale mezzo di questa utopia sanitaria.

Noi, ricercatori e professionisti della sanità, possiamo lavorare diligentemente per migliorare l'equità sanitaria attraverso la tecnologia ma affrontare le lacune di ricchezza e istruzione, prerequisiti critici per un'adozione efficace della tecnologia, è al di fuori del nostro controllo. Per spiegarsi meglio non importa quanto siano avanzate le funzionalità di screening cardiologico sugli ultimi smartwatch, sono inutili se il loro prezzo supera il [salario mensile o addirittura annuale](#) di un individuo. I teorici benefici di un allarme tempestivo non diventeranno mai realtà.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità pone questa sfida come un [problema di alfabetizzazione sanitaria digitale](#): "...concentrarsi sugli approcci digitali può inavvertitamente ampliare le disuguaglianze esistenti nella salute se le disuguaglianze note nell'accesso, nell'uso e nell'impegno con la tecnologia digitale non vengono considerate e affrontate". Interessante è anche la conclusione dell'OMS secondo cui la maggior parte degli studi non tiene conto della natura complessa dell'equità sanitaria digitale e in genere osserva solo una variabile.

La posta in gioco dell'inequità sanitaria è alta e le implicazioni socioeconomiche sono sostanziali. Secondo un rapporto del World Economic Forum nel 2019, la cattiva salute costa all'economia statunitense circa 3,2 trilioni di dollari all'anno a causa di morti premature e perdita di potenziale produttivo associato alle malattie. [Questo rapporto ha stimato](#) che la cattiva salute riduce il PIL globale del 15% ogni anno.

Al momento possiamo affermare che, in teoria, la sanità digitale e l'intelligenza artificiale offrono un potenziale significativo per migliorare l'equità sanitaria, anche se questo va oltre l'essere solo un problema tecnologico.

Questi vantaggi potrebbero non essere immediatamente accessibili a tutti, ma nel tempo diventeranno sempre più diffusi, come hanno fatto molte tecnologie rivoluzionarie nel corso dei secoli, dal vapore all'elettricità, dai computer fino ai telefoni cellulari. Tuttavia, è importante riconoscere una potenziale insidia. Se la motivazione principale dei responsabili politici e di altre parti interessate per una maggiore digitalizzazione dell'assistenza sanitaria sarà quella di ridurre i costi e non riallocare, per volontà o per necessità, le risorse liberate dall'adozione della tecnologia, finiremo in una situazione in cui l'accesso non è migliorato per nessuno.

Il risultato? La tecnologia diventa semplicemente uno strumento per ridurre i costi piuttosto che un agente di cambiamento.

In sintesi:

1. la salute digitale incrementa l'equità sanitaria, ma solo per coloro che hanno accesso alla tecnologia;
2. per sfruttare bene la salute digitale per migliorare l'equità sanitaria, dobbiamo migliorare l'equità digitale, un compito vasto che vale anche per i responsabili politici;
3. se, infine, non reindirizziamo le risorse umane e le capacità liberate dalla salute digitale e dall'intelligenza artificiale verso il miglioramento dell'assistenza e scegliamo invece di risparmiare sui costi operativi, il sistema alla fine non vedrà miglioramenti anche se le due condizioni precedenti saranno soddisfatte.

andrea.gg.vannucci@icloud.com

<https://www.toscanamedica.org/la-salute-digitale-e-o-lintelligenza-artificiale-miglioreranno-lequita-sanitaria/>

Cartelle sanitarie elettroniche federate per lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari

René Raab, Arne Küderle, Anastasiya Zakreuskaya, Ariel D. Stern, Prof. Jochen Klucken, Georgios Kaissis, et al.

Publicato: 21 settembre 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(23\)00156-5](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(23)00156-5)

Riepilogo

La bozza della Commissione Europea per lo Spazio Europeo dei Dati Sanitari (EHDS) mira a consentire ai cittadini di accedere ai propri dati sanitari personali e condividerli con medici e altri operatori sanitari. Definisce inoltre le procedure per l'uso secondario dei dati sanitari elettronici a fini di ricerca e sviluppo.

Sebbene questa legislazione prevista sia senza dubbio un passo nella giusta direzione, gli approcci di implementazione potrebbero potenzialmente portare a silos di dati centralizzati che pongono rischi per la privacy e la sicurezza dei dati per le persone. Per affrontare questa preoccupazione, proponiamo spazi federati di dati sanitari personali, una nuova architettura per l'archiviazione, la gestione e la condivisione delle cartelle cliniche elettroniche personali che mette i cittadini al centro, sia concettualmente che tecnologicamente.

L'architettura proposta dà ai cittadini il controllo archiviando i dati sanitari personali su una combinazione di dispositivi personali anziché in silos di dati centralizzati. Descriviamo come questa architettura federata si inserisce all'interno dell'EHDS e può abilitare le stesse funzionalità dei sistemi centralizzati proteggendo al contempo la privacy dei cittadini. Sosteniamo inoltre che una maggiore privacy e un maggiore controllo non contraddicono l'uso dei dati sanitari elettronici per la ricerca e lo sviluppo.

Invece, la sovranità e la trasparenza dei dati incoraggiano la partecipazione attiva agli studi e alla condivisione dei dati. Questa combinazione di privacy-by-design e condivisione trasparente dei dati che preserva la privacy può consentire ai leader sanitari di rompere la barriera dello sfruttamento della privacy, che attualmente limita in molti casi l'uso secondario dei dati sanitari.

Descriviamo come questa architettura federata si inserisce all'interno dell'EHDS e può abilitare le stesse funzionalità dei sistemi centralizzati proteggendo al contempo la privacy dei cittadini. Sosteniamo inoltre che una maggiore privacy e un maggiore controllo non contraddicono l'uso dei dati sanitari elettronici per la ricerca e lo sviluppo. Invece, la sovranità e la trasparenza dei dati incoraggiano la partecipazione attiva agli studi e alla condivisione dei dati.

Questa combinazione di privacy-by-design e condivisione trasparente dei dati che preserva la privacy può consentire ai leader sanitari di rompere la barriera dello sfruttamento della privacy, che attualmente limita in molti casi l'uso secondario dei dati sanitari.

Descriviamo come questa architettura federata si inserisce all'interno dell'EHDS e può abilitare le stesse funzionalità dei sistemi centralizzati proteggendo al contempo la privacy dei cittadini.

Sosteniamo inoltre che una maggiore privacy e un maggiore controllo non contraddicono l'uso dei dati sanitari elettronici per la ricerca e lo sviluppo. Invece, la sovranità e la trasparenza dei dati incoraggiano la partecipazione attiva agli studi e alla condivisione dei dati.

Questa combinazione di privacy-by-design e condivisione trasparente dei dati che preserva la privacy può consentire ai leader sanitari di rompere la barriera dello sfruttamento della privacy, che attualmente limita in molti casi l'uso secondario dei dati sanitari.

Sosteniamo inoltre che una maggiore privacy e un maggiore controllo non contraddicono l'uso dei dati sanitari elettronici per la ricerca e lo sviluppo. Invece, la sovranità e la trasparenza dei dati incoraggiano la partecipazione attiva agli studi e alla condivisione dei dati.

Questa combinazione di privacy-by-design e condivisione trasparente dei dati che preserva la privacy può consentire ai leader sanitari di rompere la barriera dello sfruttamento della privacy, che attualmente limita in molti casi l'uso secondario dei dati sanitari.

Sosteniamo inoltre che una maggiore privacy e un maggiore controllo non contraddicono l'uso dei dati sanitari elettronici per la ricerca e lo sviluppo. Invece, la sovranità e la trasparenza dei dati incoraggiano la partecipazione attiva agli studi e alla condivisione dei dati.

Questa combinazione di privacy-by-design e condivisione trasparente dei dati che preserva la privacy può consentire ai leader sanitari di rompere la barriera dello sfruttamento della privacy, che attualmente limita in molti casi l'uso secondario dei dati sanitari.

[https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500\(23\)00156-5/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/landig/article/PIIS2589-7500(23)00156-5/fulltext?dqcid=raven_jbs_aip_email)

TeleMediCare '23
Tele-Medicine & Tele-Care
XVII - Seminario Nazionale (Italian National Workshop)
XIII - International Workshop
Elderly People, Chronic Diseases, Fragility and Disability,
Biosensors, IoT, Robotics,
Telemonitoring, Telerehabilitation, AAL-Ambient Assisted Living ...



International Institute of Tele-Medicine
Istituto Internazionale di Tele-Medicina



IITM

In collaborazione con

COBAC - COMITATO OVEST BRIANZA "ANTONIO COLOMBO"



Dall'Ospedale al Territorio, ruolo dei Poliambulatori specialistici,
Case della Salute, Medicina di Base in Prevenzione, Monitoraggio
sanitario e Riabilitazione, Reti sanitarie e Telemedicina
Campagna COBAC di Prevenzione e Salute

(On site/On line Meetings)

2 Ottobre, 2023

Biblioteca Ospedale XI (1° piano adiacente Aula magna)
Via Mazzini, Città di Desio (MB)



Chair: Francesco Siccardi, IITM, Università Bicocca, CNR-ITB, Università Milano Bicocca

Contatto: segreteria@otive.it

Intelligenza artificiale, la scossa per il Pil italiano può valere fino a 312 miliardi

di Filippo Santelli

Un'adozione capillare da parte delle imprese può dare una spinta decisiva alla produttività, dice uno studio The European House – Ambrosetti e Microsoft. Ma il nostro Paese deve digitalizzare le piccole imprese e formare più professionisti hi-tech, o perderà il treno

Una massiccia iniezione di produttività, che in Italia ristagna da decenni. E un antidoto alla riduzione della forza lavoro, effetto del rapido invecchiamento della popolazione. Se le aziende e la pubblica amministrazione italiane adottassero in maniera diffusa l'Intelligenza artificiale, in particolare la sua frontiera "generativa", il nostro Paese potrebbe vedere il Pil aumentare fino a 312 miliardi di euro, il 18%. Un Pnrr e mezzo. La stima è in uno studio realizzato da The European House – Ambrosetti e Microsoft, presentato oggi in apertura del forum di Cernobbio. Ma il condizionale è d'obbligo, spiega il rapporto. Perché l'integrazione di questa rivoluzione negli ingranaggi del Made in Italy dipende dal superamento di alcuni gravi ritardi: la bassa digitalizzazione delle imprese, in particolare il corpaccione di piccole e micro aziende, e la scarsità di lavoratori con competenze digitali, di base e avanzate.

Le grandi aziende sono pronte

Lo studio, intitolato "Ai 4 Italy", prova per la prima volta a stimare nel dettaglio l'effetto che potrebbero avere gli algoritmi intelligenti sull'economia del nostro Paese, settore per settore. Lo fa innanzi tutto fotografando lo stato dell'arte, con un sondaggio condotto tra cento aziende. Emerge che il 78% di loro ha già adottato o sperimentato delle applicazioni di Ai generativa, oppure ha in programma di farlo nel prossimo futuro. Un dato incoraggiante, anche se nel campione prevalgono imprese medie e grandi, più portate all'innovazione.

Una spinta alla produttività

Il passo successivo allora è ipotizzare che in futuro quella percentuale massiccia di adozione si estenda a tutta Italia Spa, e capire come cambierebbe l'attività delle imprese. Il primo dato è che tutti i settori sarebbero trasformati: la domanda non è "se", ma "quanto". E la risposta è che gli aumenti di produttività sarebbero più contenuti - sotto il 20% - nei comparti con una componente fisica più accentuata, come agricoltura e costruzioni, medi - tra il 20 e il 25% - per commercio, educazione, pubblica amministrazione e servizi professionali, e alti - sopra il 25% - per aziende digitali e finanziarie. Mentre dal punto di vista delle mansioni l'impatto sarebbe massimo per gli impiegati, che svolgono attività di routine automatizzabili, ma notevole anche per professionisti, manager, ricercatori e creativi, a testimonianza del fatto che l'AI "parlante" cambierà la vita anche a figure più qualificate.

Il lavoro "liberato"

L'ingresso di questo assistente universale in azienda, capace di affiancare gli uomini nella ricerca, nella scrittura di un codice o nella progettazione di un prototipo, nell'ottimizzazione della filiera produttiva o nell'assistenza ai clienti, può quindi essere stimato in due modi. A parità di ore lavorate può dare al Pil una spinta da 312 miliardi, il 18%. Oppure, a parità di valore aggiunto, "liberare" 5,7 miliardi di ore di lavoro umano ogni anno. L'effetto complessivo sarà un incrocio tra i due: alcune aziende useranno la produttività extra per fare di più, altre per fare lo stesso con meno lavoro.

Serve una rivoluzione digitale

Ecco la dibattuta e irrisolta questione: l'AI toglierà lavoro agli umani? Lo studio risponde che nel complesso non sarà così e di certo Microsoft, in prima linea nello sviluppo degli algoritmi, non ha interesse ad alimentare paure. Ma è vero che, prima della disoccupazione tecnologica, il problema dell'Italia è opposto: poca innovazione, poca crescita, poco lavoro di qualità. Gli allarmi che manda lo studio, allora, sono altri. Uno generale, sulla necessità che lo sviluppo dell'AI sia etico, attraverso un dialogo tutto da definire tra governi e aziende. E uno alla politica italiana. Perché l'adozione dell'AI sia capillare, bisogna prima rendere digitali 113 mila piccole imprese. E aumentare gli iscritti a corsi di laurea hi-tech - oggi al livello più basso in Europa - di 130 mila unità. L'AI è un treno che l'Italia non può perdere, ma per poterci salire serve una svolta tutta da costruire.

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/01/news/intelligenza_artificiale_produttivita_pi/ambrosetti-412888532/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S2-T1

L'Intelligenza Artificiale: la rivincita della sapienza

Antonio Panti

Tutti discettano di intelligenza artificiale (I.A.) tra entusiasmo e preoccupazione, la seconda nettamente prevalente: che accadrà della medicina e della professione medica nell'era dell'I.A.?

A mio avviso l'errore sta nel chiamarla "Intelligenza". L'intelligenza è qualcosa di assai più complesso di uno strumento meramente computazionale. L'intelligenza è un insieme di fattori, la coscienza, la consapevolezza, la fantasia e molti altri, compreso l'intreccio col proprio corpo.

Tuttavia l'I.A. in medicina, se da un lato apre a grandi speranze di progresso in tutti i campi della sanità, dall'altro come ogni innovazione provoca timore: l'I.A. integrerà o sostituirà l'opera del medico? Provocherà disoccupazione e perdita di ruolo o, come ogni creative disruption della tecnologia applicata al mercato, porterà a impensate e entusiasmani novità?

L'I.A. faciliterà la produzione di nuovi farmaci, l'I.A. migliorerà i servizi diagnostici, l'I.A. renderà più leggibile l'enorme quantità di dati necessari alla sanità, l'I.A. offrirà diagnosi, prognosi e terapie, risponderà a mille difficoltà della medicina e aprirà a soluzioni oggi impensabili.

Tutti gli esperti concordano sulla necessità e urgenza di dare regole etiche e giuridiche all'uso di qualsivoglia strumento che utilizzi l'I.A. e la FNOMCeO deve promulgare quanto prima norme deontologiche. Tuttavia il problema fondamentale non è tanto imparare a usare l'I.A. (già vi è un'abbondante offerta di corsi) quanto di trarne profitto professionale e non imbarazzo di fronte a un paziente che l'ha consultata e appare saperne più del medico.

Perché l'I.A. rappresenti un concreto vantaggio professionale occorre che il medico sappia porre alla macchina le domande giuste; l'I.A. è uno strumento di deep learning, che elabora ciò che ha acquisito per rispondere ai quesiti posti, e sono citati mille esempi di risposte errate perché fondate su bias nei dati immessi nella macchina e nell'elaborazione di questi.

Ma anche i pazienti porranno domande all'I.A. e assai spesso ne trarranno fake news, nel mondo della post verità. L'impegno del medico sarà allora di convincere il paziente della non scientificità delle sue pseudo certezze e persuaderlo a aderire alla sua proposta di cura.

Nel primo caso il medico deve possedere una capacità logica che è parte della filosofia, nel secondo una competenza retorica, cioè essere persuasivo; in entrambi i casi occorre saper maneggiare la grammatica per rendere intellegibile il discorso.

Tutto ciò si inquadra nelle cosiddette Medical Humanities, comprende la Medicina Narrativa, ma va oltre. E' paradossale come, di fronte alla più moderna delle tecnologie, l'I.A. torni a superficie la grande tradizione delle Università medioevali, la ripartizione dei saperi nel trivio e nel quadrivio.

La medicina stava nel quadrivio, cui si accedeva dopo aver concluso lo studio del trivio e cioè la grammatica, la retorica e la dialettica (in pratica la logica). Sarà bene spiegare ai giovani, convinti che la storia inizi con la loro generazione, che siamo nani sulle spalle di giganti e che il sapere medico è qualcosa di non contenibile nei limiti dell'I.A.

E' opportuno includere nel curriculum formativo del medico lo studio delle arti liberali del trivio, la grammatica, la logica e la retorica, a dimostrazione che qualsiasi tecnica, la più sofisticata, non sostituisce l'intelligenza naturale del medico che deve acquisire gli strumenti per dominarla.

<https://www.toscanamedica.org/lintelligenza-artificiale-la-rivincita-della-sapienza/>



Cambiare rotta

Più giustizia sociale per il rilancio dell'Italia

Fabrizio Barca - Forum Disuguaglianze e diversità

*“Le disuguaglianze sono una scelta”. Sono il frutto della svolta a 180 gradi che cultura politica e politiche, di ogni parte, compiono fra anni Settanta e Ottanta. Della subalternità culturale alla **forma mentis** neoliberale. Certo che globalizzazione e tecnologia digitale hanno scosso il sistema. Ma anziché tentare di indirizzare questi processi, l'azione pubblica li ha abbandonati alle scelte di pochi. Si deve e si può cambiare rotta. Ecco come.*

Con contributi di Sabina De Luca, Massimo Florio, Elena Granaglia, Vincenzo Manco, Anna Lisa Mandorino, Andrea Morniroli, Andrea Roventini.

<https://www.laterza.it/scheda-libro/?isbn=9788858140895>

la Repubblica

L'Ocse taglia le stime sul Pil italiano: quest'anno e il prossimo crescita sotto l'1%

di Raffaele Ricciardi

Sforbiciata rispetto alle previsioni di giugno. A livello globale pesano la (necessaria) stretta monetaria, il rallentamento della Cina, il calo della fiducia

MILANO – Anche l’Ocse suona un campanello d’allarme sulla crescita italiana, tagliando le previsioni sull’andamento del Pil per quest’anno e il prossimo rispetto all’ultimo aggiornamento rilasciato lo scorso giugno. A pochi giorni dalla pubblicazione della Nadef, l’aggiornamento al Def con il quale il governo fisserà le sue previsioni sui saldi di finanza pubblica costruendo la cornice entro la quale incastrare una difficile manovra finanziaria, l’Organizzazione parigina pronostica che l’Italia farà +0,8% sia quest’anno che il prossimo, con una limatura rispettivamente di 0,4 e 0,2 punti percentuali rispetto al report di giugno. Numeri che si confrontano, ad oggi, con la previsione del Def per un +1% quest’anno e soprattutto +1,4% programmatico il prossimo.

Ocse: così il Pil dei principali Paesi

Crescita % annua del Pil reale



La performance italiana, per come emerge dalle tabelle Ocse, è migliore rispetto alla media dell’Eurozona (+0,6%) per il 2023. Spicca in particolare, con un taglio di 0,2 punti alle stime di pre-estate, lo scivolamento della Germania in territorio negativo (-0,2% la previsione per il 2023, poi +0,9%).

La Francia vede di contro migliorare la sua situazione, con un +1% quest’anno seguito da un +1,2% il prossimo, mentre la Spagna viaggia ad alte marce con un +2,3% e quindi +1,9%. Il ritardo tricolore emerge, dunque, soprattutto sul prossimo anno, quando la media dell’area con la moneta unica sarà in ripresa al +1,1% e l’Italia non terrà il passo.

In linea generale, l’Ocse conferma le preoccupazioni che stanno caratterizzando questa fase di difficili equilibri globali. “Dopo un inizio del 2023 più forte del previsto, favorito dal calo dei prezzi dell’energia e dalla riapertura della Cina, si prevede una moderazione della crescita globale”, si legge nell’incipit del rapporto.

A pesare sono tre fattori: l'impatto delle strette monetarie da parte delle Banche centrali, arrivate nei pressi del picco per Fed e Bce dopo una corsa ai rialzi dei tassi per frenare l'inflazione; il calo della fiducia di imprese e consumatori; l'affievolirsi della spinta cinese. Un mix di fattori che tiene il Pil globale sotto la media, con una crescita prevista del 3 e del 2,7% tra 2023 e 2024.

Gli Stati Uniti sono visti rallentare dal 2,2% di quest'anno all'1,3% nel 2024, con la domanda schiacciata dall'inasprimento delle condizioni finanziarie. La ripresa del prossimo anno nell'Eurozona è ascritta al recupero dei redditi reali, grazie alla frenata dell'inflazione; mentre la domanda interna sottotono e le tensioni ormai "strutturali" sul mercato immobiliare faranno scendere la performance della Cina dal 5,1% di quest'anno al 4,6% del prossimo.

Se l'inflazione generale è vista in calo (dal 6 al 4,8% per le economie del G20, comunque ben sopra i desiderata dei governatori), l'inflazione di fondo resta "persistente". Motivo per cui l'Ocse giudica appropriate le strette monetarie da parte delle Banche centrali, per quanto i loro effetti non siano ancora del tutto visibili e ciò rappresenta – insieme al possibile ulteriore rallentamento cinese – il principale rischio al ribasso sullo scenario globale.

Prevale dunque il timore che i banchieri abbiano fatto "troppo" piuttosto che "troppo poco". E proprio oggi, dalla Federal Reserve, si attende una indicazione sulle prossime mosse.

Gli ultimi due rilievi dell'Ocse vanno ai governi. Da un lato si invita a "maggiori sforzi a breve termine per di ricostruire lo spazio fiscale e piani fiscali credibili a medio termine".

Un invito alla disciplina di bilancio per "garantire la sostenibilità del debito" che risuona particolarmente urgente per l'Italia del governo Meloni, alle prese con la manovra. In secondo luogo si invita a rinvigorire il commercio globale, schiacciato prima dalla pandemia e poi dalla ricostituzione di blocchi contrapposti esacerbata dalla guerra in Ucraina. "Le preoccupazioni per la sicurezza economica – si sintetizza nel documento Ocse – non dovrebbero impedire di sfruttare le opportunità di ridurre le barriere commerciali, soprattutto nei servizi".

<https://www.repubblica.it/economia/2023/09/19/news/locse taglia le stime sul pil italiano qu estanno e il prossimo crescita sotto l1-415020013/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S9-T1>

la Repubblica

Tassi ai massimi storici. Cura da cavallo Bce nel tentativo disperato di fermare l'inflazione

di Tonia Mastrobuoni

Decimo rialzo consecutivo in poco più di un anno, ma il board si spacca. Il valore principale di riferimento sale al 4,5%. "Forte impatto sull'economia"

È stata una discussione lunga e tormentata. E alla fine la Banca centrale europea ha alzato i tassi di interesse per la decima volta consecutiva. Stavolta li ha caricati di un quarto di punto: il costo del denaro schizza così al suo massimo storico dall'introduzione dell'euro e raggiunge il 4% per i depositi e il 4,5% per i rifinanziamenti principali.

Ma alla riunione del consiglio direttivo, per ammissione della presidente della Bce, Christine Lagarde, c'è stata «un'attenta analisi dei dati: ancora ieri mattina (mercoledì, ndr) abbiamo passato molto tempo sui numeri».

Alcuni governatori, ha aggiunto, «avrebbero voluto aspettare», ma «una solida maggioranza era d'accordo con la decisione presa». In ogni caso «non è mai stata una discussione con toni ostili».

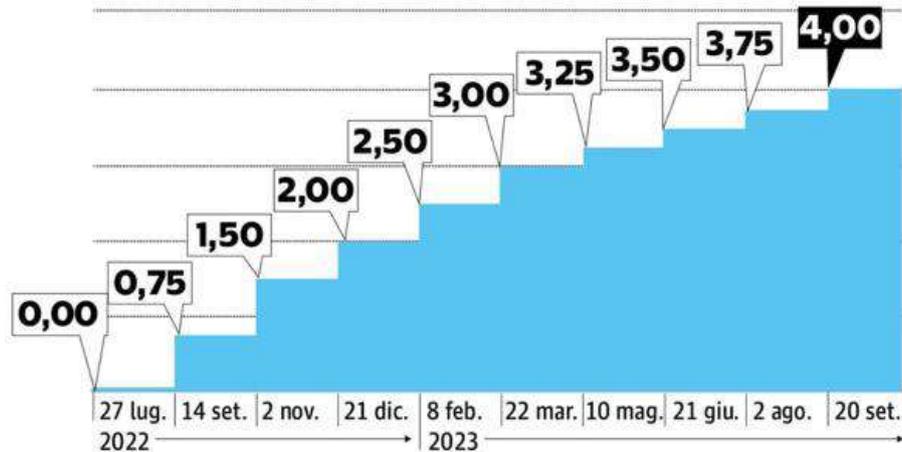
Secondo indiscrezioni, un pugno di governatori avrebbe insistito molto per una pausa.

E proprio basandosi su un ragionamento dei tecnici della Bce, che avrebbero previsto «un forte impatto» delle misure restrittive sull'economia che è ancora tutto da venire. In altre parole, visto che gli effetti dei nove rialzi precedenti non si sono ancora del tutto manifestati, questo il ragionamento delle colombe, e il contesto macroeconomico si sta già rabbuiano in maniera preoccupante, meglio saltare un turno e vedere che effetto faranno i passati rialzi dei tassi su inflazione e crescita, prima di una nuova martellata.

E in effetti, nel comunicato di ieri si legge che «i passati incrementi dei tassi di interesse decisi dal Consiglio direttivo continuano a trasmettersi con vigore. Le condizioni di finanziamento si sono inasprite ulteriormente e frenano in misura crescente la domanda, che rappresenta un fattore importante per riportare l'inflazione all'obiettivo».

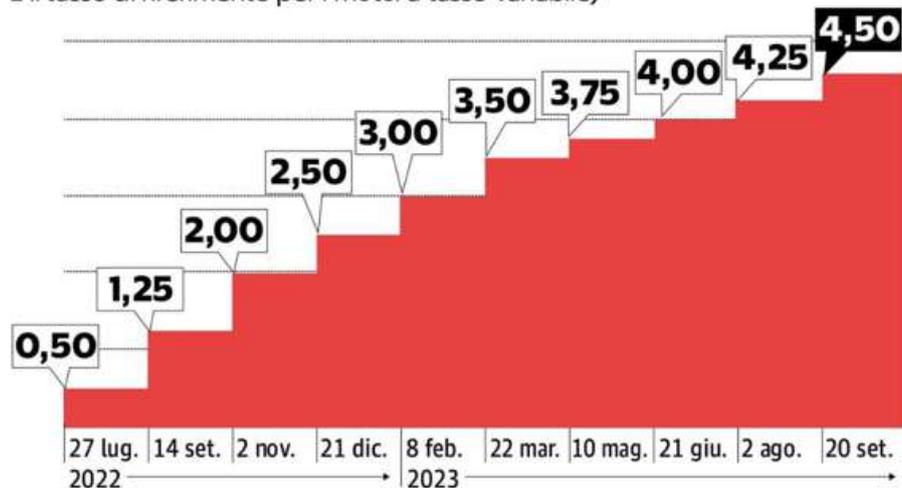
IL TASSO SUI DEPOSITI

(quanto incassano le banche che lasciano soldi in deposito presso la Bce.
Incidono sulla propensione delle banche a concedere prestiti)



IL TASSO DI RIFINANZIAMENTO PRINCIPALE

(Il costo dei prestiti che la Bce concede alle banche.
È il tasso di riferimento per i mutui a tasso variabile)



Ma la maggioranza dei banchieri centrali si sarebbe mostrata più preoccupata per gli ultimissimi dati sull'inflazione, che sembra ancora persistente. Nel 2023 raggiungerà il 5,6%, l'anno prossimo il 3,2% e nel 2025 dovrebbe raffreddarsi al 2,1%. E anche Lagarde ha ribadito più volte che l'inflazione resterà «troppo alta e troppo a lungo». I falchi avrebbero dunque spinto per un rialzo, che però potrebbe essere l'ultimo. Tanto che i mercati hanno addirittura festeggiato la decisione di ieri.

Le borse principali europee, Londra, Parigi, Francoforte e Milano hanno tutte archiviato la giornata in rialzo di oltre l'1%. E lo spread tra i rendimenti sui tassi decennali italiani e tedeschi, un barometro affidabile dell'umore generale dei mercati, è caduto a 174,5 punti contro i 179 della seduta precedente. Certo, gli economisti della Bce hanno visto significativamente al ribasso le proiezioni per la crescita dell'eurozona, che crollerà nell'area dell'euro allo 0,7% nel 2023, per riprendersi fino all'1,0% nel 2024 e all'1,5% nel 2025.

Un dato che di solito avrebbe mandato in fibrillazione gli investitori. Ma i mercati hanno preferito concentrarsi su un passaggio del comunicato di ieri che recitava così: «Il Consiglio direttivo considera che i tassi di interesse abbiano raggiunto un livello che, mantenuto per una durata sufficientemente lunga, darà un contributo sostanziale a un ritorno in tempi ragionevoli dell'inflazione al suo obiettivo», ossia il 2%.

E nonostante Lagarde si sia sforzata di puntualizzare che non è detto che il livello record del costo del denaro sia già il picco, qualcuno comincia persino a intravedere un taglio dei tassi all'orizzonte.

Antonella Manganelli, responsabile investimenti di Payden & Rygel Italia, pensa che l'aumento di un quarto di punto registrato ieri possa essere definito un «rialzo colomba», accompagnato da un comunicato «che può essere letto come una conferma del fatto che questo sia l'ultimo rialzo del ciclo». E i mercati, dopo, si sarebbero mossi addirittura «a prezzare un primo taglio da 25 punti base già nel luglio del 2024».

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/15/news/tassi_ai_massimi_storici_bce_inflazion_e-414524012/?ref=RHLF-BG-P3-S2-T1



La Commissione europea riduce le stime sulla crescita del Pil. Nell'eurozona è attesa a +0,8% nel 2023 (da +1,1% atteso delle previsioni di primavera) e +1,3% nel 2024 (da +1,6%). In Italia è atteso nel 2023 in crescita dello 0,9% (da +1,2%) e +0,8% nel 2024 (da +1,1%). Lo annuncia l'esecutivo comunitario parlando di "slancio ridotto" della crescita nella prima metà dell'anno.

"In Italia, la crescita nel secondo trimestre ha sorpreso al ribasso con una contrazione dello 0,4%, trainata dal calo della domanda interna. Sebbene sia previsto un leggero rimbalzo nella seconda metà di quest'anno e nel prossimo, le proiezioni di crescita annuale sono state riviste al ribasso a partire dalla primavera. Si prevede che il Pil italiano crescerà dello 0,9% nel 2023 e dello 0,8% nel 2024" ha detto il commissario Ue all'Economia Paolo Gentiloni presentando in conferenza stampa le previsioni economiche d'estate.

"Dobbiamo avere fiducia e fiducia nel futuro dell'economia europea. C'è molto che possiamo fare per sostenere una crescita sostenuta e sostenibile. L'efficace attuazione dei piani nazionali di ripresa e resilienza rimane una priorità fondamentale. Dovrebbero essere perseguite politiche fiscali prudenti e favorevoli agli investimenti, in sintonia con gli sforzi continui delle nostre banche centrali per domare l'inflazione".

Il rallentamento della crescita "non è particolarmente italiano ma coinvolge diversi paesi e ho fiducia che l'economia italiana come ha mostrato in tanti occasioni possa reagire in modo positivo". Lo ha detto Paolo Gentiloni. **Le previsioni per l'Italia "sono in linea con l'eurozona e l'Ue" e legate tra l'altro al "calo della domanda interna".** La seconda motivazione "è la difficoltà dell'industria". Poi "la stretta monetaria che influisce sulla crescita di tutti i Paesi ha un ruolo particolare in un paese in cui dal finanziamento delle banche dipende molto degli investimenti in economia, relativamente più che in altri paesi europei".

L'inflazione è attesa nel 2023 al 5,6% nell'eurozona (da 5,8%) e al 2,9% nel 2024 (da 2,8%). In Italia al 5,9% e al 2,9% quest'anno e il prossimo.

La Commissione europea nelle previsioni economiche di estate indica come ulteriori "rischi" e "fonti di incertezza" la guerra in Ucraina e la stretta monetaria. Emergono tra i fattori di rischio anche "i crescenti rischi climatici". Il rialzo dei tassi "potrebbe pesare sull'attività economica più pesantemente del previsto", ma anche portare un calo più rapido dell'inflazione e accelerare il ripristino dei redditi reali. Le pressioni sui prezzi potrebbero però rivelarsi più persistenti". Per i rischi climatici cita "condizioni meteo estreme e incendi e inondazioni senza precedenti durante l'estate" e "pesano sulle prospettive".

"La debolezza della domanda interna, in particolare dei consumi, mostra che i prezzi al consumo, elevati e ancora in aumento per la maggior parte dei beni e dei servizi, stanno pesando più di quanto previsto nelle previsioni di primavera". Lo afferma la Commissione Ue nel rivedere al ribasso le attese. "Nel complesso, si prevede che lo slancio di crescita più debole nell'Ue si estenderà fino al 2024, e l'impatto della politica monetaria restrittiva è destinato a continuare a frenare l'attività economica".

Nell'economia europea "l'incertezza rimane eccezionalmente elevata, in gran parte a causa della guerra di aggressione in corso da parte della Russia contro l'Ucraina. La stretta monetaria potrebbe portare a effetti negativi sull'attività economica più forti del previsto, ma potrebbe anche innescare un calo più rapido dell'inflazione, che accelererebbe la ripresa dei redditi reali" ha detto il commissario Ue all'Economia Paolo Gentiloni.

https://www.ansa.it/europa/notizie/rubriche/altrenews/2023/09/11/ue-taglia-le-stime-del-pil-italia-0.9-nel-2023.-rischi-da-querratassi_4f8f2d71-1ac9-4d3d-832b-17df789e560d.html

Un paziente su 6 segnala problemi legati alla sicurezza dei sistemi sanitari. Ocse: “Coinvolgerli nella gestione del percorso terapeutico”

Il nuovo report Ocse “Patient Engagement for Patient Safety. The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety” fornisce sette raccomandazioni chiave per migliorare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti

27 SET -

Un paziente su 6 ha segnalato incidenti legati alla sicurezza. Fino all’8% afferma di essere incappato in errori terapeutici. E se oltre il 90% dei pazienti ricoverati in Lettonia e Paesi Bassi sono stati coinvolti nello studio dei farmaci assegnati al momento delle dimissioni ospedaliere, questa tecnica non è ancora pienamente implementata in molti paesi: ci sono poche ma crescenti prove che affermano come sia positivo il coinvolgimento dei pazienti a tutela della loro stessa sicurezza e un basso coinvolgimento dei pazienti nel loro percorso di cura è associato a un livello più elevato di costi sanitari.

Lo afferma il nuovo [report](#) Ocse “Patient Engagement for Patient Safety. The why, what, and how of patient engagement for improving patient safety”.

Il dato che emerge è che meno della metà dei paesi (9 su 21) hanno risposto al sondaggio dell’OCSE sui pazienti. Ma oltre un terzo dei paesi OCSE (ad esempio, Austria, Belgio, Canada, Estonia, Lettonia, Polonia e gli Stati Uniti) hanno condotto almeno un sondaggio che comprende domande di misurazione delle esperienze di sicurezza riferite dai pazienti adulti che sono stati dimessi dall’ospedale.

Alcuni paesi dell’OCSE (ad esempio Canada, Danimarca, Germania, Irlanda, Nuova Zelanda e Regno Unito) hanno anche condotto almeno un sondaggio comprendente domande che misurano le esperienze di sicurezza sanitaria tra le persone che hanno utilizzato i servizi di assistenza primaria.

Il rapporto fornisce sette raccomandazioni chiave per migliorare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti:

- 1. Costruire la fiducia per un’assistenza sanitaria più sicura attraverso un maggiore coinvolgimento dei pazienti e della famiglia.*
- 2. Istituzionalizzare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza*
- 3. Creare piattaforme e reti migliori per la condivisione di esperienze e buone pratiche*
- 4. Rafforzare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza a livello istituzionale e clinico*
- 5. Migliorare il monitoraggio della sicurezza dei pazienti per tenere traccia dei progressi e degli sviluppi*
- 6. Ancorare la raccolta e l’uso dei dati sulla sicurezza dei pazienti alle raccomandazioni dell’OCSE*
- 7. Migliorare la qualità degli indicatori di sicurezza riportati dai pazienti e utilizzarli sistematicamente per il miglioramento della sicurezza del paziente.*

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=116952



Executive Summary

Le prospettive dei pazienti e dei cittadini e il loro coinvolgimento attivo sono fondamentali per rendere i sistemi sanitari più sicuri e incentrati sulle persone – e sono fondamentali per co-progettare servizi sanitari e co-produrre buona salute con gli operatori sanitari e creare fiducia. I pazienti, le famiglie, gli operatori sanitari e i cittadini possono contribuire a migliorare la sicurezza dei pazienti a livello clinico (locale), istituzionale (ad esempio ospedale, casa di cura), comunitario (ad esempio assistenza primaria, assistenza domiciliare) e nazionale (nello sviluppo di politiche nazionali). I livelli dei sistemi sanitari.

Questo rapporto, il sesto della serie sull'Economia della Sicurezza del Paziente, copre (i) l'impatto economico del coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti, (ii) i risultati di una raccolta dati pilota per misurare le esperienze di sicurezza riferite dai pazienti e (iii) lo stato delle iniziative sul coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti in 21 paesi, sulla base dei risultati ottenuti da un sondaggio istantaneo.

Questo rapporto classifica il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti come: forte (ad esempio, i pazienti o i cittadini sono partner o co-progettisti di un'iniziativa per la sicurezza dei pazienti e hanno un ruolo decisionale nel ciclo di sviluppo di un'iniziativa per la sicurezza dei pazienti – co-producendo persone sicure -assistenza sanitaria centrata), medio (ad esempio, pazienti o cittadini sono stati coinvolti in alcune fasi dello sviluppo di un'iniziativa per la sicurezza dei pazienti) o basso (ad esempio, pazienti o cittadini sono stati informati o consultati in alcune fasi dello sviluppo di un'iniziativa per la sicurezza dei pazienti).

Sono emersi i seguenti principali risultati:

- *Secondo i sondaggi effettuati, circa un paziente su sei ha segnalato incidenti legati alla sicurezza. Fino all'8% dei pazienti ha manifestato errori terapeutici. Mentre in Lettonia e nei Paesi Bassi oltre il 90% dei pazienti ospedalizzati è stato sottoposto a revisioni dei farmaci, in altri paesi le revisioni dei farmaci al momento della dimissione non sono ancora state completamente implementate.*
- *Vi sono poche ma crescenti prove sul ritorno sull'investimento derivante dal coinvolgimento dei pazienti per la loro sicurezza. Il basso coinvolgimento dei pazienti nel loro percorso di cura è associato a costi sanitari più elevati. La tecnologia può aiutare a stimolare il coinvolgimento, ridurre i costi del personale e migliorare il coinvolgimento dei pazienti. Negli Stati Uniti, l'implementazione della Partnership for Patients' Hospital Improvement Innovation Networks è stata associata alla riduzione delle patologie contratte in ospedale e ha contribuito a prevenire 20.500 decessi ospedalieri e a risparmiare 7,7 miliardi di dollari in costi sanitari dal 2014 al 2017. Sono disponibili informazioni limitate sui costi delle cure non sicure rilevanti per i pazienti, come gli incidenti di sicurezza che hanno dato luogo a contenziosi e l'importo degli accordi di risarcimento. Attualmente, solo paesi come Francia, Corea, Irlanda, Lettonia e Stati Uniti possono riferire sugli incidenti legati alla sicurezza che hanno dato luogo a contenziosi o produrre stime nazionali di quanto viene speso per gli accordi con i pazienti.*

- *Meno della metà dei paesi (9 su 21) che hanno risposto all'indagine dell'OCSE sul coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti ha riferito di disporre di sistemi di responsabilità senza colpa per risarcire i pazienti che subiscono qualsiasi danno indotto dal trattamento indipendentemente dalla condanna per negligenza medica o negligenza. I paesi che hanno indicato di avere un sistema di risarcimento senza colpa per i pazienti includono Austria, Belgio, Francia, Giappone, Corea, Lettonia, Nuova Zelanda, Portogallo e Svizzera.*
- *Oltre un terzo dei paesi OCSE (ad esempio, Austria, Belgio, Canada, Estonia, Lettonia, Polonia e Stati Uniti) hanno condotto almeno un sondaggio che include domande che misurano le esperienze di sicurezza riferite dai pazienti tra i pazienti adulti che sono stati dimessi da l'ospedale. Alcuni paesi dell'OCSE (ad esempio Canada, Danimarca, Germania, Irlanda, Nuova Zelanda e Regno Unito (Inghilterra)) hanno anche condotto almeno un sondaggio comprendente domande per misurare le esperienze di sicurezza sanitaria tra le persone che hanno utilizzato i servizi di assistenza primaria.*
- *La maggior parte dei paesi coinvolge pazienti o cittadini durante il ciclo di sviluppo delle iniziative per la sicurezza dei pazienti, ma il livello di coinvolgimento varia sia all'interno che tra i paesi. Il coinvolgimento dei pazienti o dei cittadini è stato forte nei quattro paesi che hanno risposto per iniziative quali la creazione di reti di sostenitori e sostenitori della sicurezza dei pazienti (ovvero Canada, Irlanda, Nuova Zelanda e Slovenia) e il progresso di iniziative nazionali basate su specifici temi di sicurezza (ovvero Canada, Irlanda, Nuova Zelanda e Portogallo). Tra i sei paesi che hanno risposto, il coinvolgimento dei pazienti nella definizione degli standard di sicurezza legati alle iniziative di accreditamento e certificazione è stato considerato forte (ovvero Canada, Francia, Irlanda, Nuova Zelanda, Romania e Turchia). Due paesi (Canada e Israele) hanno identificato un forte coinvolgimento dei pazienti o dei cittadini nei programmi formativi dei futuri o attuali professionisti sanitari, e tre paesi (ovvero Canada, Nuova Zelanda e Portogallo) hanno segnalato un forte coinvolgimento dei pazienti nelle iniziative di alfabetizzazione sanitaria. Nessuno dei 21 paesi che hanno risposto ha segnalato un forte coinvolgimento dei pazienti nello sviluppo di materiali per la rendicontazione pubblica di eventi e indicatori relativi alla sicurezza dei pazienti.*
- *Quasi tutti i paesi (20 su 21) hanno riferito di avere una politica o una strategia nazionale per la sicurezza dei pazienti. In 15 paesi su 20, le politiche o strategie nazionali per la sicurezza dei pazienti includevano riferimenti espliciti al coinvolgimento dei pazienti e più della metà (11 su 20) ha coinvolto pazienti o cittadini nello sviluppo della politica.*
- *La maggior parte dei paesi ha il diritto legale a un'assistenza sanitaria sicura per i pazienti, ma poco più della metà ha riferito di avere in atto meccanismi per far valere tale diritto, come il ricorso legale o corsi d'azione alternativi. Dei paesi con diritto legale a un'assistenza sicura ai pazienti, la metà ha indicato che pazienti e cittadini sono stati coinvolti nello sviluppo della struttura legale.*

Questo rapporto fornisce sette raccomandazioni chiave per migliorare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti:

- 1. Costruire la fiducia per un'assistenza sanitaria più sicura attraverso un maggiore coinvolgimento dei pazienti e delle famiglie: la fiducia nei sistemi sanitari è fondamentale per la sicurezza dei pazienti. La fiducia può essere costruita attraverso un maggiore coinvolgimento del paziente e della famiglia durante il percorso di cura e in tutti gli sforzi di miglioramento della sicurezza del paziente a livello nazionale e subnazionale. Un'assistenza sanitaria sicura e di alta qualità, sviluppata congiuntamente da coloro che richiedono e necessitano di cure e da coloro che progettano e forniscono assistenza, è essenziale per garantire la sicurezza dei pazienti.*
- 2. Istituzionalizzare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti: le esperienze dei pazienti relative a eventi di sicurezza spesso non vengono condivise, segnalate o integrate nello sviluppo di soluzioni per la sicurezza dei pazienti. Sono necessari maggiori sforzi per istituzionalizzare il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie, degli operatori sanitari e delle comunità nelle iniziative di miglioramento della sicurezza dei pazienti, nonché per imparare dalle esperienze dirette dei pazienti e delle famiglie.*
- 3. Stabilire piattaforme e reti migliori per condividere esperienze e buone pratiche nel coinvolgimento dei pazienti: i paesi devono creare meccanismi affinché pazienti, famiglie e assistenti possano condividere e ascoltare sistematicamente le loro storie sulle esperienze di cura e sui risultati sanitari e garantire che tali informazioni influenzino la progettazione di iniziative per la sicurezza dei pazienti.*
- 4. Rafforzare il coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti a livello istituzionale e clinico: i paesi possono coinvolgere ulteriormente i pazienti nel dare priorità all'assegnazione dei finanziamenti ai progetti di ricerca sulla sicurezza dei pazienti, integrando il coinvolgimento dei pazienti nello sviluppo di iniziative di sicurezza come la progettazione dei servizi, migliorare i protocolli di comunicazione clinica e la formazione e definire la cultura dell'organizzazione di trasparenza e responsabilità a livello di istituzione. I paesi possono anche promuovere il contributo di pazienti, famiglie, operatori sanitari e cittadini nello sviluppo di processi e procedure per garantire la fornitura di cure sicure a livello clinico.*

5. Migliorare il monitoraggio della sicurezza dei pazienti per tenere traccia dei progressi e creare responsabilità: i dati sulle esperienze dei pazienti dovrebbero essere monitorati come parte di raccolte di dati più ampie sulla sicurezza dei pazienti, comprese le esperienze dei professionisti con la cultura della sicurezza dei pazienti e gli eventi di sicurezza dei pazienti misurati attraverso fonti di dati amministrativi. Si potrebbero compiere sforzi per classificare gli incidenti relativi alla sicurezza dei pazienti utilizzando terminologie comuni in modo comparabile tra tutte le fonti di dati per massimizzarne l'uso per promuovere un'assistenza sanitaria sicura. Sono necessari ulteriori sforzi per ampliare la raccolta dei dati ad altri contesti oltre gli ospedali, come l'assistenza primaria e l'assistenza a lungo termine.

6. Ancorare la raccolta e l'uso dei dati sulla sicurezza dei pazienti alle Raccomandazioni del Consiglio sulla governance dei dati sanitari dell'OCSE: l'attuazione delle Raccomandazioni del Consiglio sulla governance dei dati sanitari dell'OCSE è essenziale per proteggere la privacy delle persone che forniscono dati sulla sicurezza dei pazienti e promuovere un uso adeguato dei dati (compreso uso secondario dei dati).

7. Migliorare la qualità degli indicatori di sicurezza riferiti dai pazienti e utilizzarli sistematicamente per migliorare la sicurezza dei pazienti: le misurazioni della sicurezza riferita dai pazienti trasmettono storie di eventi relativi alla sicurezza dei pazienti in modo conciso e comparativo, attirando una maggiore attenzione da parte di politici, operatori sanitari, professionisti e cittadini per migliorare insieme la sicurezza dei pazienti. Sono necessari ulteriori sforzi per migliorare la qualità degli indicatori di sicurezza riportati dai pazienti.

Ciò può essere raggiunto promuovendo una cultura della sicurezza che incoraggi la segnalazione di eventi legati alla sicurezza, coinvolgendo i pazienti nella progettazione dell'indagine, migliorando l'accessibilità dell'indagine, garantendo un'adeguata rappresentatività con campioni di dimensioni significative e utilizzando i dati sulla sicurezza dei pazienti in modo tempestivo nei cicli di miglioramento della qualità.

Poiché i paesi si sforzano di garantire un'assistenza sanitaria sicura e di rendere i sistemi sanitari più incentrati sulle persone, il coinvolgimento dei pazienti, delle famiglie, degli operatori sanitari e delle comunità è essenziale per raggiungere questo obiettivo. Coinvolgere i pazienti, le famiglie, gli operatori sanitari e le comunità richiede un approccio sistematico a livello macro, meso e micro. Anche l'apprendimento internazionale sul coinvolgimento dei pazienti per la sicurezza dei pazienti è fondamentale per portare avanti gli sforzi nazionali volti a rafforzare la fiducia, creare una cultura della sicurezza dei pazienti e garantire cure sicure.

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/patient-engagement-for-patient-safety_5fa8df20-en

la Repubblica

Più margini per le imprese, salari erosi: così i lavoratori italiani hanno pagato tutto il costo dell'inflazione

Filippo Santelli

L'indagine Mediobanca conferma che nel 2022 le medie e grandi aziende tricolori, specie quelle industriali, sono state in grado di assorbire l'aumento dei costi, mentre il potere d'acquisto dei dipendenti è sceso del 22%. Un riequilibrio è necessario, ma serve un "patto" di sistema

Nel 2022 terribile del caro materie prime le imprese italiane sono riuscite a difendere o addirittura incrementare i margini di profitto. Ma a restare con il cerino in mano sono stati i loro lavoratori, con salari che non hanno tenuto il passo dell'inflazione e hanno visto collassare il potere d'acquisto. La conferma di questo impoverimento è contenuta nell'indagine annuale di Mediobanca sui conti economici di 2150 medie e grandi aziende. Nella quale spicca l'entità della perdita, stimata addirittura al 22%.

Il numero va spiegato, perché si basa sulla "finzione" che i lavoratori acquistino i beni prodotti dalle stesse imprese da cui sono impiegati: è la differenza tra l'aumento dei prezzi alla produzione, cresciuti del 30,1%, e il costo del lavoro unitario, salito solo del 2. Considerando i prezzi al consumo (+8,1% nel 2022), il taglio risulterebbe inferiore, per quanto significativo. Resta la sostanza: mentre le imprese segnavano "performance decisamente positive", i lavoratori sono stati "il soggetto più penalizzato".

Il successo dell'industria

Nel 2022 il fatturato complessivo delle 2150 aziende censite è cresciuto del 30,9%, anche se l'aumento reale, al netto dell'inflazione, è dello 0,6%. "Decisamente positive" le variazioni dei margini: quello operativo netto ha fatto +21,9%. Ma in un campione variegato il dato generale rischia di dire poco, come si vede confrontando la redditività delle imprese (Ebit) con i valori pre-Covid. Si scopre allora che quella generale è diminuita, dal 5,6 al 4,7%, quella dei servizi è quasi dimezzata, dal 7 al 3,4%, mentre quella dell'industria è cresciuta, dal 5,3 al 6%. È stata la media e grande manifattura a "mostrare la maggiore capacità di gestire i costi dell'inflazione", scaricando a valle i rincari oppure rivedendo i costi, in ogni caso uscendo dalla crisi con "margini che per molti settori sono migliorati".

La stessa manifattura è anche il settore nel quale il costo del lavoro unitario – quindi le paghe – sono aumentate di più, quasi il doppio rispetto alla media. Ma comunque nei dati di Mediobanca molto meno dei margini, al contrario di quanto rivendicato qualche giorno fa dal presidente degli industriali Bonomi.

La necessità di riequilibrare

Il dibattito sulle fortune delle imprese – e le sfortune dei lavoratori – infuria da mesi, tra volontà di tassare i cosiddetti "extra profitti" e le accuse di presunta "cupidigia" che avrebbe portato le aziende ad alzare i prezzi più dei costi. Questa ipotesi è stata smentita da Bankitalia, ma non significa che gli effetti dello tsunami inflattivo siano stati equamente distribuiti tra imprese e lavoratori. Preservare il potere d'acquisto dei salari, calcola Mediobanca, avrebbe ridotto il margine delle imprese di un terzo, dal 4,7 al 3,2%. E invece le aziende hanno difeso i margini, mentre i lavoratori non sono riusciti a difendere le buste paga.

L'ortodossia economica voleva che i salari non fossero toccati per non innescare la temuta spirale con i prezzi, ora però l'esigenza sotto gli occhi di tutti è restituire alle buste paga parte del valore perso, per non dare il colpo di grazia alla capacità di spesa degli italiani. La buona salute delle imprese mostra che potrebbero assorbire degli aumenti salariali senza doverli per forza scaricare sui prezzi. Ma senza un "patto" di sistema è molto difficile innescare questa dinamica virtuosa.

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/22/news/salari_lavoratori_inflazione_margini_impresedi_medioanba-415344470/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S1-T1

la Repubblica

Rapporto Inps: "Solo una minoranza dei lavoratori è povero per salario orario basso"

Valentina Conte

In totale sono 872 mila. Incide di più la precarietà: impieghi da poche ore al giorno e pochi mesi all'anno. Donne, giovani e al Sud: poveri da lavoratori e da pensionati

ROMA – I lavoratori poveri per "ragioni salariali" sono una minoranza, dice l'Inps nel suo XXII Rapporto annuale, presentato oggi alla Camera dalla commissaria dell'Inps Micaela Gelera. Incide di più la bassa intensità di lavoro: poche ore al giorno e pochi mesi all'anno. In questo contesto, secondo l'Inps, l'introduzione di un salario minimo legale non avrebbe un impatto rilevante. Ecco tutti i temi del Rapporto: dall'occupazione alle pensioni, dai bonus al Reddito di cittadinanza, dalle grandi dimissioni all'impatto dell'inflazione sui redditi.

L'occupazione

Nel 2022 il tasso di occupazione ha toccato il suo massimo storico, trainato soprattutto da contratti di lavoro stabili: 61%. L'Italia è però indietro rispetto alla media Ue (69,5%) e a Paesi come Spagna (64%), Francia (68%), Germania (77%). I divari territoriali sono forti, con un gap di quasi 25 punti tra Sicilia e Lombardia (43 contro 69%). Come pure i divari generazionali e di genere: giovani e donne penalizzate. Ma dopo la pandemia, dice l'Inps, sono aumentati gli assicurati: oltre 26 milioni con almeno un versamento contributivo per un totale di 236 miliardi (+9,3% sul 2019). Salgono anche le

settimane lavorate. Mentre la Cassa integrazione torna a livelli fisiologici: 12 milioni di ore usate al mese per 300 mila lavoratori all'inizio del 2023.

La precarietà

Il lavoro dipendente in Italia vent'anni fa rappresentava circa il 72% dell'occupazione, oggi il 78%. Gli autonomi, in ridimensionamento costante, sono sotto i 5 milioni. I dipendenti pubblici 3,5 milioni. Gli occupati a termine sono circa 3 milioni, il 16% nel mese di aprile 2023 contro il 16,6% del febbraio 2020. Il 18% degli occupati italiani è a part-time, in linea con la media Ue. Ma tra gli uomini la quota è all'8%, supera il 30% tra le donne e spesso è involontario, si attesta al 45% tra i dipendenti a tempo determinato contro il 26% dei dipendenti a tempo indeterminato. La percentuale di lavoratori che entrano nel mercato del lavoro con un contratto temporaneo in Italia è in crescita costante, dal 35% nel 2009 al 55% del 2019.

Le grandi dimissioni

Le dimissioni di lavoratori con contratto stabile sono molto cresciute dopo la pandemia toccando quota 1,2 milioni nel 2022, il 26% sopra il livello del 2019 quando se ne contarono 941 mila, dopo essere salite del 14% anche nel 2021. Ma secondo Inps più che di "grandi dimissioni" per cambiare vita si è trattato di un "great reshuffle", una aumentata mobilità dei lavoratori dopo il congelamento pandemico, proprio per agganciare le aumentate opportunità di lavoro che si sono venute a creare. Lo dimostrerebbe l'alto tasso di ricollocazione a tre mesi dalle dimissioni, pari al 67%. Due su tre hanno ritrovato un'occupazione in tempi brevi, senza uscire dal mercato del lavoro.

Lavoratori poveri

I contratti collettivi nazionali di lavoro vigenti al 17 aprile 2023 sono 966. Di questi, quelli "valorizzati", ovvero applicati nel 2022 ad almeno un dipendente, sono 832. I 28 contratti più grandi, che riguardano almeno 100 mila dipendenti, coprono quasi l'80% dei dipendenti. Se si aggiungono anche i contratti "medi" - che riguardano tra 10 mila e 100 mila dipendenti - si arriva ad oltre il 95% dei dipendenti totali.

In totale, scrive Inps, un centinaio di contratti su mille coinvolge quasi la totalità dei dipendenti. Il 96% poi dei dipendenti risulta coperto da un contratto firmato da una delle tre maggiori organizzazioni sindacali. Ci sono 539 contratti "micro" che in tutto coinvolgono solo 500 mila dipendenti.

Inps utilizza una soglia di retribuzione giornaliera lorda per definire come "lavoratori poveri" quelli che stanno sotto: 24,9 euro per i part-time e 48,3 euro per i full time. Nel mese di ottobre 2022 i lavoratori poveri sotto queste soglie risultano 871.800, il 6,3% del totale. Di questi 355 sono full time e 517 mila part-time.

L'incidenza dei lavoratori poveri è più forte nei contratti nazionali piccoli o micro o senza contratti. Ma i lavoratori poveri tali per "ragioni salariali" (dunque anche un salario orario troppo basso) sono solo 20.300 tra i full time, lo 0,2% della platea. Mentre Inps non sa quanti sono quelli a part-time. La maggior parte dei lavoratori poveri, per Inps, lo è per altre ragioni: poche ore di lavoro al giorno, pochi mesi nell'anno. Quindi per la bassa intensità di lavoro.

Le retribuzioni e l'inflazione

La retribuzione media di un lavoratore dipendente è cresciuta nel 2022 del 4,7% a 25.112 euro lordi contro un tasso di inflazione quasi doppio all'8,1% (e cumulato del 10% per il periodo 2019-2022). Esiste però molta variabilità nelle retribuzioni tra chi lavora tutto l'anno e a tempo pieno (38.469 euro) e chi lavora solo per una parte dell'anno e a part-time (8.468 euro). Gli stipendi poi non hanno tenuto il passo del caro prezzi.

A pagare un conto più salato sono le famiglie con redditi più bassi (primo quinto) colpite da un'inflazione cumulata del 15% tra 2018 e 2022, cinque punti in più delle famiglie più ricche, dell'ultimo quinto. Dice però l'Inps che la perdita di potere d'acquisto è stata tutta recuperata grazie a un aumento del reddito familiare (+25%): più persone al lavoro in famiglie, più ore lavorate, stipendi più alti. In un anno sono stati creati circa 1 milione di nuovi posti di lavoro dipendente.

Le pensioni e l'inflazione

Non è andata così ai 16 milioni di pensionati, nonostante l'indicizzazione automatica all'inflazione dei lavoro assegni che nel 2022 non era ancora tagliata come quest'anno. E nonostante il decreto Aiuti bis che a fine 2022, da ottobre a dicembre, ha aumentato del 2% le pensioni fino a 2.692 euro al mese e anticipato il conguaglio della perequazione.

Rivela l'Inps che nelle famiglie con pensionati il reddito nominale del primo quinto (famiglie più povere) è salito del 6,3% tra 2018 e 2022, ma ha perso il 10,6% del reddito reale (il quinto più ricco ha perso meno: 7,5%). Questo, scrive Inps, "a riprova che la perequazione non tutela adeguatamente le fasce più povere sul cui potere d'acquisto incide di più l'aumento dei prezzi).

Le perdite di salario reale delle famiglie con pensionati risultano "in media oltre tre volte e mezzo maggiori rispetto alle famiglie con lavoratori, evidenza acuita nei due quinti più poveri, in cui le perdite risultano più di 10 volte maggiori tra i pensionati rispetto ai lavoratori".

Il divario di genere nelle pensioni

I pensionati italiani sono 16,1 milioni: 7,8 milioni di uomini e 8,3 milioni di donne (52%). La spesa per pensioni nel 2022 è stata di 322 miliardi, di cui il 56% andata agli uomini i cui assegni sono del 36% superiori a quelli delle donne, per via delle carriere intermittenenti e peggio retribuite delle lavoratrici: 1.932 euro contro 1.416 euro.

La spesa dell'Inps è per il 92% previdenziale e per l'8% assistenziale. Nella spesa previdenziale prevalgono le pensioni anticipate o per anzianità (56%), seguono le pensioni di vecchiaia (18%). Le nuove pensioni del 2022 sono state un milione e mezzo, in diminuzione del 3,1% per la fine di Quota 100.

L'età media di uscita delle donne, tendenza degli ultimi anni, è superiore a quella degli uomini: 64,7 anni contro 64,2. Nel 2012 era il contrario: 62 anni per gli uomini e 61,3 per le donne. Questo perché, con la riforma Fornero, i requisiti contributivi per la pensione anticipata sono diventati proibitivi per le donne (41 anni e 10 mesi) che quindi escono per vecchiaia, a un'età più alta.

La speranza di vita

Gli operai hanno 5 anni in meno di speranza di vita a 67 anni rispetto ai manager: 16 anni contro 20,9 anni. Più in generale, i pensionati che appartengono al primo quintile di reddito hanno una speranza di vita a 67 anni di circa 2,6 anni inferiore a quelli che appartengono al quintile con il reddito più alto, ma la differenza cresce a seconda del comparto nel quale si è lavorato e delle mansioni avute.

Le Quote e Opzione Donna

La flessibilità previdenziale in uscita è stata affidata in questi anni ad alcune misure sperimentali, rinnovate e modificate di volta in volta. Quota 100 ha consentito, tra 2019 e 2022, l'uscita anticipata con 62 anni con 38 di contributi a 433 mila lavoratori. Quota 102 ha beneficiato l'anno scorso 10.563 lavoratori (uscita a 64 anni e 38 di contributi). Mentre Quota 103 (uscita a 62 anni con 41 di contributi) procede lenta: fino al 31 maggio solo 5.125 domande accolte. "L'operazione - scrive Inps a proposito delle Quote - aumenterà il debito pensionistico".

Opzione donna, dal 2004 al 2022, è stata scelta da 174.535 lavoratrici con un assegno di quasi il 40% più basso della media (1.171 euro contro 1.947 euro), non solo per il ricalcolo contributivo ma anche per i minori anni di contribuzione e ai minori redditi di queste lavoratrici. Il 68% di Opzione donna è stato erogato al Nord, il 58% a lavoratrici dipendenti. La perdita per il ricalcolo è cambiata nel tempo: era del 23% nel 2013 ed è scesa all'8% nel 2022 perché la quota retributiva degli assegni, relativi agli anni pre 1996, si restringe via via. L'anno scorso è stato l'ultimo anno di Opzione donna senza i paletti introdotti dal governo Meloni: ne hanno beneficiato 25 mila donne.

Il cuneo contributivo

Il taglio in vigore da luglio e fino a dicembre beneficia 13,8 milioni di lavoratori dipendenti. Il 57% beneficia di importi superiori ai 100 euro mensili. Considerando solo i lavoratori full time e full month – che lavorano a tempo pieno e per tutto l'anno – l'ammontare dell'esonero arriva a 123 euro. Solo circa il 2% dei beneficiari riceve meno di 80 euro.

I bonus: assunzioni, Sud, nido, psicologo, congedi, assegno unico

I bonus funzionano, secondo l'Inps che ne analizza alcuni. A partire dalla decontribuzione, lo sconto dei contributi che alleggerisce il costo del lavoro con percentuali e platee diverse: i lavoratori dipendenti, i giovani under 36, le donne, il Sud. Inps rileva che la decontribuzione per i giovani, mirata e selettiva, ha contribuito ad aumentare l'occupazione e anche ad alzare un po' le retribuzioni. Effetto, quello sugli stipendi, che la decontribuzione Sud non ha avuto e la cui adesione, pur essendo applicabile a tutti i lavoratori dipendenti, è alta al 65% ma non totale.

In crescita le percentuali di richieste per il congedo di paternità obbligatorio (64% nel 2022) e dei congedi parentali (25% per i bambini 0-3 anni). Il bonus asilo nido ha raggiunto 425 mila beneficiari l'anno scorso. Il Reddito di libertà per l'autonomia e l'emancipazione delle donne vittime di violenza è andato, tra 2021 e 2022, a 2.668 donne. Ma le domande sono state più alte dei fondi a disposizione. Anche il bonus psicologo ha registrato un boom domande accolte (387 mila), ma finanziate solo 41.500.

L'assegno unico per i figli è arrivato al 95% degli aventi diritto, una delle misure con il più alto take up mai registrato nel welfare italiano. Nei primi dodici mesi, da marzo 2022 a febbraio 2023, sono stati erogati 16 miliardi a 5,7 milioni di famiglie.

Il Reddito di cittadinanza

Il numero massimo di percettori è stato raggiunto nel primo semestre del 2021, con circa 1,6 milioni di famiglie beneficiarie e 3,5 milioni di individui coinvolti. Poi si è innescato un trend decrescente, parallelo al miglioramento delle condizioni economiche generali del Paese e all'aumento dell'occupazione.

Nei primi mesi del 2023 siamo a circa 1,2 milioni di famiglie beneficiarie. Anche l'isee medio si è abbassato da 1.800-1.700 euro di giugno-dicembre 2019 a 500 euro di aprile 2023. "Queste evidenze indicano - scrive Inps - che sono rimasti beneficiari della misura nuclei con Isee più bassi e quindi presumibilmente con minore capacità di produrre reddito". L'importo medio è salito da 480-520 euro nel 2019 fino a 560 euro in aprile 2023.

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/13/news/rapporto_inps_salario_minimo-414323150/?ref=RHLF-BG-I414325543-P7-S1-T1

la Repubblica

Il salario minimo a Cernobbio. "In Italia gli stipendi più bassi"

dal nostro inviato Eugenio Occorsio

Al Forum Ambrosetti uno studio evidenzia le disparità con gli altri Paesi: il potere di acquisto è addirittura sceso negli anni. Tra le criticità del sistema economico c'è proprio il lavoro povero: per i precari è sempre più difficile trovare un posto stabile

CERNOBBIO - Il salario minimo entra per la prima volta in un report del think-tank The European House-Ambrosetti, il ponderoso documento che accompagna il Global Attractiveness Index. Salario minimo, il segno della realtà

Vi si legge che fra le "numerose proposte che vengono avanzate per cercare di colmare il divario che penalizza l'Italia sia per quanto riguarda il potenziale di crescita che le disparità all'interno del Paese" c'è appunto "il salario minimo che è al centro del dibattito politico". I divari retributivi e le disuguaglianze permeano l'intero rapporto, che vede proprio nella questione salariale il maggior fattore di rischio per l'Italia, quello che minaccia di fargli perdere la piazza numero 17 faticosamente conseguita fra i Paesi in grado di attrarre gli investimenti internazionali.

L'anno scorso l'Italia era al 20° posto, nel 2021 al 22°. Una progressione dovuta in particolare a un aspetto: fra gli elementi costitutivi dell'indice, oltre ai flussi di investimenti diretti e all'accresciuta performance del sistema logistico, un ruolo non secondario spetta alla crescita. Ma nessun merito va all'attuale governo: dato che l'indice è necessariamente calcolato sulla base dei dati ufficiali dell'anno precedente, subisce in positivo l'influenza della crescita dell'anno scorso, particolarmente brillante e difficilmente ripetibile con il +3,7% di Pil contro l'1,8% della Germania, il 2,1 degli Stati Uniti, il 2,5 della Francia, per citare alcuni dei nostri più prossimi concorrenti.

I quali peraltro ci superano tutti di parecchie lunghezze nell'indice di attrattività. Nella classifica di Ambrosetti la Germania è al primo posto su 146 Paesi con uno "score" di 100, seguita da Stati Uniti (94,7) e Regno Unito (92,7). L'Italia con 66,3 punti è considerata "mediamente attrattiva".

Sopra di noi ci sono ("raggiungibili", scrive il report) Austria e Irlanda, mentre abbiamo superato di slancio Danimarca, Spagna e Belgio. Sette trimestri positivi di crescita (tutto il 2021 e i primi tre del 2022) si fanno sentire in termini positivi e statistici, ma non dobbiamo adagiarci sugli allori: su questo concordano gli oltre 10mila dirigenti, manager, dipendenti, imprenditori, chiamati da Ambrosetti a fornire dati e informazioni.

Anche se nel rapporto si trovano ampi spazi di ottimismo, la questione salariale pesa sullo sviluppo in modo ormai insopportabile. La crescente precarizzazione, per esempio, "è sempre più abbinata a discriminazioni retributive: nel privato, la paga media dei dipendenti a tempo determinato è inferiore fino a 10,7 euro l'ora in settori quali banche e assicurazioni. Significa in media 21mila euro di meno di stipendio annuale". Per di più, "solo il 6% dei precari a fine anno riesce a spuntare il sospirato contratto indeterminato". Inoltre a guardare gli ultimi 30 anni l'Italia è l'unico tra le grandi economie Ocse - con la Spagna - in cui i salari sono addirittura scesi, a parità d'acquisto.

In questa realtà è evidente il contributo che potrebbe dare il salario minimo. Altrimenti diventa anche difficile leggere le statistiche sulla produttività. A questo proposito fa riflettere, si legge nell'ampio report, che a volte incontra resistenza l'investimento delle multinazionali (si cita l'esempio dei balneari). Eppure la produttività del lavoro, calcolata come valore aggiunto per occupato, "è superiore di 2,36 volte alle imprese nazionali", oltre a qualità, sicurezza e retribuzione, mediamente superiori. È un modo per alzare il monte salari, sempre nell'attesa che questi non scendano più sotto i livelli critici.

https://www.repubblica.it/economia/2023/09/04/news/il_salario_minimo_a_cernobbio_in_italia_gli_stipendi_piu_bassi-413203216/?ref=RHLF-BG-I413210142-P2-S1-T1