

ASIQUAS Review

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

Per una sanità pubblica ... anche dopo la pandemia
n. 3 del maggio 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'AVANTIAMO



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 pubblicitaria, 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 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 ereditari e di cardiopatie su base genetica.

Mario Ronchetti

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

Andrea Vannucci

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

Contatti.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

SOMMARIO

FEATURED ARTICLES	12
<i>E allora parliamo di sostenibilità della sanità pubblica. quotidianosanita.it</i>	12
<i>L'inconsistenza di una visione solo finanziaria della sanità quotidianosanita.it</i>	16
<i>PNRR. I conti non tornano... quotidianosanita.it</i>	19
<i>Il confronto intrecciato dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziano che abbiamo un problema...</i>	19
<i>Per il rilancio del Ssn non solo più risorse, ma anche più qualità. quotidianosanita.it</i>	28
A PROPOSITO DI SOSTENIBILITÀ	30
<i>Alcuni limiti delle numerose proposte di riforma del Ssn. quotidianosanita.it</i>	30
<i>Le politiche senza senso per la sanità. quotidianosanita.it</i>	32
<i>Noi e la pentola. SALUTE INTERNAZIONALE</i>	35
<i>Sostenibilità ambientale, inclusione sociale, diritti: responsabilità sempre più condivise. FONDAZIONE LOTTOMATICA</i>	38
<i>Decreto Bollette/ Le "pulci" alle norme sulla sanità. IL SOLE 24 ORE</i>	41
<i>NOTA DI LETTURA. SERVIZIO DEL BILANCIO DEL SENATO</i>	45
<i>Posizione sul documento di economia e finanza 2023 (DEF). Conferenza delle regioni e delle province autonome</i> ..	46
SANITÀ PUBBLICA E PRIVATA	48
<i>I dilemmi del sistema sanitario nazionale presente e futuro. LABORATORIO FUTURO DELL'ISTITUTO TONIOLO</i>	48
<i>Quello che le Regioni non dicono per salvare il SSN. quotidianosanita.it</i>	50
<i>Conflitto Stato-Regioni, problemi di riparto e cresce il gap tra territori. Ecco perché l'autonomia in sanità non ha funzionato. quotidianosanita.it</i>	51
<i>Il Servizio sanitario nazionale non è più una "cosa" scontata. quotidianosanita.it</i>	54
<i>Esiste ancora il Ssn? La fine dell'ottimismo. Analisi sulla fuga dei medici dalla sanità pubblica. quotidianosanita.it</i>	60
<i>La Brexit fa male alla salute. Salute internazionale</i>	61
<i>Destra e sinistra in medicina. quotidianosanita.it</i>	64
<i>"PRIVATOCRAZIA" E SANITA' IN ITALIA-PRIVATIZZAZIONE, CONCENTRAZIONE DI CAPITALI E FINANZIARIZZAZIONE. SALUTE PUBBLICA, ricerca documentazione in-formazione</i>	66
ONE HEALTH, CLIMA, SALUTE E AMBIENTE	67
<i>La lunga marcia verso un futuro sostenibile. La Repubblica</i>	67
<i>Il libro - Il gusto di cambiare di Gaël Giraud e Carlo Petrini in dialogo con Stefano Arduini. LIBRERIA EDITRICE VATICANA</i>	68
<i>L'impegno degli avvocati del Regno Unito per il clima si riverbera in tutto il mondo. THE LANCET. Planetary Health</i>	69

<i>Il sistema Terra è squilibrato e la temperatura degli oceani batte ogni record. La Repubblica</i>	71
<i>Inquinamento: ecco chi sono i killer micrometrici che avvelenano il nostro organismo. Sanità Informazione</i>	72
<i>Liberi di respirare. CONSUCELSI GROUP</i>	74
<i>Preoccupazioni ambientali e comportamenti ecocompatibili. ISTAT</i>	75
<i>Sustainable development in the european union. EUROSTAT</i>	76
<i>Osservata una stella che inghiotte il suo pianeta. È quel che accadrà anche alla Terra. La Repubblica</i>	78
PANDEMIE OGGI E DOMANI	80
<i>Covid: l'Oms dichiara conclusa l'emergenza sanitaria globale. Il Sole24 ore</i>	80
<i>Cina, nuova ondata di Covid-19 prevista a fine giugno: 65 milioni di casi a settimana. La Repubblica</i>	81
<i>Covid, possibili contagi da varianti diverse: le cinque che ci minacciano. La Repubblica</i>	82
<i>Cos'è cambiato dal gennaio 2022</i>	82
<i>Covid, cosa sappiamo della variante Kraken: origine, contagiosità, protezione</i>	83
<i>Covid, l'assalto delle nuove varianti XBB: ecco perché fanno paura. La Repubblica</i>	83
<i>Efficacia ed efficacia dei vaccini inattivati contro COVID-19 sintomatico, COVID-19 grave e esiti clinici di COVID-19 nella popolazione generale: una revisione sistematica e una meta-analisi. The Lancet Regional Health</i>	85
<i>Studio di fase I randomizzato, in cieco con osservatore, controllato con placebo su un vaccino mRNA SARS-CoV-2 PTX-COVID19-B. Scientific reports</i>	86
<i>Cinetica anticorpale anti-SARS-CoV-2 a lungo termine e correlazione della protezione contro l'infezione da Omicron BA.1/BA.2. Scientific reports</i>	88
<i>Imparare dalla sierosorveglianza per SARS-CoV-2 per informare la preparazione e la risposta alla pandemia. The Lancet</i>	89
<i>Gli anticorpi specifici per la proteina del picco del coronavirus indicano frequenti infezioni e reinfezioni nell'infanzia e tra gli operatori sanitari vaccinati con BNT162b2. Scientific reports</i>	91
<i>Istat: nel 2020 aumentano i decessi (+14,7%) sotto la spinta del Covid. Il Sole24 ore</i>	92
<i>Cause di morte in Italia-anno 2020. ISTAT</i>	93
ALTRE PATOLOGIE	94
<i>Mpox. Per l'Oms non è più un'emergenza di sanità pubblica. quotidianosanita.it</i>	94
<i>Il cancro, il mistero delle balene e un indizio sconcertante: il numero 3200...SANITA' INFORMAZIONE</i>	95
<i>Italia tra i Paesi con il più alto livello di interferenza delle industrie del tabacco. quotidianosanita.it</i>	96
<i>Malattie rare. Arriva il nuovo Piano nazionale. Per attuarlo stanziati 50 mln. Diagnosi più rapide, migliore erogazione dei farmaci e assistenza integrata. Ecco cosa prevede. quotidianosanita.it</i>	98
<i>Infezioni ospedaliere chirurgiche. quotidianosanita.it</i>	105
PIANO NAZIONALE RINASCITA E RESILIENZA	111
<i>PNRR e opportunità di rilancio sul territorio: uno studio rivela il percorso di sviluppo dei servizi sanitari territoriali in quattro regioni. IL Sole24 ore</i>	111

<i>PNRR. Corte dei conti denuncia ritardi su assistenza domiciliare, Centrali operative territoriali e telemedicina. In ballo 4 miliardi. quotidianosanita.it</i>	112
<i>PNRR. Regioni in ritardo su Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità. Al 31 dicembre 2022 ne risultano attive meno di una su dieci. I dati AGENAS. quotidianosanita.it.....</i>	114
<i>DELIBERAZIONE N.13/2023/CCC, CORTE DEI CONTI.....</i>	117
<i>Indagine conoscitiva sulla ristrutturazione edilizia e l'ammmodernamento tecnologico....AGENAS</i>	118
OSPEDALE CHE CAMBIA	120
<i>Aziende ospedaliere. Più di una su 5 registra un basso di livello performance. Al Centro-Sud i dati peggiori. La nuova analisi di AGENAS. quotidianosanita.it</i>	120
<i>GRANDI OSPEDALI. 2° OPEN MEETING. I grandi ospedali si confrontano per fare sistema. Roma, AOU Sant'Andrea e Policlinico Torvergata. 25/26 maggio 2023</i>	133
<i>Ospedali: mancano 30mila medici e 100mila posti letto. La Repubblica</i>	134
<i>Dare priorità alla carenza di forza lavoro sanitaria e assistenziale: proteggere, investire, insieme. The Lancet. Global Health</i>	135
<i>Supportare un solido lavoro di squadra: collegare tecnologia e scienza organizzativa. N Engl J Med 2023</i>	138
NURSING	141
<i>Distretti sanitari: pieno sviluppo all'infermiere di famiglia e comunità. Protocollo d'intesa FNOPI-CARD. FNOPI</i>	141
<i>Cooperative sanitarie, infermieri e medici assieme su carenza di personale e speculazioni contro il SSN. FNOPI.....</i>	142
<i>Esaminando la risposta normativa infermieristica globale alla pandemia di COVID-19. Journal of Nursing Regulation</i>	144
<i>Ragioni degli errori di somministrazione dei farmaci, ostacoli alla loro segnalazione e numero di errori di somministrazione dei farmaci segnalati dal punto di vista degli infermieri: un'indagine trasversale. Nurse Education in Pratiche</i>	145
<i>Motivazione degli infermieri per la sottostima della violenza sul posto di lavoro perpetrata da pazienti e visitatori: una revisione sistematica. BMC Nurcing. Part Springer Nature.....</i>	146
MEDICINA TERRITORIALE	147
<i>Per la medicina di base: 30 anni passati inutilmente. quotidianosanita.it.....</i>	147
<i>La rivisitazione del Dm 70 tenga conto degli insegnamenti della pandemia. quotidianosanita.it</i>	149
<i>Farmacia dei servizi. Il futuro è il potenziamento della telemedicina e l'ampliamento delle vaccinazioni. Fofi: "Una rete interconnessa di presidi già esistente" quotidianosanita.it</i>	150
<i>Gimbe lancia l'allarme sui pediatri di libera scelta: ne mancano almeno 840 e tra il 2019 e il 2021 sono diminuiti del 5,5%. Il Sole24 ore.....</i>	151
<i>Survey sui MMG 2023. Fondazione GIMBE</i>	154
SANITÀ, SOCIALE E LONG TERM CARE	160
<i>Determinanti sociali e determinanti commerciali della salute. www.thelancet.com.....</i>	160

<i>Determinanti commerciali e impatto sulla salute, i punti chiave del documento OMS</i>	160
<i>Abbracciare la complessità: nuovi orizzonti nella ricerca sulla fragilità. The Lancet Regional Health</i>	162
<i>Ricerca-azione sulle disuguaglianze. SALUTE INTERNAZIONALE</i>	164
<i>Tridico: "Serve un welfare europeo con più tasse sui profitti globali". La Repubblica</i>	167
<i>La sicurezza, la cura e la salute mentale. SpiWeb. Società Psicoanalitica Italiana</i>	169
<i>La salute mentale e la legge 180. terzo giornale</i>	170
<i>L'allarme dagli Usa: "Di solitudine si muore. È la nuova epidemia". La Repubblica</i>	172
<i>Fecondazione assistita, maternità surrogata, famiglie omogenitoriali: ma cosa c'è di male? Ma cosa c'è di strano! Scienzainrete</i>	173
DIGITALIZZAZIONE TELEMEDICINA	176
<i>Cronicità. Con l'integrazione dei servizi di assistenza a livello istituzionale e professionale migliora la qualità e si risparmia fino al 4% della spesa sanitaria globale. Il rapporto Ocse. quotidianosanita.it</i>	176
<i>Intervista a Geoffrey Hinton, padre dell'IA: "È una minaccia esistenziale all'umanità, la politica deve regolare questi modelli". La Repubblica</i>	178
ECONOMIA E SANITÀ	180
<i>Le regole degli Stati Uniti per la "globalizzazione selettiva". transform!italia</i>	180
<i>Intesa condivisa del G7 sul miglioramento del coordinamento finanziario-sanitario e sul finanziamento del PPR. Finance Track</i>	187
<i>Il rapporto tra economia e sanità. quotidianosanita.it</i>	189
<i>La salute globale in tempo di crisi: una diagnosi complessa. ISS</i>	190
<i>Un'economia del benessere per l'equità sanitaria. Promuovere una transizione verso società più sane, più inclusive e sostenibili. EuroHealthNet</i>	192

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 CONVEGNI P.O. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

Convegno su «Ospedale che cambia»

Convegno su «Appropriatezza prescrittiva»

Teramo Novembre-Dicembre 2022



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

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 CONVEGNI P.O. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

- 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 fornito da letteratura scientifica
 lunedì 21 novembre 2022 ore 8:30-14:00 - 02/06/17-00
 AULA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

Dalla pandemia alla sindemia e il suo impatto sui sistemi sanitari
 Quadro di riferimento fornito da letteratura scientifica
 lunedì 21 novembre 2022 ore 8:30-14:00 - 02/06/17-00
 AULA CONVEGNO D. G. MAZZINI TERAMO

Seminari e Convegni ASL Teramo-ASIQUAS

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

Riproduci tu... Casuale

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

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

FEATURED ARTICLES

E allora parliamo di sostenibilità della sanità pubblica. quotidianosanita.it

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

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

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

Perché [Cavicchi](#) ha ragione. Se non si affronta il tema della "sostenibilità" del SSN, che non va confuso con quello della riproduzione nel tempo del SSN così come, senza porre mano alle contraddizioni e ai limiti esistenti al suo interno, non si va da nessuna parte

18 MAG -

Premessa

Cogliamo spunto dall'articolo di Ivan Cavicchi "[Perché oggi nessuno parla più di sostenibilità](#)", su questa testata pubblicato il 17 maggio scorso. Concordiamo con la sua attenzione al tema della "sostenibilità" del SSN, che non va confuso con quello della riproduzione nel tempo del SSN così come è, senza porre mano alle contraddizioni e ai limiti esistenti al suo interno.

Di solito il principio guida della "sostenibilità" è lo "sviluppo sostenibile", che riguarda l'ambito ambientale, quello economico e quello sociale. I settori culturali, tecnologici e politici sono, invece, considerati come sotto-settori dello sviluppo sostenibile^{[1][2][3]}.

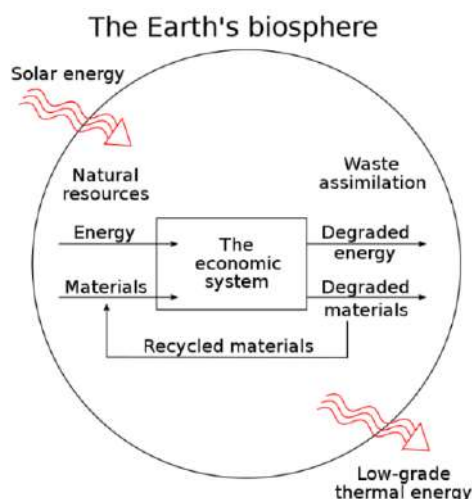
Per sviluppo sostenibile si intende lo sviluppo volto a soddisfare i bisogni della generazione presente senza compromettere la capacità delle generazioni future di far fronte ai propri bisogni.

Il primo riferimento storico al concetto di sostenibilità "intergenerazionale" è contenuto nella costituzione pastorale "Gaudium et spes" pubblicata a conclusione del Concilio Vaticano II nel 1965.

Successivamente il termine "sviluppo sostenibile" è stato introdotto per la prima volta dal "Rapporto Brundtland" della Commissione Mondiale per l'Ambiente e lo Sviluppo del 1987.

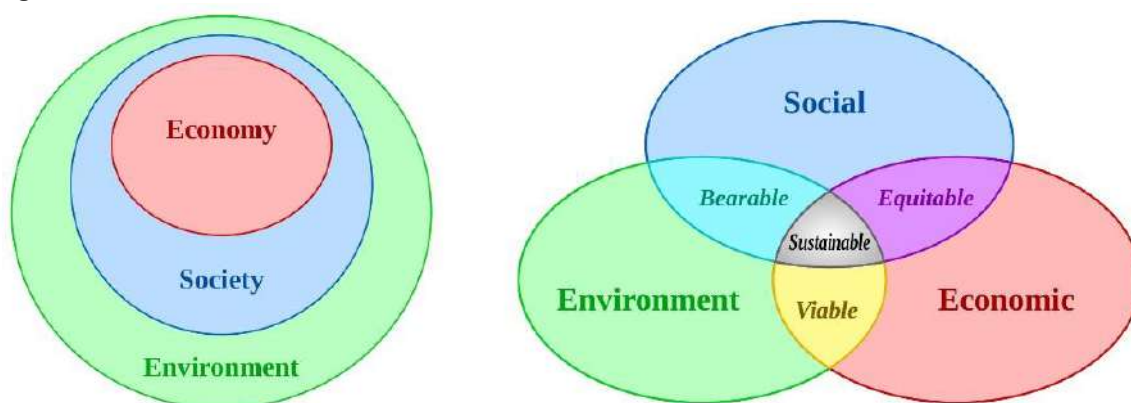
Infine l'economia ecologica è un approccio alla teoria economica incentrato su un forte legame tra equilibrio dell'ecosistema e benessere delle persone, benessere che è "proxy" anche di "salute possibile".

Talvolta è stata indicata come "economia verde" e si trova in forte contrasto con altre correnti di pensiero dell'economia. Gli "economisti verdi" spesso hanno posizioni più radicali rispetto a quanto teorizzato dall'economia dell'ambiente, che generalmente ha posizioni più convenzionali su temi come la crescita economica e l'ottimizzazione dei processi.



La sanità come “ecosistema”

“Ecosistemi” e “sistemi ambientali sani” sono necessari per la sopravvivenza della specie umana e degli organismi viventi. Il percorso verso il raggiungimento della sostenibilità rappresenta anche una sfida sociale che coinvolge legislazioni e diritti, sia internazionali che nazionali, i sistemi urbani e i trasporti, gli stili di vita locali e individuali e il consumo. Per vivere in modo più sostenibile si può ricorrere ad alcune strategie, come la riorganizzazione delle condizioni di vita, delle modalità lavorative, dell'utilizzo delle scienze per lo sviluppo di nuove tecnologie, oppure la progettazione di sistemi flessibili e reversibili, oltre che l'adattamento degli stili di vita individuali e collettivi per garantire la conservazione delle risorse naturali, che non sono infinite. Si è soliti rappresentare tali obiettivi usando tre ellissi nidificate per indicare che i tre pilastri della sostenibilità non si escludono a vicenda ma, a loro volta, si rafforzano. Di fatto, i tre pilastri sono interconnessi, tanto che, in una prospettiva a lungo termine, nessuno dei tre può sussistere senza gli altri.



Quanto sopra richiede conseguentemente di affrontare il tema della sostenibilità del SSN tenendo conto sia della sua riproduzione nel tempo (sopravvivenza) che della sua riforma/ottimizzazione interna. Dopo la pandemia da SARS-COV-2 e la sindemia che ne è derivata, nulla sarà come prima ... anche nel SSN.

L'approccio “One Health” in Italia e sue (im)possibili implementazioni

Con l'inclusione formale del “Programma Ambientale” delle Nazioni Unite (UNEP) nella condivisione con WHO, FAO e WOHA nel 2022, e con il successivo lancio del “Global One Health Joint Plan of Action” (2022-26), si è creata un'opportunità per affrontare in un modo nuovo l'approccio “One Health”.

Un primo passo importante è stata la pubblicazione di una definizione di “One Health” approvata e condivisa tra le quattro organizzazioni internazionali con la definizione dei suoi principi di base, come segue:

“One Health è un approccio integrato e unificante che mira ad equilibrare e ottimizzare in modo sostenibile la salute di persone, animali ed ecosistemi. Riconosce che la salute dell'uomo, degli animali domestici e selvatici, delle piante e dell'ambiente in generale (ecosistemi inclusi) sono strettamente collegati e interdipendenti. L'approccio One Health spinge molteplici settori, discipline e comunità a vari livelli della società a lavorare insieme per promuovere il benessere e affrontare le minacce per la salute e gli ecosistemi, affrontando al tempo stesso la necessità comune di acqua pulita,

energia e aria, alimenti sicuri e nutrienti, contrastando il cambiamento climatico e contribuendo allo sviluppo sostenibile” [One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP). Annual Report 2021]

Tra le affermazioni di principio è il contesto reale ci sono sempre differenze sostanziali ...

Negli articoli apparsi su “Quotidiano sanità”, in data 10 febbraio 2023, titolato “L’approccio “One Health” e le policy per la sua gestione”, affermavamo che “le crisi di salute pubblica sono dovute ad eventi biologici, sociali, economici e politici. Queste sfide non possono essere affrontate solo dalla medicina umana o dalla sanità pubblica ed è stato riconosciuto che è necessario un approccio inter e transdisciplinare”, e in quello pubblicato in data 21 febbraio 2023, titolato “One Health” in Italia. Siamo ancora molto lontani” affermavamo che “Le criticità presenti nel nostro Paese non consentono, se non risolte, di sviluppare coerenti politiche di “One Health” se non di facciata. Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario.”

Rimane un grande problema di “sostenibilità” del SSN e in questo siamo d’accordo con Ivan Cavicchi.

Il PNRR da solo non basta

Lo stesso PNRR, se non viene coerentemente gestito nel rispetto della sua visione originaria, non può da solo risolvere le difficoltà attuali del nostro sistema sanitario. Si tratta di lavorare per l’Integrazione delle competenze istituzionali (Ministeri afferenti) e a cascata di quelle Regionali e Locali. Dati i limiti di manovrabilità economico finanziaria, se il PIL non risale, i margini di operatività per politiche integrate di “salute” obiettivamente sono ridotti.

“One Health” è stato posto al centro della visione del PNRR. Coerentemente dovremmo tenere conto della realtà e finalizzare tutte le politiche connesse al tema salute in una ottica di loro “integrazione”.

Questo potrebbe essere possibile solo con un forte coordinamento istituzionale sia a livello nazionale che regionale. La diaspora politica delle Giunte Regionali e i diversi modelli di SSR non aiutano in questa prospettiva. Siamo in salita e ci sarà molto da lavorare, sempre che ci sia voglia di misurarsi fino in fondo con i contenuti dell’approccio “One Health” e con la “sostenibilità” di SSN/SSR.

Occorre misurarsi con il tema della riflessione critica sul modello di “economia globalizzata” messo in discussione dalle componenti della “tempesta perfetta” in cui oggi ci troviamo, ovvero, cambiamenti climatici e ambientali, pandemie in essere e altre eventuali in incubazione sullo sfondo, guerre e sindemie connesse, crisi energetiche e diseguaglianze economiche e sociali e diseguaglianze di salute, migrazioni climatiche e ambientali e legate alla siccità e alle crisi produttive, che determinano le tendenze negative della fertilità e i “deserti demografici” in cui siamo calati.

Tutto è concatenato e ci dice che il mercato non può essere lasciato al suo libero sviluppo pena crisi successive e sempre più gravi. Bolle speculative sono sempre possibili e sotto osservazione e le loro conseguenze rischiano di essere sempre più dirompenti. Non è un caso se nelle più qualificate Università dei maggiori Paesi si riscoprono autori del passato e si ragiona su diversi modelli economici e produttivi e statuali e sul rapporto tra economia e stato. Si torna ad approcci di tipo “neo keynesiano”, rivisto e adattato all’attuale contesto ... se basterà, ovviamente.

Il ruolo e le competenze delle professioni sanitarie e recupero di “appropriatezza”

Abbiamo poi il tema delle nuove competenze e dei nuovi skill da garantire agli operatori sanitari, sociosanitari e sociali con uno sguardo al futuro. Assistiamo dovunque ad un depauperamento delle risorse strutturali definite dalle competenze professionali. Assistiamo non solo ad una insufficienza numerica dei professionisti, ma anche alla assoluta inadeguatezza della programmazione rispetto alle loro competenze specifiche da sviluppare, in termini di specialità disciplinari.

Vi è un diffuso tema di recupero di “appropriatezza” delle cure.

Il Decreto Lorenzin sulla “appropriatezza” in realtà è stato la risultante di un lavoro di anni di decine di società scientifiche che nell’ambito del progetto “Fare di più non vuol dire fare meglio”, capo fila il movimento “Slow Medicine”, ha raccolto più di 2.400 procedure assistenziali non basate su evidenze cliniche, ma ancora largamente usate dagli operatori sanitari in un approccio “si è sempre fatto così” ...

C’è un enorme lavoro da fare per recuperare “appropriatezza” che in sanità pubblica diventa subito “equità” e “universalismo” e impatta su accesso ed erogabilità dei LEA e dei LEPS.

Uniformare i modelli organizzativi per garantire accessibilità alle cure ed “equità”

Nel PNRR viene ribadita la centralità del SSN, dettando criteri uniformi per i Sistemi Sanitari Regionali e proponendo un approccio sistemico, collaborativo e partecipativo, di promozione comunitaria della salute e di welfare generativo.

Crediamo che questa sia la strada da percorrere per rispondere in modo concreto e integrato tra sanitario e sociale ai bisogni di salute del Paese. Ed è la strada per affermare anche nel nostro Paese un approccio “One Health”.

Si deve partire dall’analisi dei bisogni di salute delle popolazioni come “starting point” epidemiologico e poi si potranno declinare gli “strumenti” della programmazione sanitaria dal lato della “offerta” di servizi.

Questo per poter affermare una “clinical governance” e un governo economico/finanziario come gestione delle compatibilità per garantire un sistema universalistico, equo, solidale e di qualità e sostenibile.

Infatti “... L’adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale è uno degli obiettivi strategici del PNRR che permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme per garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico.

Tale modello di stratificazione dovrà consentire di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute del singolo paziente”. [“Il PNRR e la necessità della stratificazione dei bisogni delle popolazioni osservate”, 26 novembre 2021 (Quotidiano sanità)].

Inoltre “... Applicando metodologie e strumenti ad hoc è possibile fare scelte di policy sanitaria e socio sanitaria secondo un approccio “One Health”, centrato sulla persona e su target omogenei di pazienti. Questo recuperando appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure, garantendo equità e universalismo. Il che comporta fare programmazione dal lato di una lettura della domanda di sanità e salute e non più solo dal lato dell’offerta che si vuole autoriprodurre”.

[“Daqli Osservatori fragilità/cronicità alla stratificazione dei bisogni delle popolazioni”, 23 gennaio 2023 (Quotidiano sanità)].

Affermare la “sostenibilità” del SSN e dei SSR

La sostenibilità di solito discende dallo studio dei sistemi, tra le cui caratteristiche assumono rilevanza proprietà quali la capacità di carico, le possibilità di autoregolazione, la resilienza e la resistenza che, nel loro insieme, influiscono sulla [stabilità](#) dell’ecosistema.

Un ecosistema, come la sanità, in [equilibrio](#) è implicitamente sostenibile. Inoltre, maggiore è la sua stabilità maggiori sono le sue capacità di autoregolazione rispetto a fattori interni, e soprattutto esterni, che tendono ad alterarne lo stato di equilibrio.

I fattori che ancor più disturbano l’equilibrio degli ecosistemi sono le relazioni che gli stessi instaurano con altri tipi di sistemi complessi. L’interazione tra sistemi complessi aumenta le probabilità di perturbazioni e fa aumentare il [rischio](#) di alterazioni irreversibili.

In particolare, la ricerca pone attenzione sulla possibilità che si verifichino le cosiddette “reazioni non lineari”, alterazioni irreversibili dell’equilibrio di un sistema in prossimità di valori soglia della capacità di carico, o se si vuole di recupero, del sistema stesso.

La capacità di [risposta](#) e regolazione dei sistemi interessati dalle perturbazioni a sua volta è tanto maggiore quanto più grande è la varietà strutturale e funzionale del sistema. Nelle sanità pubblica siamo già a questo livello di complessità. Non si può non condividere quanto afferma Ivan Cavicchi nel già citato articolo del 15 maggio, “... questa idea molto riduttiva di sostenibilità nasce nel momento in cui la politica decide di trasformare, per ragioni di spesa il diritto fondamentale alla salute in un diritto potestativo, cioè nel momento in cui i diritti cominciano ad essere percepiti addirittura come ostacolo allo sviluppo per cui la politica del tempo decide la svolta neolibera cioè di spalancare le porte tanto all’azienda che al privato (legge 502 e legge 229). Cioè paradossalmente il privato diventa una garanzia di sostenibilità”.

I tagli al FSN in questi anni sono stati pari a circa 37,5 mld di Euro, mentre dopo il “Jobs Act” è stata finanziata la defiscalizzazione delle polizze sanitarie e dei premi delle mutue fino a € 3.200,00 pro-capite nell’ambito del così detto “welfare aziendale” di cui “magna pars” è la “sanità integrativa”. Il montante consolidato è, guarda caso, di circa 37,0 mld di Euro. È una semplice coincidenza contabile? Sinceramente non crediamo che sia così.

È il frutto di scelte consapevoli e trasversali che hanno coinvolto tutti i così detti “poteri forti” del nostro Paese.

Personalmente crediamo che quanto è “profit” non può essere “equo” e “universale”, se non altro perché chi è “profit” deve accumulare e riprodurre nel tempo le sue attività minimizzando i costi e massimizzando i ricavi. Chi è “pubblico” dovrebbe essere messo in grado di perseguire obiettivi di salute e rendicontare con trasparenza le sue performance alle comunità. È tutto un altro approccio ...

Conclusioni

“La sostenibilità, come sostiene Ivan Cavicchi, ... non può essere solo ciò che è compatibile con l’economia, ma deve essere un equilibrio tra i benefici sociali prodotti per mezzo della produzione di salute come ricchezza e i costi necessari per garantire ai cittadini le cure più adeguate. Costi ovviamente che andranno riqualificati anche radicalmente a partire da un nuovo rapporto tra medicina e sanità.

Ormai la riqualificazione dei costi della cura passa per una riqualificazione delle prassi professionali, cioè per il lavoro, che però non potrà avvenire senza che vi sia un coraggioso ripensamento dei modi di far la medicina oggi. La riqualificazione dei costi della cura non può essere delegata all’economicismo delle aziende ma deve essere restituita agli operatori” ... e aggiungerei ai pazienti e alle comunità.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113926

-

L’inconsistenza di una visione solo finanziaria della sanità *quotidianosanita.it*

Ivan Cavicchi

Rifinanziare la sanità senza un chiarimento politico sulla sostenibilità è pericoloso per tre ragioni: non è detto che rifinanziare la sanità rappresenti automaticamente la soluzione alle sue criticità, il rifinanziamento della sanità se sganciato da un progetto di riforma potrebbe aggravare paradossalmente la questione della sostenibilità e la

catastrofe del Ssn per essere evitata ha bisogno non solo di soluzioni finanziarie ma anche di soluzioni di riforma. Quanto e come

22 MAG -

Non mi aspettavo che ASQUAS (G. Banchieri, L. Franceschetti, A. Vannucci) ([QS 18 maggio 2023](#)) scrivesse quell'articolo sulla sostenibilità. Grazie.

Un contributo prezioso del quale dovrebbero far tesoro chi ancora non ha capito l'importanza della questione e che purtroppo riguarda la maggioranza dell'opposizione.

Ricordando a scanso di equivoci che sono colui che ha proposto per la sanità uno sciopero e un finanziamento straordinario ([QS 7 marzo 2023](#)) ribadisco che rifinanziare la sanità senza un chiarimento politico sulla sostenibilità è pericoloso per tre ragioni :

non è detto che rifinanziare la sanità rappresenti automaticamente la soluzione alle sue criticità, anzi nei confronti della catastrofe questa strada è necessaria ma non basta,

il rifinanziamento della sanità se sganciato da un progetto di riforma potrebbe aggravare paradossalmente la questione della sostenibilità,

la catastrofe per essere evitata ha bisogno non solo di soluzioni finanziarie ma anche di soluzioni di riforma.

Quanto e come

Ciò posto, l'altra questione è "quanto"? Un conto è avere come, propone qualcuno pochi mld, cioè un contentino che non cambia niente, un conto è raggiungere come spesa sanitaria la media europea.

In questo caso il problema più delicato resta "come" spendere eventualmente i soldi, cioè se questi soldi si spendono, riprendendo la riflessione di ASQUAS, in modo sostenibile o no.

Se si spende in modo sostenibile ci vuole una riforma perché senza, in pratica, sarebbe come buttare via i soldi e la questione sostenibilità a seguito di ciò, come detto, potrebbe addirittura aggravarsi portandoci davvero alla catastrofe.

Le prestazioni finanziarie

In ogni caso definisco tutte quelle proposte pensate per avere dal governo dei soldi per la sanità, una domanda di "prestazioni finanziarie", che a seconda delle quantità hanno più o meno probabilità di essere accolte e pongono più o meno importanti problemi di sostenibilità.

Cito dalla Treccani: "L'indennizzo (o indennità) è una prestazione patrimoniale che vale a compensare un soggetto a seguito di un pregiudizio patito, ovvero del sacrificio di un diritto".

Per me di fronte alla catastrofe:

non esiste nessuna prestazione finanziaria pensata per indennizzare in qualche modo il sacrificio del diritto alla salute,

se l'opposizione al governo si limitasse a chiedere solo soldi per tirare a campare quindi negando la questione della sostenibilità questa sì che sarebbe la vera causa finale conclusiva della catastrofe.

Maggioranza e opposizione: due esempi

A questo punto, vorrei richiamare due esempi diversi di "prestazioni finanziarie" richieste al governo:

dell'assessore alla sanità della Sicilia (G. Volo) maggioranza di governo ([QS 19 maggio 2023](#)),

dell'assessore alla sanità dell'Emilia Romagna (R. Donini) opposizione di governo ([QS 15 maggio 2023](#)).

Per il primo si tratta di rilanciare il SSN individuando specificatamente tre "interventi ministeriali":

il problema della carenza di personale,

la carenza di specialisti nell'emergenza-urgenza,

la riorganizzazione della rete di assistenza territoriale.

Per il secondo che è anche colui che coordina la Commissione Salute delle Regioni, le proposte e le richieste sono finanziariamente alquanto più impegnative, in parte quantificate in parte no, quindi rispetto alle scelte recessive del governo sulla sanità sono praticamente senza copertura.

Le prestazioni finanziarie chieste da Donini

Rifinanziamento del FSN per un valore all'incirca di 10 mld quindi revisione al rialzo dell'incidenza della spesa sanitaria sul pil con l'obiettivo ipotetico di tornare almeno al 7,4% del 2020,

un piano di ammortamento dei costi non coperti nel 2022 in un congruo numero di anni (proposta finanziariamente non quantificata),

- coprire i costi dell'erogazione delle prestazioni e nuovi investimenti per alzare il livello di qualità delle stesse" (proposta finanziariamente non quantificata),
- revisione del tetto di spesa del personale basata su una metodologia in grado di definire il fabbisogno effettivo (proposta finanziariamente non quantificata),
- incrementare le retribuzioni degli operatori attraverso la defiscalizzazione di quote di salario accessorio (proposta finanziariamente non quantificata),
- piena equiparazione degli incarichi gestionali e professionali in modo da disegnare percorsi di carriera per la dirigenza e il "comparto", ma anche attraverso "lo sviluppo delle competenze avanzate per le professioni sanitarie" (proposta sicuramente controversa, a costi finanziariamente non quantificati),
- un confronto serrato con il ministro della Salute.

Differenze e identità

Non serve sprecare parole per mostrare le differenze che esistono tra le due proposte. Esse mi sembrano chiare e evidenti. Ma forse serve capire cosa esse hanno in comune nonostante siano di segno politico opposto.

Per entrambe:

- non esiste una catastrofe ma solo una congiuntura sfavorevole alla sanità,
- la sostenibilità è la questione assente,
- il problema principale sono solo le prestazioni finanziarie,

- tutto si risolve al tavolo ministeriale anche se appare difficile credere che un ministro senza nessun potere sul piano della finanza pubblica, sia in grado di accogliere gli impegni finanziari che le loro richieste implicano,
- le richieste finanziarie hanno un costo che confligge con il giudizio implicito di insostenibilità del governo, giudizio però che entrambi questi assessori non contestano.

Dove è finito il proverbiale realismo della sinistra?

A parte la Sicilia che politicamente è come se chiedesse solo pochi spiccioli colpisce la posizione dell'Emilia Romagna cioè l'opposizione al governo che chiede importanti prestazioni finanziarie ma anche importanti modifiche politiche alla linea del governo, infatti Donini chiede, a sostenibilità assente, di modificare la manovra finanziaria approvata dal governo cioè chiede di cambiare il Def.

Alla domanda dove trovare i soldi per finanziare le prestazioni finanziarie richieste Donini risponde: "Prima di incrementare la spesa agli armamenti bisogna investire le risorse in sanità. Basta non spendere 3 mld per gestire un condono fiscale, basta non attuare la flat tax e la diminuzione della pressione fiscale sui ceti più ricchi". Come dargli torto. Ma quale plausibilità?

Senza le piazze si rischia di fare solo demagogia

Resta da capire come fa Donini senza avere le piazze in rivolta, anzi con una mobilitazione sindacale della quale il governo non sembra preoccupato, senza neanche una ipotesi di sciopero per difendere l'art. 32, a ritenere che non sia il caso di parlare di catastrofe e di chiedere un accordo politico sulla sostenibilità.

Al contrario Donini, ripeto con le piazze vuote e senza sciopero, ma soprattutto senza idee, con una sinistra dissolta, ritiene che al governo sia il caso di chiedere la modifica del Def, di intascare almeno 30 mld e di cambiare radicalmente la politica fiscale.

Chiedo scusa ma credere agli asini volanti mi è proprio difficile

Non sono tanto sciocco da non comprendere le ragioni di Donini cioè dell'opposizione, ma nello stesso tempo i miei capelli bianchi mi impediscono di credere agli asini che volano.

La cosa, con tutta l'affetto che idealmente nutro per Donini e la sua regione è che non capisco come si possa pensare di poter chiedere tanti soldi senza dare nulla in cambio cioè senza né una proposta di riforma e ribadisco, soprattutto, senza fare prima un accordo sulla sostenibilità e senza contestare a priori al governo la sua scelta politica fondamentale che è quella che ci conduce dritti dritti alla privatocrazia sanitaria ma sulla quale il "compagno Donini", sperando non si offenda, non dice una parola.

Probabilmente a lui la "grande marchetta" non dispiace o comunque è un problema di difficile soluzione. La cosa che conta sono i conti, cioè avere degli indennizzi cioè delle prestazioni finanziarie.

Un disagio profondo

Il disagio che provo è profondo ed è quello di vedere la sinistra che alla fine senza paura del ridicolo è come se considerasse questo governo uno "scemo" o uno sprovveduto al quale chiedere semplicemente di rifinanziare la vecchia politica del passato ignorando che questo presunto "scemo" con questa vecchia politica ci sta portando verso la catastrofe.

Io penso che Donini, le regioni, il sindacato, la sanità tutta in queste condizioni politiche più di qualche spicciolo per tappare qualche buco non avranno, ma se non sarà così e speriamo che non sarà così, mi chiedo: a questo punto di chi è la responsabilità politica della catastrofe, del matematico che ha inventato la teoria o del "compagno" Donini che questa teoria l'ha corroborata fino alle estreme conseguenze?

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114006

PNRR. I conti non tornano... *quotidianosanita.it*

Giorgio Banchieri

Il confronto intrecciato dei flussi di dati provenienti da diverse fonti istituzionali sull'attuazione di Case e Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali evidenziano che abbiamo un problema...

15 MAG – PNRR e i principi del SSN e sviluppo della sanità territoriale

Come già scritto in precedenti articoli su questa testata, in permanenza della pandemia da SARS-COV-2 il perseguimento dei tre principi fondamentali del nostro SSN (universalità, uguaglianza ed equità) richiede un cambio di prospettiva, passando da sistemi sanitari progettati intorno alle malattie e alle istituzioni verso sistemi sanitari vicini alla “persona” e alla “comunità”. Nel PNRR si assume l’obiettivo di potenziare i servizi assistenziali territoriali per consentire l’effettiva applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

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

La strategia perseguita con il PNRR

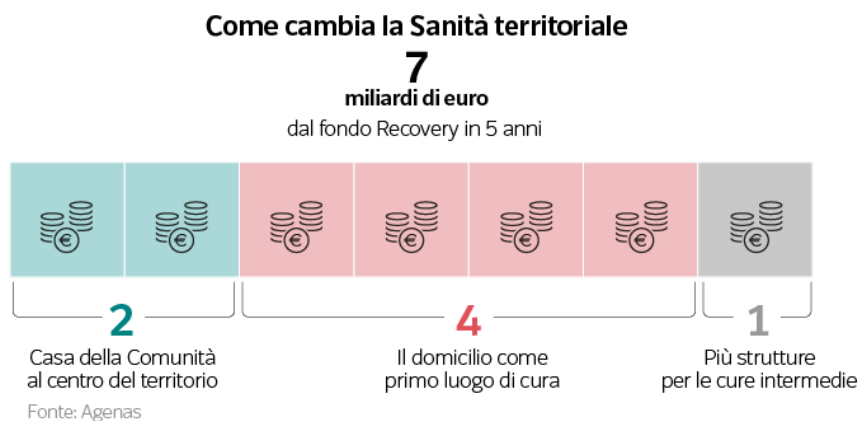
È volta ad affrontare in maniera sinergica tutti gli aspetti critici preesistenti. Un significativo sforzo in termini di riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese. L’“incipit” del PNRR, infatti, è mettere in grado la ASL e i Distretti 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.

Servizi sanitari di prossimità, strutture e standard per l’assistenza sul territorio

Il PNRR per l’attuazione dei suoi obiettivi strategici propone una nuova strategia che si basa su due attività principali:

- L’identificazione del modello organizzativo condiviso della rete di assistenza territoriale tramite la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l’assistenza territoriale e le strutture a essa deputate, adottata con il DM 77;
- La definizione di un nuovo assetto istituzionale per la prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico, in linea con l’approccio One-Health.



La “presa in carico dei pazienti” e i “piani Individuali di salute”

Per perseguire quanto sopra la “presa in carico del paziente” si realizza attraverso la definizione di un piano/progetto assistenziale individuale, che raccoglie e descrive in ottica multidisciplinare le informazioni relative ai soggetti in condizioni di bisogno per livello di complessità e, sulla base dei bisogni di cura dell’assistito, definisce i livelli di assistenza specifici, nonché i tempi e le modalità di erogazione per favorire la migliore condizione di salute e benessere raggiungibile per la persona malata.

La “presa in carico” presuppone una serie di fasi:

1. Valutazione multidimensionale;
2. Definizione di obiettivi che ragionevolmente potranno essere perseguiti;
3. Elaborazione del piano/progetto assistenziale individuale;
4. Affidamento a un case manager che rappresenta il punto di riferimento sia per il paziente che per tutti gli operatori che avranno un ruolo nell’episodio assistenziale;

5. Gestione (aggiornamenti e rivalutazioni);
6. Dimissioni (che non comportano la chiusura della presa in carico qualora la dimissione comporti l'affidamento a un altro servizio),
7. Controllo della gestione clinica.

L'assistenza domiciliare e la "casa come primo luogo di cura"

Gli investimenti previsti mirano a:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie (come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione);
- Realizzare presso ogni azienda sanitaria locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale;
- Attivare 602 Centrai Operative Territoriali (COT), una in ogni Distretto, con la funzione di coordinare i servizi domiciliari con gli altri servizi sanitari, assicurando l'interfaccia con gli ospedali e la rete di emergenza-urgenza.

I fabbisogni di risorse per la realizzazione di questi investimenti erano stimati in 4,00 miliardi di euro, di cui 3,48 miliardi connessi ai costi derivanti dal servire un numero crescente di pazienti, 0,48 miliardi per l'istituzione delle COT e 0,04 miliardi per i sistemi informativi. Per la realizzazione di tali interventi era prevista l'utilizzazione degli strumenti della programmazione negoziata, necessari per garantire il coordinamento dei livelli istituzionali e degli enti coinvolti.

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]

La situazione di contesto da implementare con il PNRR

Nel dicembre del 2020, 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).

Sulla base di tale richiesta, nell'ambito della Commissione Salute - Area Assistenza Territoriale, la Regione Emilia-Romagna, in qualità di coordinatrice dell'Area, ha richiesto alle Regioni e alle Province autonome (di seguito indicate PA) di trasmettere l'elenco delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità presenti nei rispettivi territori. Successivamente, sulla base della documentazione pervenuta, la Segreteria tecnica Area "Assistenza territoriale" ha elaborato la "Relazione sullo sviluppo delle Case della Salute e degli Ospedali di Comunità nelle regioni italiane (anno 2020)" nel febbraio 2021.

Nella relazione si chiarisce anche che, mentre la declinazione operativa degli Ospedali di Comunità si basa sui contenuti dell'Intesa Stato-Regioni n. 17 del 20 febbraio 2020, la declinazione operativa di Casa della Salute, in assenza di una impostazione condivisa a livello nazionale, è stata intesa come una struttura sanitaria territoriale in cui è prevista l'integrazione tra medici di medicina generale/pediatri di libera scelta ed i servizi sanitari delle Aziende Unità Sanitarie Locali (es. Case della Salute, UCCP1, PTA2).

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

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

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

I Distretti sociosanitari oggi in Italia

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, come segue:

Regione	Nr. Distretti	Pop. Media per distretto	coincidenza con ATS Si	coincidenza con ATS No
ABRUZZO	20	63.683	6	14
BASILICATA	6	90.003	6	0
CALABRIA	14	132.533	0	14
CAMPANIA	73	77.045	73	0
EMILIA-ROMAGNA	38	117.316	38	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	20	59.184	20	0
LAZIO	46	124.243	41	5
LIGURIA	19	79.289	19	0
LOMBARDIA	84	117.452	55	29
MARCHE	13	116.359	6	7
MOLISE	3	98.098	0	3
PIEMONTE	33	128.354	28	5
PUGLIA*	45	87.176	n.d.	n.d.
P.A. BOLZANO	4	133.944	4	0
P.A. TRENTO	3	180.719	0	3
SARDEGNA	24	65.799	22	2
SICILIA	55	87.726	55	0
TOSCANA	28	129.364	28	0
UMBRIA	12	72.261	12	0
VALLE D'AOSTA	2	61.669	2	0
VENETO	26	186.741	17	9
Italia	568	105.192	432	91

Quindi i Distretti erano e sono 568 con un numero di abitanti compreso tra i 60.000 e i 190.000.

Case della Salute

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

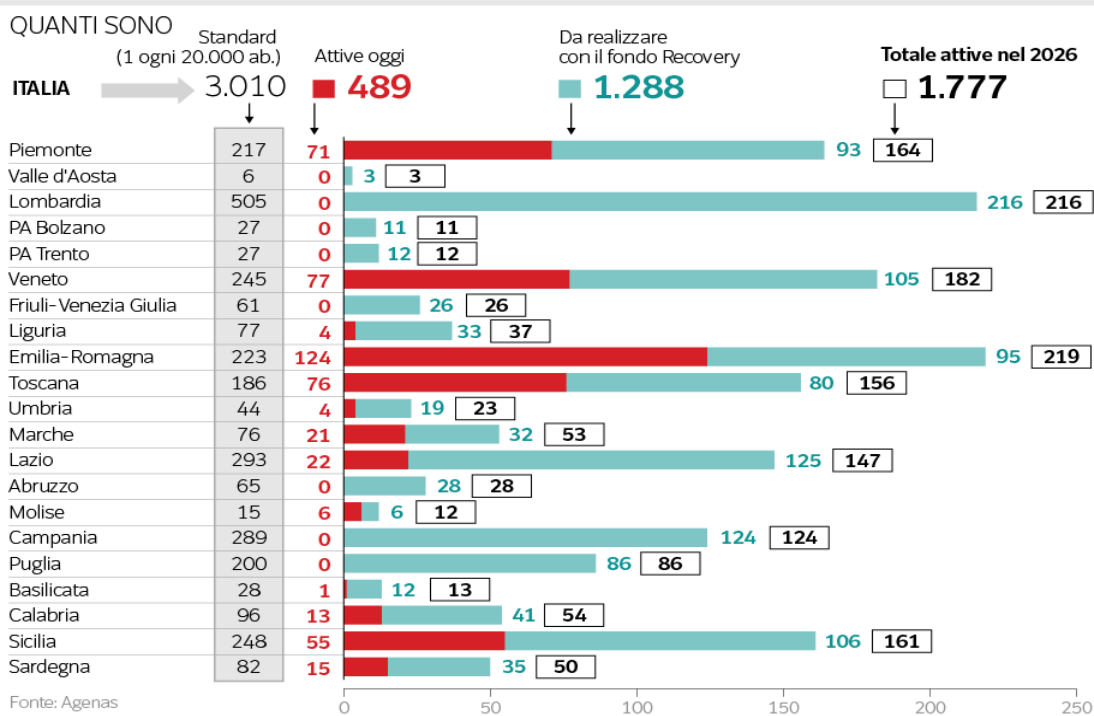
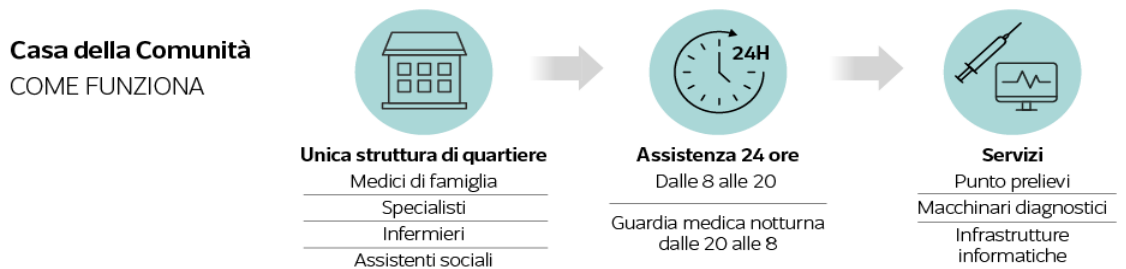
La “Casa della Comunità”, quindi, è il modello organizzativo per l’assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento, luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale.

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.

Gli standard di riferimento, in base al DM 77, erano i seguenti:

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 nelle aree metropolitane
		1x20-25.000 abitanti nelle aree urbane e suburbane
		1x10-15.000 abitanti nelle aree interne e rurali
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multidisciplinari (MMG, PLS, SAI, IFeC, ecc.)	Obbligatorio	
Punto Unico di Accesso	Obbligatorio	
Servizio di assistenza domiciliare di livello base	Obbligatorio	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	Obbligatorio	
Servizi infermieristici	Obbligatorio	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	Obbligatorio	
Programmi di screening	Obbligatorio	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione	Obbligatorio	
Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento		Obbligatorio
Presenza medica	Obbligatorio	Obbligatorio
	H24, 7/7 gg	H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	Obbligatorio	Obbligatorio
	H24, 7/7 gg	H12, 6/7 gg
Servizi diagnostici (finalizzati al monitoraggio della cronicità)	Obbligatorio	Facoltativo
Continuità Assistenziale	Obbligatorio	Facoltativo
Punto prelievi	Obbligatorio	Facoltativo
Servizi Sociali	Raccomandato	
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza	Raccomandato	
Attività Consultoriali	Facoltativo	
Vaccinazioni	Facoltativo	
AFT e UCCP MMG e PLS + medicine di gruppo integrate	Coordinamento e gestione	In rete nell'ambito del Distretto

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 del PNRR agito da AGENAS, abbiamo la seguente tabella "integrata":

	CdSalute 2020	CdC PNRR 2021	CdC Monitoraggio maggio 2023				Totale
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	POR + extra POR
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	0	6	-	4	-	-	4
Bolzano Alto Adige	-	27	-	10	-	-	10
Trentino	-	27	-	10	-	-	10
Piemonte	71	217	31	51	7	2	91
Lombardia	-	505	36	163	2	10	211
Veneto	77	245	-	95	-	5	100
Friuli VG	-	61	-	23	-	4	27
Emilia Romagna	124	223	43	42	-	7	92
Liguria	4	77	-	32	-	-	32
Toscana	76	186	6	71	-	-	77
Marche	21	76	-	29	-	-	29
Abruzzo	nc	65	-	40	-	-	40
Lazio	22	293	-	135	-	-	135
Umbria	8	44	-	17	2	3	22
Molise	6	15	6	7	-	-	13
Basilicata	1	28	-	19	-	-	19
Puglia	-	200	-	121	-	-	121
Campania	-	289	-	172	-	19	191
Calabria	13	96	-	61	-	4	65
Sicilia	55	248	-	156	-	-	156
Sadegna	15	82	-	50	-	30	80
Totale	493	3.010	122	1.308	11	84	1.525

Quindi nel "censimento" 2020 dell'Ufficio Studi della Camera dei Deputati/Conferenza Stato Regioni quelle attive sono 493, nel PNRR 2021 l'obiettivo è di 3.010 Case di Comunità, applicando gli standard del DM 77, e nel 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! Sono state tutte chiuse? Erano dati non corretti? Abbiamo comunque una differenza del - 73%.

Scendendo a livello di singole Regioni i dati ballano ancora di più:

- Piemonte: nel 2020 n. 71, nel PNRR 2021 n. 217, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 91 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 505, nel monitoraggio 2023 n. 38 su 211 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 124, nel PNRR 2021 n. 223, nel monitoraggio 2023 n. 43 su 92 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 76, nel PNRR 2021 n. 186, nel monitoraggio 2023 n. 6 su 77 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 22, nel PNRR 2021 n. 293, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 135 previste;
- Campania: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 289, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 191 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

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 dichiarate attive 128 Case di Comunità da portare entro il 2026 a 170! Per AGENAS sono attive ad oggi solo 43 ...

Ospedali di Comunità

Ricordo che, come da sito Ministero Salute, "L'Ospedale di Comunità è una struttura sanitaria di ricovero della rete di assistenza territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero".

Inoltre l'obiettivo dichiarato era "Realizzare 400 strutture sanitarie territoriali, rivolte a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza e sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale o familiare)."

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".

Ospedale di Comunità A COSA SERVE



Assistenza

Per ricoveri brevi e per pazienti a bassa intensità di cura



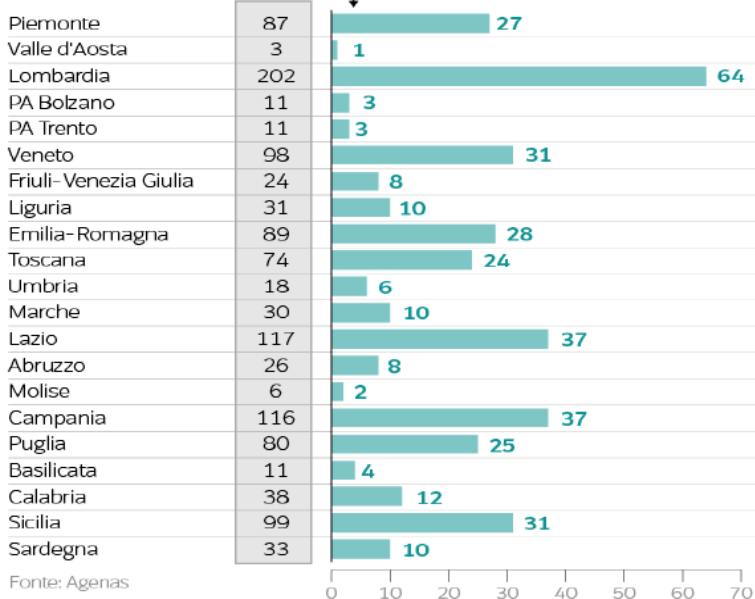
Gestione

Prevalentemente infermieristica

QUANTI SONO

Standard (1 ogni 50.000 ab.) → **1.205**
Da realizzare con il fondo Recovery → **381**

ITALIA

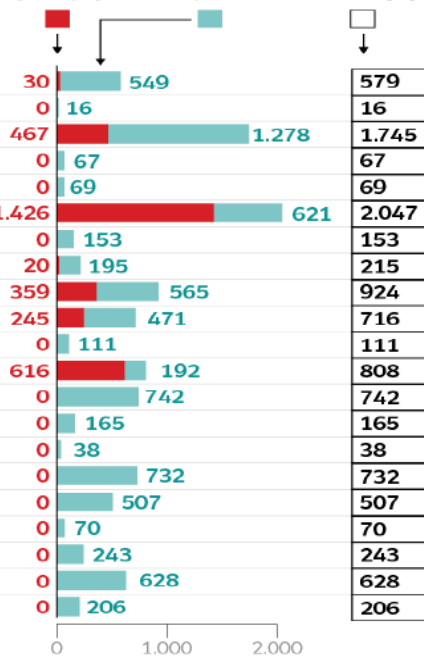


Fonte: Agenas



Posti letto

Attivi oggi → **3.163**
Da realizzare con il fondo Recovery → **7.620**
Totale attivi nel 2026 → **10.783**



Ad oggi, monitoraggio AGENAS 2023, quelli attivi sono 31, previsti nel POR, e 25 previsti extra POR, per un totale complessivo 56 su 524 previsti, pari al 10,68%.

Se scendiamo al livello delle singole Regioni abbiamo i seguenti dati:

- Piemonte: nel 2020 n. 5, nel PNRR 2021 n. 87, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 30 previste;
- Lombardia: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 202, nel monitoraggio 2023 n. 10 su 70 previste;
- Emilia Romagna: nel 2020 n. 26, nel PNRR 2021 n. 89, nel monitoraggio 2023 n. 5 su 27 previste;
- Toscana: nel 2020 n. 20, nel PNRR 2021 n. 74, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 24 previste;
- Lazio: nel 2020 n. 0, nel PNRR 2021 n. 117, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 36 previste;
- Campania: nel 2020 n. 1, nel PNRR 2021 n. 116, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 57 previste;
- Sicilia: nel 2020 n. 55, nel PNRR 2021 n. 248, nel monitoraggio 2023 n. 0 su 156 previste.

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.

	OdC 2021	OdC PNRR 2022	OdC Monitoraggio maggio 2023				Totale
			POR		Extra POR		POR + extra POR
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	3	-	1	-	1	2
Bolzano Alto Adige	-	11	-	3	-	0	3
Trentino	-	11	-	3	-	0	3
Piemonte	5	87	-	27	-	3	30
Lombardia	20	202	9	57	1	3	70
Veneto	69	98	13	22	24	12	71
Friuli VG	-	24	-	7	-	2	9
Emilia Romagna	26	89	5	22	-	0	27
Liguria	1	31	1	10	-	0	11
Toscana	20	74	-	24	-	0	24
Marche	14	30	-	9	-	0	9
Abruzzo	5	26	-	11	-	0	11
Lazio	-	117	-	36	-	0	36
Umbria	-	18	-	5	-	12	17
Molise	2	6	2	0	-	0	2
Basilicata	-	11	-	5	-	0	5
Puglia	-	80	-	38	-	0	38
Campania	1	116	-	48	-	9	57
Calabria	-	38	1	19	-	3	23
Sicilia	-	99	-	43	-	0	43
Sadegna	-	33	-	13	-	20	33
Totale	163	1.204	31	403	25	65	524

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).

Nel DM 77 le COT sono definite come "La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliera e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza".

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.
- Operativa 7 giorni su 7

In base ai dati del monitoraggio AGENAS 2023 le Centrali Operative Territoriali attive ad oggi sono 14, pari al 2,34% del totale previsto.

I Distretti sono 568, le COT programmate 650, di cui su 650 sono attive 24 = 626 COT ancora da realizzare.

	COT 2021	COT PNRR 2022	COT Monitoraggio maggio 2023				Totale
			POR	POR	Extra POR	Extra POR	POR + extra POR
			Attive	Non attive	Attive	Non Attive	
Valle d'Aosta	-	2	-	1	-	-	1
Bolzano Alto Adige	-	4	-	5	-	-	5
Trentino	-	1	-	5	-	-	5
Piemonte	-	33	4	39	-	-	43
Lombardia	-	84	9	92	1	2	104
Veneto	-	26	-	49	9	-	58
Friuli VG	-	20	-	12	-	-	12
Emilia Romagna	-	38	-	45	-	-	45
Liguria	-	19	-	16	-	-	16
Toscana	-	28	-	37	-	-	37
Marche	-	13	-	15	-	-	15
Abruzzo	-	20	-	13	-	-	13
Lazio	-	46	-	59	-	-	59
Umbria	-	12	1	8	-	-	9
Molise	-	3	-	3	-	-	3
Basilicata	-	6	-	6	-	-	6
Puglia	-	45	-	40	-	-	40
Campania	-	73	-	65	-	18	83
Calabria	-	14	-	21	-	2	23
Sicilia	-	55	-	49	-	-	49
Sadegna	-	24	-	16	-	8	24
Totale	-	566	14	596	10	30	650

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», 1 marzo 2021, dati 2020;
- PNRR, Piano Nazionale di Rinascita e Resilienza, 2012;
- Monitoraggio del PNRR, da parte AGENAS 2023;

sono incoerenti e assolutamente non corrispondenti alle realtà note nelle singole Regioni.

Abbiamo quindi un problema di flussi informativi non veridici e incoerenti.

Mi rendo conto che un conto è definire obiettivi "teorici", applicando gli standard del DM77, e un conto quanto poi emerge dalla concertazione con le Regioni, ma non corrispondono i dati con il censimento svolto su base regionale dall'Ufficio Studi della camera dei Deputati/Conferenza Stato/Regioni/PPAA. ...

Non è poco, spero di sbagliarmi, ma abbiamo molte incongruenze.

"Huston abbiamo un problema..."

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

Per il rilancio del Ssn non solo più risorse, ma anche più qualità. [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Claudio Maria Maffei

22 MAG -

Gentile Direttore,

pochi giorni fa qui sono state riportate qui su QS le dichiarazioni dell'assessore alla Salute dell'Emilia-Romagna, [Raffaele Donini](#), che coordina anche la Commissione Salute delle Regioni, secondo cui è necessario un adeguato livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per assicurare la sostenibilità dei servizi erogati e la loro qualità. Analoghi toni sono quotidianamente usati da tanti nel commentare la gravissima crisi che il SSN sta attraversando.

Nella analisi delle criticità del SSN e nel ragionamento sulle scelte per affrontarle ci viene buono il classico approccio di Avedis Donabedian alla qualità che fa una distinzione tra le tre macro dimensioni di struttura, processo ed esito. Avedis Donabedian è un po' il nume tutelare di un approccio alla qualità dell'assistenza che ha come riferimento in Italia la Associazione Italiana per la Qualità della Assistenza Sanitaria e Sociale (ASIQUAS) ai cui rappresentanti si debbono costanti e stimolanti contributi qui su QS, di cui voglio citare l'ultimo uscito pochi giorni fa di [Giorgio Banchieri sui conti che non tornano del PNRR](#) ed uno di quasi due anni fa di [Francesco Di Stanislao](#) che magistralmente illustrava la "bussola" di Donabedian.

L'approccio di Donabedian non è l'unico approccio alla qualità dell'assistenza disponibile sul mercato, ma è quello che mi è più familiare e che comunque a me pari funzioni meglio nel contesto di una riflessione sulla crisi del SSN. Prendendomi la responsabilità di una sua ipersemplicizzazione sintetizzerei come segue la classica triade di Donabedian struttura, processo ed esito.

La valutazione di struttura cerca di verificare se ci sono le precondizioni per una "buona" assistenza (ad esempio se ci sono risorse e organizzazione adeguati) e quindi risponde alla domanda "c'è quel che serve?", la valutazione "di processo" cerca di verificare se si lavora nel modo giusto per dare una assistenza di buona qualità e quindi risponde alla domanda "si fa quel che si deve?" e la valutazione "di esito" verifica se in effetti la assistenza funziona e quindi risponde alla domanda "si ottengono buoni risultati?".

Nel caso della crisi del SSN si può partire dalla dimensione degli esiti dentro cui confluiscono i suoi effetti: fuga dei professionisti nel privato, allungamento delle liste di attesa, rinuncia alle cure, diseguaglianze di salute e tanto altro ancora che rischiano di tradursi in una riduzione ad esempio della attesa di vita e della attesa di vita in buona salute come avvenuto in conseguenza della pandemia (vedi il recente [Rapporto dell'ISTAT sul Benessere Equo e Sostenibile \(BES\) 2022](#) in Italia).

Gran parte della attenzione negli interventi nel dibattito per contrastare questi "esiti" si concentra sulla dimensione della "struttura" del SSN a partire dalla disponibilità delle risorse economiche ed umane, fattori certamente fondamentali al punto da poter essere considerati un pre-requisito per un rilancio del SSN. Ovviamente poi sul campo noi verifichiamo tutti i giorni che non è detto che "avere di più" equivalga automaticamente a "fare meglio".

E qui ci aiuta la valutazione "di processo" quella che verifica (definizione mia) se le cose sono state fatte "al meglio". Se la valutazione strutturale è una verifica "a priori" della possibilità di lavorare in qualità grazie alle risorse disponibili, quella di processo è una valutazione "a posteriori" che controlla se ciò che è stato effettivamente fatto può essere valutato come "appropriato" e quindi conforme alle attese.

Se provassimo ad applicare questa valutazione di processo non solo ai comportamenti professionali (ad esempio alla prescrizione di farmaci e di prestazioni specialistiche), ma anche ai processi "amministrativi" (ad esempio quelli riguardanti l'edilizia sanitaria e la politica del personale), a quelli gestionali (ad esempio l'efficienza dei blocchi operatori e delle piattaforme dei servizi) e a quelli programmatori (ad esempio la programmazione ospedaliera) e se includessimo nella valutazione tutti i livelli (compreso quello centrale e quello regionale) e tutte le responsabilità (comprese quelle politiche, quelle manageriali, quelle dell'Università e della classe dirigente largamente intesa) ci renderemmo subito conto che l'intervento sulle risorse deve essere il primo, ma non può essere il solo e che tutti gli interventi necessari a migliorare "il processo" dentro il SSN hanno analogo carattere di urgenza.

Forse questa riflessione è scontata, ma mi premeva ribadirla.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114000

R.Polillo, M.Tognetti

Non c'è possibile cambiamento in sanità senza un radicale cambiamento dell'attuale sistema di governance strutturato a partire dagli anni '90. È dunque necessario ripensare e riformare il SSN nel suo complesso mettendo però al centro la risorsa umana, cioè i nostri eroi che sono ricordati solo in tempo di pandemia

30 MAG -

Nel dibattito in corso sulla riforma del SSN il posto di rilievo è occupato dagli aspetti macro e concernenti da un lato le risorse e dall'altro le relazioni tra stato centrale e regioni per quanto riguarda la ripartizione delle competenze.

Altri interventi hanno invece posto il focus su altri aspetti, a partire da una ridefinizione del ruolo dell'ospedale e dei relativi standard quali quantitativo e delle cure primarie con la ridefinizione delle competenze del MMG e delle case della comunità.

Temi di fondamentale importanza ma che tuttavia non sono sufficienti da soli a definire il perimetro di una possibile azione riformatrice di largo respiro.

Mentre a livello macro il primo aspetto è evidente di per sé in quanto è inimmaginabile un miglioramento delle performance del SSN senza adeguati finanziamenti. Resta però da definire un problema altrettanto importante e cioè quale sia il soggetto che esercita l'effettiva titolarità delle risorse assegnate. Senza un chiaro riferimento legislativo che il titolare delle risorse non è più il MEF, come normato attualmente, ma il Ministero della salute si rischia di ricadere in una situazione già nota in cui per esigenze di cassa le risorse seppure assegnate venivano decurtate per legge.

Anche per il secondo aspetto è indispensabile aggiungere un postulato di non minore importanza. Schierarsi contro l'autonomia differenziata ha un senso solo se accompagnata da un altrettanto forte opposizione all'attuale neo-centralismo regionale che ha marginalizzato gli enti locali nella programmazione territoriale dei servizi e vilipeso gli istituti della partecipazione di utenti, cittadini e lavoratori.

La monocraticità della regione è un male da combattere nell'autonomia differenziata ma lo è altrettanto nell'attuale ripartizione targata Titolo V e senza modifiche non c'è miglioramento possibile.

Altrettanto limitato appare il tentativo di riforma delle strutture sanitarie se non si pone il problema della regolazione dei rapporti tra gli operatori e la struttura amministrativo - gestionale, in altre parole sulla "fiducia che gli operatori nutrono verso di essa".

Un tema questo di livello micro sul quale da tempo insistiamo e che purtroppo è del tutto assente nel dibattito nostrano ma di grande rilievo in altri paesi a cominciare dal tanto deprecato USA.

In un viewpoint dell'ultimo numero di JAMA Forum 2023/4 della salute firmato da Barone e Simpson, dal titolo ["Comprendere la fiducia da parte dei medici nei confronti delle organizzazioni sanitarie dovrebbe essere una priorità](#)

[della ricerca](#)", si pone l'attenzione sulle conseguenze assistenziali della sfiducia crescente che i medici nutrono nei confronti delle organizzazioni sanitarie per cui lavorano.

E questo dopo avere sottolineato come tale perdita di "trust" abbia conseguenze vistose sugli indicatori di un sistema sanitario ben funzionante, tra cui la soddisfazione sul lavoro, lo stress correlato al lavoro, la coesione del team e il burnout. Con conseguenze che poi ricadono a valle sulla cura del paziente e, in ultima analisi, sugli esiti sanitari del paziente.

Grande è lo sforzo di numerose organizzazioni sanitarie (indicate nell'articolo di Barone e Simpson a cui si rimanda per i dettagli) di assumere questo problema come prioritario ponendo in essere una serie di misure correttive che hanno come base la partecipazione degli operatori al cambiamento.

Un dibattito che in Italia non interessa nessuno essendo riconosciuto a destra e a sinistra come unico modello gestionale possibile quello basato sul New Public Management che è massimamente responsabile della insoddisfazione degli operatori della loro spoliatazione decisionale e quindi dal loro esodo di massa dalle strutture sanitarie, nonché della deriva che ha investito il SSN nel suo complesso.

Una lunga tradizione americana

È noto come il principale contributo di scuola della sociologia americana sia stata la teoria micro-sociologica di cui, uno dei punti di riferimento è stato il lavoro di I. Goffman maturato anche negli ambienti sanitari (i manicomi, le rianimazioni, etc.) in cui l'autore assumeva il ruolo di osservatore assolutamente imparziale ed "indifferente" al contesto.

Tali studi hanno mostrato in modo molto robusto come sia il mondo materiale alla base del "tutto" e come in questo substrato materiale, e nelle sue numerose cornici contestuali possibili, gli esseri umani in carne e ossa si riuniscono, eseguono dei rituali e creano così rappresentazioni collettive.

Marx nelle notissime tesi per Feyerbach scriveva testualmente: "La dottrina materialistica secondo la quale gli uomini sono prodotti delle circostanze e dell'educazione dimentica che sono proprio gli uomini che modificano le circostanze e che l'educatore stesso deve essere educato".

Il mondo in cui si muovono i medici è quello del contesto in cui lavorano e in cui si confrontano con gli altri in un processo auto-rigenerativo continuo in cui circolarmente come sosteneva l'uomo modifica l'ambiente e l'ambiente modifica l'uomo rinnovandone la cultura.

Sanificare gli ambienti di lavoro

Non c'è possibile cambiamento in sanità senza un radicale cambiamento dell'attuale sistema di governance strutturato a partire dagli anni '90.

Abbiamo più volte espresso la convinzione che bisogna creare una nuova ecologia degli ambienti di lavoro in cui venga favorito un processo continuo di osmosi e contaminazione tra diversi saperi.

Conclusioni

È dunque necessario ripensare e riformare il SSN nel suo complesso mettendo però al centro la risorsa umana, cioè i nostri eroi che sono ricordati solo in tempo di pandemia.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114261

Ivan Cavicchi

La maniera migliore per difendere il potere di acquisto dei salari soprattutto di quelli bassi è garantire una sanità pubblica gratuita. La maniera migliore per migliorare il tenore di vita delle persone e produrre salute e curare bene le loro malattie. Non ha senso che contro i tanti non senso della “quasi politica” della Meloni ancora non si faccia sciopero.

02 MAG -

Non si può ammettere, perché visibilmente illogico, se non demenziale, una idea di politica che si propone, come programma, l'obiettivo di peggiorare il tenore di vita delle persone.

Tutte le politiche sanitarie di destra e di sinistra, comprese quelle di questo governo ma anche dei governi che sono venuti prima, si propongono di migliorare tutti il tenore di vita delle persone e nel nostro caso immancabilmente di migliorare, in un modo o nell'altro, la loro salute.

Errori e interessi

Ma l'esperienza ci insegna che gli scopi iniziali della politica, tanto di destra che di sinistra, in sanità sono sempre contraddetti regolarmente da risultati insoddisfacenti e da contraddizioni pesanti cioè: da una parte vi è il peso degli errori, dell'ignoranza, della scarsa lungimiranza delle incapacità dall'altra vi è il peso delle convenienze e degli interessi di riferimento. Tutti vogliono migliorare il mondo e tutti vogliono migliorare la salute delle persone ma a parte le buone intenzioni alla fine non si hanno capacità intellettuali adeguate a farlo e gli interessi in ballo alla fine risultano davvero tanti.

La “quasi politica”

Se le cose stanno così allora non si può più dire che esiste una demarcazione tra la politica buona e quella cattiva la politica della sinistra sia meglio di quella della destra, esiste una politica giusta e una sbagliata, eccetera. Quello che si può dire è che esiste una “quasi-politica” che grazie alla complessità descritta ha con un gradiente potenziale di fallibilità compreso da 0 a 1 rispetto al quale la politica, può funzionare o fallire, essere tutto e il contrario di tutto, cioè vera e non vera, più vera meno vera, più giusta e meno giusta, oculata o no, lungimirante o il contrario, contraddittoria o no.

Il grado di compostibilità

Rammento che, attraverso il concetto di “compossibilità”, concetto che nasce dalla scolastica e da me usato per designare in sanità delle relazioni complesse con un basso grado di contraddittorietà, si intende la relazione tra due realtà simultaneamente possibili.

Se assumiamo il concetto di compossibilità allora si può dire, sempre in base all’esperienza fatta, che nella “quasi politica” esiste in realtà un gradiente di compossibilità che misura in qualche modo da 0 a 1 la presenza di contraddizioni e che funziona più o meno così:

- più le contraddizioni si avvicineranno a 0 (grado alto di compossibilità) e più essa dimostrerà di saper mantenere le promesse di migliorare il tenore di vita delle persone
- più le contraddizioni si avvicineranno a 1 al contrario essa avrà un grado di compossibilità basso e più il miglioramento del tenore di vita delle persone come obiettivo della politica sarà vanificato e deluso.

La politica migliore cioè quella che riuscirà a migliorare le condizioni di salute del paese sarà quella che avrà un grado di compossibilità molto alto vicino allo zero. Cioè quella che sarà in assoluto la meno contraddittoria.

Che cosa è una contraddizione?

Per spiegare cosa sia una contraddizione mi limiterò semplicemente a ricordare che il significato letterale di questo concetto è quello di incoerenza. Nella “quasi politica” una contraddizione è una incoerenza della politica. La quasi politica è una politica genericamente piena di incoerenze. Ad esempio interpretare l’art. 32 con l’azienda o privatizzare la sanità a scapito del servizio pubblico, o finanziare la grande marchetta alla faccia della sostenibilità, sono scelte politiche incoerenti e in quanto tali contraddizioni.

Quindi una contraddizione nella “quasi politica” alla fine è una sorta di conflitto, di contrasto tra, direbbe Saussure tra “significato” e “significante” o direbbe Frege tra “significato” e “senso”.

Dal senso al non senso

Insomma semplificando al massimo, una contraddizione in sanità nella “quasi politica” alla fine è qualcosa che certo rivela in sanità le incoerenze tra significati e significanti ma nello stesso tempo trasforma qualcosa con un senso in qualcosa senza senso.

Le politiche della Meloni in sanità oggi hanno un “significato” politico preciso, lo stesso che ho spiegato più volte su questo giornale, ma alla fine, cioè considerando con attenzione le loro conseguenze pratiche sulle persone sulla società e sul paese, è come se le sue politiche fossero indubbiamente significative ma alla fine senza senso. E’ sorprendente scoprire valutando le esperienze fatte che in sanità alla fine a prevalere non è mai il senso ma è il suo contrario cioè è il non senso.

Per dimostrare questa tesi vorrei agganciarvi all’attualità politica del momento e riferirmi alla decisione recente del governo di ridurre per i bassi redditi il cuneo fiscale.

Il cuneo fiscale

Su questo argomento ho già espresso i miei dubbi (Il manifesto 19 aprile 2023) ora mi preme riprendere il ragionamento ma questa volta a partire dal recente rapporto Bes curato dall’Istat con il quale ci si dice, numeri alla mano, che complessivamente la salute degli italiani nel nostro paese sta significativamente peggiorando ([QS 20 aprile 2023](#))

Il rapporto Bes per onestà non può essere imputato al governo Meloni esso dice del peggioramento dello stato di salute degli italiani causato dalle politiche del centro sinistra e in particolare dalla Pandemia. Oggi la responsabilità politica della Meloni scatta davanti proprio al non senso delle politiche fatte in particolare dall’Ulivo sino ad ora. Cosa farà la Meloni per impedire che lo stato di salute dei suoi amati cittadini peggiori ancora oltremisura?

Spesa privata e salute

I tre aspetti che mi interessa richiamare circa il cuneo fiscale sono i seguenti:

- i redditi bassi anche con la riduzione del cuneo fiscale resteranno bassi cioè la loro crescita economica è oggettivamente irrilevante poco più che un contentino, un po’ più basso dei famosi 80 euro di Renzi
- con la privatizzazione crescente della sanità pubblica il governo soprattutto a questi redditi sta togliendo loro ciò che fino ad ora era gratis, per cui questi redditi nei confronti della necessità di cura diventeranno inevitabilmente insufficienti per comprarsi tutele integrative
- la conseguenza sociale sarà pesante perché con l’avanzare della privatizzazione se non tutti i cittadini avranno soldi sufficienti per curarsi allora è inevitabile che lo stato di salute della popolazione già problematico come dice l’Istat sarà ancor di più compromesso.

La crescita del debito

A questi aspetti di merito vorrei aggiungere quelli che riguardano la decisione politica di finanziare la riduzione del cuneo fiscale ricorrendo ad uno scostamento di bilancio cioè accrescendo il debito pubblico.

Mi preme invitarvi a riflettere su due cose per me politicamente rilevanti:

- la crescita dell'indebitamento deciso dal governo nella super crisi che stiamo vivendo avrà l'effetto di punire la spesa pubblica e in particolare quella sanitaria che avrà sempre di meno e sarà sempre più sottoposta a tetti e quindi depotenziata e questo spiega perché il def ha previsto già la riduzione della spesa sanitaria in rapporto al pil
- le politiche di depotenziamento del servizio pubblico saranno compensate ovviamente con un potenziamento della "grande marchetta" il che comporta inevitabilmente una crescita dei costi pubblici causati dalla crescita degli sgravi fiscali a carico dell'erario quindi un appesantimento delle condizioni di sostenibilità di tutto il sistema
- quindi ai costi diretti che derivano all'erario per la riduzione del cuneo fiscale si devono aggiungere i costi che deriveranno dalla crescita del costo degli sgravi fiscali causati dalla spesa privata

Il mondo alla rovescia

La mia sensazione è che la "quasi politica sanitaria" sia piena zeppa di "non senso" e che se è così la casa presto crollerà.

Non ha senso:

- impoverire i bassi redditi definanziando i diritti
- vendere i diritti che non possono essere venduti perché gratis
- fare un debito per finanziare la riduzione del cuneo fiscale,
- privatizzare la sanità pubblica accrescendo i costi degli sgravi fiscali alla grande marchetta,
- che tutto questo avvenga nel momento in cui sta peggiorando lo stato complessivo della salute del nostro paese,
- che il governo su questi temi sfotta i lavoratori e il lavoro nella festa del primo maggio.

Non ha senso il non senso. Il non senso nella "quasi politica" della Meloni è come un mondo capovolto un mondo illogico, irrazionale e irragionevole.

Non ha senso non fare sciopero contro il non senso

La maniera migliore per difendere il potere di acquisto dei salari soprattutto di quelli bassi è garantire una sanità pubblica gratuita. La maniera migliore per migliorare il tenore di vita delle persone e produrre salute e curare bene le loro malattie.

Non ha senso che contro i tanti non senso della "quasi politica" della Meloni ancora non si faccia sciopero.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113342

Noi e la pentola. SALUTE INTERNAZIONALE

26 Aprile 2023

Maria Elisa Sartor, *Professore a contratto, Università degli Studi di Milano*

Il Servizio Sanitario Nazionale è stato scassato e desertificato nella componente pubblica per opera di chi ne aveva la responsabilità: i vertici politici della nazione, i vertici politici e tecnici del SSN e delle Regioni, affiancati dalle istituzioni accademiche e dalle società di consulenza multinazionali interessate da decenni alla privatizzazione del nostro SSN.

A pensarci bene, la metafora della rana bollita – che dobbiamo a Noam Chomsky e che tutti ormai conosciamo – se applicata alla sanità italiana ci porta a dire: “Siamo tutte e tutti un po’ bolliti”. Una provocazione? Non c’è dubbio che suoni come tale, e qualcuno potrebbe reagire quindi in modo piccato. Ma la frase contiene una verità sostanziale. Allora capiamoci. A che cosa ci riferiamo quando parliamo della “pentola”? E chi è la “rana”, o meglio, chi sono le “rane”?

LA PENTOLA

È il New Public Management (NPM) con le sue varianti, una sotto-narrazione del neoliberismo.

Supportato dalle istituzioni accademiche, in sanità ci ha portato alla crisi verticale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), a lungo nascosta nei suoi innumerevoli aspetti e ancora oggi raccontata male. I dati raccolti non sono sempre esplicativi di ciò che serve mettere a fuoco. Da decenni vengono indicate sempre le stesse cause della crisi del SSN – in una parola, l’insostenibilità – e gli stessi rimedi.

Uno campeggia su tutti: la cessione al privato di un ruolo crescente.

Ma le ragioni indicate della crisi sono quelle vere? Tecnicamente, scientificamente? E i rimedi indicati sono la soluzione? Non pare. Dimostrare l’inconsistenza o la parzialità delle argomentazioni “privatizzanti”, che rispondono a quelle cause e sostengono quei rimedi, è doveroso. In parte me ne sono occupata (Sartor, 2021)[i]. Quella analisi andrebbe completata ma non lo farò ora.

Qui vado a chiedermi invece perché venga offerta una narrazione sempre distorta. E mi rispondo a ragion veduta: per salvaguardare interessi che non sono esclusivamente quelli dei cittadini.

Divenuta pratica pluridecennale, l’NPM, ci ha consegnato un SSN scassato e desertificato nella componente pubblica per opera di chi ne aveva la responsabilità.

Il SSN è stato gestito in favore degli “stakeholder”. Ovvero in favore principalmente della sanità e del socio-sanitario privati, profit e non profit, delle compagnie di assicurazione, delle grandi multinazionali dell’industria sanitaria e farmaceutica globale, della finanza. C’è un solo destinatario del servizio che doveva invece essere servito e che è centrale.

Ce lo dice la Costituzione (art. 32): l’individuo e la collettività di cui è parte. I responsabili di questa diversione verso una pluralità di beneficiari – che si sono via via “aggiunti” come portatori di interessi da tutelare in sanità, per esplicita concessione/cedimento del soggetto pubblico- sono i vertici politici della nazione, i vertici politici e tecnici del SSN e delle Regioni, affiancati dalle istituzioni accademiche e dalle società di consulenza multinazionali interessate da decenni alla privatizzazione del nostro SSN.

Tutti costoro hanno anche trasferito nel pubblico le ricette del privato: sia l’aziendalizzazione con tutti i suoi corollari sia le regole e le priorità del mercato. Del tutto in modo inopportuno, direi, guardando alle conseguenze.

Essi badano ancora a salvaguardare specifici interessi, contando sulla complicità pressoché totale dei media di tutti i tipi. Un SSN che viene affidato sempre più al ruolo del privato basandosi sulla falsa credenza che il privato è meglio, che il privato sa come fare, diversamente dal pubblico.

Ma ora sappiamo qualcosa di più sul trattamento che è stato riservato al soggetto pubblico: è stato snaturato e costretto a svolgere un ruolo che non è il suo, con ciò auto-delegittimandosi (Cordelli, 2020; 2022)[ii].

E “peccato” che il privato in sanità – lo abbiamo constatato – pur aiutato a inserirsi e a permanere nel SSN, non pensi veramente a noi e non si conformi alla nostra Costituzione. Un solo esempio. Quanto strenuo perseguimento dei propri

particolari interessi privatistici e quanto cinismo ci sono nelle pratiche di marketing – indebitamente consentite in sanità – che portano ad imporre al cittadino il pagamento di tasca propria dei servizi sociosanitari. Di quei servizi che dovrebbero essere programmati nelle agende della sanità privata convenzionata come prestazioni del SSN ma che non vengono erogati in questa veste.

Ciò non avviene con la scusa che non vi è la disponibilità in agenda. Ma chi definisce tale disponibilità? La definisce quel soggetto che nega tale disponibilità a totale suo vantaggio: il privato.

Questo per quanto riguarda gli imbrogli che il quasi-mercato consente di fare all'erogatore privato, che applica tecniche note in modo sconveniente per il cittadino (in nota, vedi puntata di [Presa diretta Rai Tre del 13 febbraio 2023](#)). Nel caso in cui il privato in sanità si dimostri efficiente, ricordiamolo, in genere lo fa a scapito di qualcosa/qualcuno cui sottrae risorse per ottenere vantaggi per sé (per esempio, a scapito del personale). Il privato serve interessi particolari e non collettivi, o pubblici. E in sanità ciò non andrebbe ammesso, dato il fatto che la sanità riguarda la vita e la morte di ognuno di noi. Sorprende che si stenti ancora a mettere a fuoco tutto questo. Quanto detto finora su una realtà distorta nella sua rappresentazione e dannosa per tutti noi riguarda la pentola in cui le rane sono immerse. Un sistema che non è basato sui principi costituzionali che fa l'interesse dei pochi orientati al business in un settore in cui il business non dovrebbe essere consentito.

LE RANE

Sono i cittadini. Lo siamo anche noi.

Sia in quanto cittadini sia in quanto in qualche modo apparteniamo alla categoria di chi produce, riproduce e diffonde il pensiero sulla sanità, contribuendo direttamente o indirettamente, chi più e chi meno, a provocare la serie di effetti elencati sopra e non più accettabili, non più sopportabili (la pentola). Questi sì che sono insostenibili per il cittadino e quindi per il Paese. Mi soffermerò quindi, da qui in poi, a considerare quanto accade alle rane: a noi, nella doppia veste appena descritta.

Ecco alcune constatazioni preliminari:

- **La metafora della rana bollita ci riguarda tutti.** Ma se siamo qui, credo, a scrivere (o a leggere) queste poche righe, non è per raccontare (o farsi raccontare) come si sia sfuggiti alla inesorabile cottura. È perché in prevalenza forse pensiamo che la favola possa avere per tutti un altro epilogo, diverso da quello tragico che conosciamo: morte certa. E ci stiamo pensando. Magari la salvezza non sarà nel breve periodo, ci diciamo. È così? Temo di no. Lo verificheremo presto nei fatti.
- **Abbiamo percezioni diverse.** Per alcune di noi "rane" non c'è stata alcuna percezione del pericolo, per altre sì. Non tutte noi siamo state dentro questo processo di surriscaldamento mortale nello stesso modo, sperimentando gli stessi esiti su noi stesse. Alcune, più coriacee, malauguratamente, sono resistenti nell'acqua di più. E questo ha avuto effetti negativi e ritardanti la reazione. Ma non si sono trattenute fino a dover esalare l'ultimo respiro. Alcune, forse meno abbacinate e più sveglie, istintivamente sono saltate fuori dalla pentola in tempo. L'istinto le ha singolarmente salvate. Ma si possono salvare da sole? Le altre, immerse assieme a loro, sono state lasciate al loro destino. Che ne sarà della specie nel suo insieme?
- **Ma l'istinto salvifico** – peraltro, come si è visto, non equamente distribuito fra gli esemplari – **non è la consapevolezza.** Anche nella consapevolezza, che può derivare dallo shock, non tutte le rane hanno agito negli stessi modi. Infatti, **ci siamo differenziate anche nei comportamenti intenzionali e razionalmente fondati.**

Ma quanti comportamenti si sono potuti osservare?

In prima linea sono le **"fautrici ed esaltatrici della pentola"**, **non disposte ad un ripensamento.** Categoria che è sempre di più dotata di megafoni e di palcoscenici di tutti i tipi. Queste rane hanno decantato la pentola per la sua lucentezza esteriore, e ora, che qualcuno grida all'allarme per salvare la vita e la salute della specie minacciata da essa, si ributtano nella mischia e si impegnano nel raccontare ancora che la pentola è una meravigliosa vasca per l'idromassaggio che genera solo benessere. Ma non tutte le rane fautrici ed esaltatrici della pentola se la sentono di buttarsi nel dibattito per sostenere ancora gli imbrogli del passato e alcune si nascondono un po'.

Va detto. Le rane ancora convinte della bontà e della non pericolosità della pentola – attenzione! – sono rane interessate. **Le chiamerei le fautrici della prima ora che restano in difesa della pentola.** Non intendo occuparmi oltre di questi esemplari della nostra specie. L'aspetto più "divertente" è che cavalcano gli argomenti sostenuti dalle rane che fuggono via. Lo fanno per trovare un modo di "rimischiare le carte" e confondere così le proprie intenzioni (quelle di

mantenere tutto come sta ora) con le convinzioni delle fuggitive. Il nuovo obiettivo per loro diventa: provare a trattenere le fuggitive per rimotivarle a fare nuovamente un tuffo spensierato nel contenitore reclamizzato ancora come confortevole.

Ma altre rane sono soprattutto da osservare. Ci serve capire da chi è costituita la popolazione delle rane che sta intraprendendo – a velocità diverse -forse un **percorso di consapevolezza e, con il tempo, di allontanamento dalla pentola. Vediamone insieme i comportamenti.**

- **Fautrici, ancora in difesa della pentola ma per il timore di contraddirsi**, nel senso che ancora costruiscono la pentola e alimentano il fuoco. Sono lì a chiedersi se non vi sia qualcosa di opportuno nello stare a difendere ancora le proprie scelte del passato. E cioè aver alimentato la fiamma sotto la pentola ed esservi entrate.
- **Follower delle fautrici, ma pentite e nell'incertezza.** Sono quelle rane che per un certo periodo hanno aiutato a tenere alta la fiamma che riscalda la pentola e nella pentola si sono immerse sapendo che l'acqua si sarebbe riscaldata. Infondo non disdegnavano quel bagno caldo. Pur attive nell'alimentazione della fiamma, si sono accorte di essere immerse in un'acqua che stava riscaldandosi fino ad una temperatura che con ogni probabilità avrebbe fatto presto soccombere chi vi era immerso. Ma solo dopo un po' si sono rese conto che non avevano più la possibilità di abbassare la fiamma o di spegnerla, una volta dentro la pentola. Hanno intuito la fine incombente e **stanno provando a fare qualcosa.** È tardi, forse. Si attivano, ma la difficoltà è riconoscere gli errori e invertire i comportamenti. Non sono sempre in grado di andare nella giusta direzione. Convinte dalle alimentatrici della fiamma si sono immerse nella pentola non pensando molto alle conseguenze. Sono ora le più spaventate. Non solo è stato sbagliato seguire ciecamente le fautrici ma ora sono terrorizzate dagli esiti che non avevano mai davvero previsto in forma così drammatica. Avvertendo l'urgenza di dare una risposta adeguata al pericolo, sono pronte a fare qualcosa. Si chiedono però: dove spirerà il nuovo vento? Cosa conviene fare?
- **Outsider critiche.** Sono in crescita numerica, intendono rifiutare la pentola e prendere posizione. Lo **stanno facendo osteggiando le rane ancora irriducibilmente fautrici della pentola. Ma sollecitano** anche le pentite e incerte a comprendere del tutto gli effetti nefasti dell'esservi immerse. Spingono perché prendano a loro volta posizione. **Le outsider critiche le troviamo in due sottocategorie.** Quella di chi è arrivata tardi sia sulla scena sia nella pentola per ragioni del tutto casuali. Venendo da fuori, è libera dai condizionamenti relazionali, dalle vischiosità prodotte dalle sostenitrici della pentola. Saltata nella pentola quando l'acqua era già ad una temperatura elevata, ha percepito immediatamente la sgradevolezza ed è subito fuggita. **Nella seconda sottocategoria** troviamo le outsider per motivi anagrafici ossia chi per ragioni principalmente generazionali ha sperimentato un maggior distacco critico dal contenitore. Non è mai entrata nella pentola, in quanto ha potuto aver il modo e il tempo di osservarla dall'esterno con una certa lucidità. Si è prefigurata la tragedia con anticipo. Ha dato e sta ancora dando l'allarme, come può.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/04/noi-e-la-pentola/>

Sostenibilità ambientale, inclusione sociale, diritti: responsabilità sempre più condivise. FONDAZIONE LOTTOMATICA

Le sfide ambientali, sociali ed economiche del nostro tempo sono enormi e richiedono che tutti si sentano chiamati a fare la loro parte. Attori pubblici, imprese e Terzo Settore sono sempre più coinvolti nella promozione di uno sviluppo che sia sostenibile dal punto di vista sociale, ambientale ed economico. Un esempio? Quello che sta accadendo nel nostro sistema di welfare.

a cura della Redazione di Percorsi di secondo welfare

Le **sfide sociali, economiche e ambientali** che le nostre società si trovano ad affrontare si sono fatte via via più complesse. Nel corso degli ultimi decenni si è progressivamente affermata l'idea che rispondere a queste sfide, esacerbate dalla crisi economica del 2008 e dalla pandemia, **non sia una responsabilità esclusiva dell'ente pubblico** ma che tutti possano fare la propria parte.

Concetti come "[secondo welfare](#)" e "[sviluppo sostenibile](#)" si sono affermati nel dibattito pubblico, accrescendo la sensibilità di attori tradizionali – come le organizzazioni filantropiche e del Terzo Settore – ma anche di nuovi soggetti, come le imprese e le parti sociali. Realtà che sempre più spesso si impegnano nella realizzazione di iniziative volte a garantire un benessere integrale e sostenibile alle comunità in cui a vario titolo operano.

La sostenibilità sociale: un paradigma per interpretare le sfide del presente

Talvolta nel dibattito pubblico si parla delle attuali questioni sociali, economiche e ambientali come se fossero emerse negli ultimi anni, quasi d'improvviso. Queste dinamiche hanno però **radici molto più antiche**, che affondano nel modo stesso in cui sono stati disegnati i nostri sistemi produttivi e sociali a partire dal secondo dopoguerra.

Un buon esempio è quello del welfare state. Il nostro sistema di protezione sociale è stato disegnato sulla base di condizioni sociali, demografiche, economiche e politico-istituzionali che hanno iniziato a cambiare drasticamente negli anni Settanta. La **mancata ricalibratura** del welfare verso nuovi bisogni e rischi sociali ha determinato una distorsione del sistema che non è ancora stata corretta. E così **diversi bisogni** emersi nel corso dei decenni in ragione dei mutamenti sociali, economici e familiari **non trovano ancora risposte adeguate**: la conciliazione tra lavoro e vita privata, la povertà lavorativa, la povertà educativa, la non autosufficienza (per fare solo alcuni esempi)¹⁴.

Una dinamica simile si può riscontrare per quanto riguarda le sfide economiche e ambientali: mentre mutava drasticamente il contesto – anche a causa dell'intervento umano – le **istituzioni pubbliche hanno tardato a introdurre misure appropriate**. Il cambiamento climatico è praticamente appena entrato nell'agenda pubblica, in un momento in cui ormai non parliamo più dei danni che questo produrrà nei prossimi anni e decenni ma ci confrontiamo quotidianamente con gli effetti che ha già iniziato a produrre.

A fronte della enorme complessità di queste sfide quali risposte possono essere predisposte? Quali risorse possono essere attivate? Cosa è possibile apprendere dagli errori del passato per evitare di ripeterli?

Condividere sfide, risorse e responsabilità

I problemi legati all'ambiente, all'economia e all'inclusione sociale si sono fatti più complessi. Parallelamente a questa dinamica, e in parte a causa di essa, si è diffusa la convinzione che sia necessario **coinvolgere il più ampio insieme possibile di attori per favorire una ottimizzazione delle risorse a disposizione e fronteggiare al meglio queste sfide**.

Anche qui possiamo trarre un **esempio dal welfare**: da decenni le istituzioni pubbliche mostrano un crescente interesse per la mobilitazione delle risorse – umane, economiche e strumentali – degli attori privati nella predisposizione di progetti sociali. A partire dal 2016, per esempio, c'è stato un costante consolidamento del **welfare aziendale**: attraverso l'introduzione di un regime fiscale privilegiato lo Stato spinge le imprese a cimentarsi direttamente in misure di welfare^[2]. Similmente, nel corso degli ultimi due decenni, il **welfare filantropico** si è progressivamente rafforzato modificando il proprio assetto istituzionale, diversificando e consolidando le proprie modalità di intervento, promuovendo la professionalizzazione delle proprie risorse umane^[3]. Negli ultimi anni si sono inoltre moltiplicate sul territorio nazionale iniziative di **welfare di prossimità**, progetti e misure che mirano al benessere di una comunità partendo dalla lettura condivisa di bisogni e aspirazioni, prevedendo il protagonismo di numerosi soggetti (attori pubblici, privati, associazioni e privati cittadini)^[4].

Si tratta di diversi esempi di quello che viene comunemente indicato come **"secondo welfare"**, ovvero di quell'insieme di interventi sociali che, accanto a quelli garantiti dalle istituzioni pubbliche – il "primo" welfare –, offrono risposte innovative a nuovi e vecchi bisogni e rischi sociali che colpiscono le persone e le comunità. Le iniziative di secondo welfare hanno quattro **caratteristiche chiave**: (1) il coinvolgimento attivo degli attori del **Mercato** e del **Terzo Settore**; (2) la creazione di **partenariati** effettivi e autentici tra gli attori locali (sia privati che pubblici); (3) il perseguimento dell'**innovazione sociale** (ovvero la ricerca di servizi, prodotti e modelli nuovi o più efficaci); (4) una **prospettiva partecipativa e responsabilizzante** in cui tutti gli attori sono chiamati a mettere in comune competenze e risorse (economiche, umane e strumentali).

L'idea che tanti attori diversi possano e debbano contribuire in qualche modo alla promozione del benessere si è rafforzata negli ultimi decenni in parte a causa dei tagli alla spesa pubblica. In questo senso è importante sottolineare che deve essere rivolta una crescente attenzione alla sostenibilità economica delle iniziative, anche attraverso l'**aggregazione di risorse provenienti da fonti diverse**: politiche pubbliche nazionali e locali, bandi e finanziamenti europei, attori privati del Terzo Settore e del Mercato che – sempre più spesso – si impegnano in progetti a impatto sociale.

Il coinvolgimento di attori non tradizionali nelle iniziative di welfare non risponde però solo a una logica di ottimizzazione economica, ma si è affermato anche in conseguenza della convinzione che bisogni complessi richiedano risposte complesse con il coinvolgimento di ogni possibile attore. **Il paradigma del secondo welfare può rappresentare una chiave di intervento efficace anche per rispondere alle sfide economiche e ambientali**.

Adottare un approccio integrato

Per affrontare in modo efficace le sfide che abbiamo davanti è infatti necessario, oltre a coinvolgere un vasto insieme di attori, adottare un **approccio integrato, globale e preventivo**.

L'**Agenda ONU 2030** è stata costruita proprio con questo intento, ponendosi l'obiettivo di soddisfare i «bisogni della generazione presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di realizzare i propri»^[5]. Per fare questo le Nazioni Unite hanno individuato **17 Obiettivi di Sviluppo Sostenibile** (o SDGs – Sustainable Development Goals) da raggiungere, appunto, entro il 2030, che mirano a favorire l'inclusione delle persone, la condivisione della prosperità, uno sviluppo economico che vada a beneficio di tutte le comunità. L'**approccio alla base degli SDGs è integrato e interdisciplinare**: nell'Agenda sono infatti messi in relazione temi apparentemente separati che però possono essere affrontati più efficacemente in modo integrato. E proprio per questo l'Agenda

2030 propone una **lettura trasversale** delle molte dimensioni sociali, di salute, economiche e ambientali che contribuiscono tutte insieme al nostro benessere. Sono due, in particolare, i presupposti su cui si fonda:

1. che non si possa più concepire lo sviluppo senza misurarlo anche con il metro della sostenibilità. E anche viceversa: la sostenibilità non deve essere concepita come una “zavorra”, un peso che frena processi di sviluppo che altrimenti sarebbero molto più veloci, efficaci ed efficienti;
2. che il concetto di sostenibilità sia da intendersi come applicato ugualmente a tutti gli ambiti di intervento della strategia. E cioè che la sostenibilità ambientale debba andare di pari passo con quella sociale e quella economica.

L’approccio integrato alla base dell’Agenda 2030 si è affermato negli ultimi anni, anche grazie allo sforzo programmatico e comunicativo portato avanti dalle Nazioni Unite. L’**attenzione alla sostenibilità si è rafforzata in diversi ambiti**, tra cui il mondo delle imprese. Qui hanno iniziato a diffondersi, in particolare, le strategie ESG (Environmental, Social, Governance), che tengono cioè conto non solo dei ritorni economici ma anche dell’impatto ambientale, sociale e di governance dell’attività dell’impresa. Questo approccio invita le imprese a misurare, verificare e indirizzare le loro azioni anche in termini di sostenibilità.

Adottare criteri di valutazione in linea con i principi della sostenibilità rappresenta dunque il primo passo perché tutti gli attori pubblici e privati operino interrogandosi costantemente sul proprio impegno a favorire lo sviluppo della presente generazione e anche delle prossime.

Il contributo di Fondazione Lottomatica al dibattito

Alla luce di quanto sopra brevemente accennato, le riflessioni sulla sostenibilità nella sua integralità e, di conseguenza, sui diversi attori che possono contribuirvi, appaiono quanto mai preziose per affrontare adeguatamente le sfide sociali, economiche e ambientali del nostro tempo.

Per contribuire a tale dibattito, Fondazione Lottomatica ha avviato un lavoro di riflessione che vede coinvolto Percorsi di secondo welfare, Laboratorio dell’Università degli Studi di Milano che da oltre un decennio studia e racconta tali dinamiche, prestando particolare attenzione a quelle che riguardano le politiche sociali. Nei prossimi mesi il gruppo di lavoro del Laboratorio accompagnerà la Fondazione nella definizione di un’agenda programmatica che tenga in considerazione i temi della sostenibilità ma, accanto ad attività più prettamente di ricerca, proporrà anche alcuni approfondimenti tematici come quello che state leggendo.

L’obiettivo è aiutare a comprendere come lo sviluppo sostenibile possa permeare, e in parte già permei, diversi settori della nostra società e veda impegnati numerosi attori pubblici, privati e non profit. In questo senso, nei prossimi mesi approfondiremo il loro contributo (sostenibile) in ambiti chiave come lo sport, la filantropia, le politiche giovanili e di genere, ma anche il welfare aziendale e gli approcci di diversity e inclusion.

<https://www.fondazioneLottomatica.it/news/sostenibilita-ambientale-inclusione-sociale-diritti-responsabilita-sempre-piu-condivise/>

Decreto Bollette/ Le "pulci" alle norme sulla sanità. IL SOLE 24 ORE

Stefano Simonetti

Con il voto di fiducia al Senato del 24 maggio è stato definitivamente convertito il decreto legge n. 34/2023, meglio conosciuto come "Bollette" o "Energia". Il testo era arrivato blindato dalla Camera dove era stato approvato dall'Assemblea nella seduta del 18 maggio 2023. La conversione in legge doveva avvenire entro il 29 maggio, essendo il DL entrato in vigore il 30 marzo.

I contenuti del decreto non sono sostanzialmente cambiati nonostante tutte le proteste dei sindacati e le osservazioni di molti addetti ai lavori. A livello istituzionale, non risultano nemmeno approvate le richieste di modifiche inoltrate dalla Conferenza delle Regioni il 19 aprile scorso. Forse per depistare la lettura rispetto ai veri problemi, le Commissioni della Camera hanno cambiato – in modo direi ossessivo – tutti gli acronimi prevedendo la dizione estesa (ad esempio: Anac, Ssn, Ccnl, ecc.) e hanno sostituito l'indicazione di vari commi da numerica a letterale.

Queste evanescenti operazioni di puro e inutile maquillage sono ben 10 nei soli artt. 10-16, per non parlare di interventi su preposizioni, articoli e congiunzioni; sembra il compito in classe di uno studente di terza media sottoposto alla severa matita blu del professore.

La manifestazione emblematica di questo formalismo fine a se stesso è l'aver cambiato nel sesto comma dell'art. 12 la locuzione "a cui applicare" con "per l'applicazione del".

Alcuni emendamenti sono di fatto inutili, alcuni incomprensibili, altri vagamente "clientelari": ma quella che è senz'altro la mancanza più grave è la [bocciatura dell'emendamento sui collaboratori di ricerca](#), precari da decenni.

È stato peraltro approvato un ordine del giorno che impegna il Parlamento a risolvere la questione. Ma se il vero problema è quello della copertura finanziaria è molto plausibile che non se ne farà nulla visto che, con il disastro avvenuto in Romagna, il solo parlare in questo momento di "trovare le risorse" è argomento di delicatissima fattibilità. Veniamo alle norme di dettaglio riguardanti il personale, esaminandone i contenuti in relazione al punto di vista tecnico e alla loro potenziale efficacia rispetto alle grandi criticità esistenti. Cominciamo con gli articoli da 10 a 13.

Art. 10 = interventi nei confronti dei cosiddetti "medici a gettone"

Da alcuni mesi tutti parlano del fenomeno dei "medici a gettone" e, se molte voci si sono levate in modo fortemente critico sulla questione (i sindacati medici, il Ministro della salute ma anche la Corte dei Conti), da alcuni soggetti istituzionali c'è stato un assoluto silenzio a testimonianza che il "sistema" non disdegna affatto questo strumento che a volte costituisce oggettivamente l'ultima spiaggia prima di chiudere un servizio ma in altre situazioni offre chance organizzative e finanziarie che inducono i decisori a comportamenti opportunistici. La norma non affronta la questione radicalmente a monte ma si limita a introdurre paletti e condizioni per l'esternalizzazione. In pratica si tratta di:

- affidamento a terzi dei servizi medici e infermieristici solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga; chissà perché l'esternalizzazione non riguarda i tecnici sanitari;
- sempre nel comma 1 si prescrive una previa verifica dell'impossibilità di reclutare tale personale in altro modo; verifica che, dopo un emendamento passato alla Camera, deve riguardare anche gli specialisti ambulatoriali interni, quelli che in gergo sono chiamati, impropriamente, Sumaisti;
- superata la praticabilità esclusivamente nei servizi di emergenza-urgenza ospedalieri per massimo 12 mesi perché, in virtù di un altro emendamento, la possibilità viene estesa a tutti i servizi. Inoltre, sempre nel comma 2, ora il vincolo di affidamento per massimo un anno viene esteso anche nei casi di prosecuzione di contratti già in corso di esecuzione;
- le cooperative devono avvalersi di personale in possesso dei requisiti di professionalità contemplati dalle disposizioni concorsuali vigenti;
- va dimostrato il rispetto delle disposizioni in materia d'orario di lavoro di cui al d.lgs. n. 66/2003 e, in particolare, la durata massima dell'orario settimanale, i riposi settimanale e giornaliero, i limiti al lavoro notturno;
- il personale che si dimette per lavorare con le cooperative non può chiedere successivamente la ricostituzione del rapporto di lavoro con il S.s.n..

Sul primo punto sembra pleonastica la previsione della "necessità e urgenza" e la perentorietà dell'appalto (una volta sola, senza proroghe) può far ritenere che alla fine del contratto la situazione di criticità sia di fatto la stessa. Bene senz'altro il quarto punto, anche se c'è da sperare che le aziende che hanno redatto i capitolati in molto serio e rigoroso queste condizioni già le imponevano.

Tuttavia, il riferimento al "possesso dei requisiti di professionalità contemplati", in termini tecnici assicura il rispetto dei titoli specifici prescritti (laurea, specializzazione, iscrizione all'ordine) ma non garantisce affatto le situazioni anomale legate all'età o alla idoneità fisica. Bene anche il punto successivo, ma i controlli sono difficilissimi in quanto i medici, tramite le cooperative, lavorano in più aziende.

Sull'ultimo punto sopra indicato e dettato dal comma 6, continuo ad avere dei dubbi sull'efficacia della previsione. Innanzitutto perché è particolarmente complicato reperire i dati necessari ma anche perché la ricostituzione del rapporto è sempre discrezionale e una Direzione aziendale seria non dovrebbe mai accettare il rientro di un ex dipendente a prescindere dalla nuova norma. Inoltre il medico può sempre rientrare attraverso un concorso pubblico e, sulla base del trend di partecipazione negli ultimi tempi, non avrebbe alcuna difficoltà a vincere la selezione.

Qualora si volesse prevedere un deterrente per favorire la fidelizzazione, allora sarebbe preferibile agire nei confronti delle cooperative e non sui medici, inserendo una adeguata modifica nel pantouflage previsto nell'art. 53, comma 16-ter del decreto 165/2001.

Per ciò che concerne le linee guida recanti le specifiche tecniche, i prezzi di riferimento e gli standard di qualità dei servizi di cui tratta il comma 3, siano alle solite: la legge non è auto-attuativa e demanda ad un ennesimo decreto la definizione di aspetti importanti e urgenti.

Nel marzo scorso il Servizio per il controllo parlamentare della Camera ha pubblicato delle tabelle dalle quali risulta che devono ancora essere adottati 347 decreti riferibili alla XVIII legislatura, cui si aggiungono quelli degli ultimi sette mesi e solo per la sanità mancano ancora all'appello 57 decreti attuativi.

Questa sconcertante patologia della nostra legislazione è stata ben commentata nell'articolo di "A quella legge manca un decreto" di Sergio Rizzo, pubblicato su "L'Espresso" del 26 marzo scorso. Se i tempi saranno quelli di tanti altri atti di normazione di secondo livello che si attendono da anni – per tutti: i decreti del Mise sulle caratteristiche delle polizze assicurative ancora in alto mare a cinque anni e mezzo dalla legge Gelli e il Dm Salute/Mef per l'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale, atteso da quattro anni – allora siamo d'accapo e quando uscirà il decreto il Pronto soccorso saranno forse implorsi. Ci voleva tanto a dire che gli importi a base d'asta non possono essere superiori a quanto spenderebbe l'azienda con il personale interno? Tanto per essere chiari, questo decreto deve essere adottato entro il 28 giugno prossimo, cioè praticamente domani.

Il comma 7 ipotizza procedure di reinternalizzazione con riserva fino al 50% ma nei limiti previsti dal Piao e nel rispetto delle norme capestro del decreto Calabria del 2019. A queste selezioni non potranno partecipare coloro che in precedenza, in costanza di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato con il Ssn si siano dimessi dalle dipendenze dello stesso i quali, come peraltro già ricordato, possono in ogni caso regolarmente partecipare e vincere un concorso ordinario.

Sono stati aggiunti i commi 5-bis e 5-ter: il primo prevede una sorta di franchigia per gli affidamenti in atto e il secondo è oggettivamente incomprensibile per quel riferimento ad una non meglio precisata "riqualificazione". Era stato presentato e successivamente soppresso il comma 7-bis con il quale si consentivano visite senza preavviso negli ospedali da parte dei parlamentari.

Art. 11 = incremento della tariffa delle prestazioni aggiuntive e dell'indennità di Pronto soccorso

Il testo di questo articolo è stato integrato durante il Consiglio dei Ministri con l'aggiunta delle prestazioni aggiuntive per gli infermieri.

L'aumento è previsto per il solo anno in corso, costituisce una mera facoltà ed è, tra l'altro, variabile "fino" a 100 euro: sembra oggettivamente abbastanza inutile, alla luce del fatto che è discrezionale e che molte Regioni lo avevano già disposto autonomamente da mesi (ad esempio, Piemonte, Liguria, Lombardia, Calabria, Toscana, Emilia-Romagna) e il Veneto addirittura quasi un anno fa. L'unico aspetto di novità è lo stanziamento previsto nella tabella B che copre tutte le Regioni, comprese quelle a statuto speciale, fino a complessivi 70 mln.

Al comma 1 vengono apportate molte correzioni di pura formalità. Di sostanziale viene aggiunto un comma 1-bis che estende l'aumento degli importi delle prestazioni aggiuntive anche ai PS pediatrici e ginecologici. Ritengo l'emendamento inutile perché non c'era alcun dubbio che i due ambiti specialistici rientrassero nel concetto di "servizi di emergenza-urgenza ospedalieri".

Tra l'altro la competenza a definire il perimetro dei servizi di emergenza urgenza è delle Regioni e alcune hanno già incluso nel concetto, ad esempio, le centrali d'ascolto.

Nel comma 3 viene realizzata la promessa di anticipare gli aumenti dell'indennità di Pronto soccorso fin dal 1° giugno 2023 con 100 mln (30 ai medici e 70 al comparto) che costituiscono di fatto un acconto dei 200 stanziati a far data dal 2024. Alcune osservazioni vanno peraltro fatte. Innanzitutto, l'indennità in questione nella norma-madre (comma 293 della legge 234/2021) è definita di "Pronto soccorso" mentre nel titolo di questo art. 11 diventa "indennità nei servizi di emergenza-urgenza".

La differenza non è da poco e il caos che si è generato con l'art. 107 del recente Ccnl del comparto lo testimonia. Inoltre, la disposizione originaria precisava che l'emolumento è definito "nell'ambito dei rispettivi contratti collettivi nazionali di lavoro", per cui nessun medico si illuda di trovare questa indennità in busta paga prima del prossimo anno, visto l'andamento delle trattative per il rinnovo del contratto: però, poiché qualcuno ha dichiarato che a giugno il Ccnl sarà firmato, non resta che attendere gli eventi.

Art. 12 = misure per il personale dei servizi di emergenza-urgenza

Molto complesso il pacchetto di interventi per il personale dell'emergenza-urgenza. I commi 5 e 6 riguardano i medici dipendenti mentre i commi 1, 2, 3 e 4 hanno come destinatari gli specializzandi. Si prevede in dettaglio:

- l'assunzione anche senza specializzazione tramite la possibilità di partecipare ai concorsi dimostrando di aver maturato almeno tre anni di servizio – con varie tipologie lavorative anche non continuative – per periodo dal 1.1.2013 al 30-6.2023. Il servizio prestato da considerare utile per l'applicazione del comma "è certificato dalla struttura presso la quale è stato svolto" in aperta violazione del principio di decertificazione di cui all' art. 15, comma 1, della legge 183/2011 e, forse, si poteva almeno dire "in deroga a ...". Tra le numerose correzioni di pura natura formale, se non altro qui è stata riportata la dizione aggiornata della disciplina di Medicina d'emergenza-urgenza, come ufficialmente si chiama dal 2 novembre scorso, ai sensi del Dm Salute del 27.9.2022 (comma 1);
- incarichi libero-professionali per gli specializzandi presso i servizi di emergenza-urgenza in deroga alle incompatibilità sancite per gli specializzandi e alla norma fondamentale del decreto 165/2001 che vieta le co.co.co nel pubblico impiego e impone per gli incarichi libero professionali la condizione di "esperti" (comma 2);
- in via sperimentale, viene prevista la possibilità di utilizzare gli specializzandi presso i centri trasfusionali con contratti libero professionali. È solo il caso di segnalare che il regolamento citato – relativo alle modalità e i limiti per la prestazione dell'attività - lo stiamo aspettando da anni (comma 2-bis);
- l'attività di cui al comma 2 deve essere coerente con il livello di competenze e di autonomia raggiunto – cioè non possono fare tutto quello che si espleta al pronto soccorso – e, secondo un emendamento, va correlato all'ordinamento didattico e al programma formativo. Questa attività è remunerata con 40 euro l'ora, al lordo di ogni onere fiscale e previdenziale nonché, secondo quanto specificato dalla norma, anche dell'Irap;
- decisamente importante la disposizione – efficacemente commentata da Claudio Testuzza [su questo sito](#) unitamente a quella del successivo comma 6 - che prevede per tutto il personale dell'emergenza-urgenza con i requisiti per la pensione d'anzianità di poter passare part time (comparto) o a impegno ridotto (dirigenza sanitaria). Il rapporto prosegue fino al compimento dei 65 anni e il riconoscimento della pensione decorre solo dopo la cessazione del rapporto. In disparte dall'efficacia e dall'interesse che susciterà la norma, c'è da segnalare che quando si dice "in deroga ai contingenti previsti" si fa riferimento per il comparto al 25% della dotazione di ciascun profilo mentre il Ccnl della dirigenza sanitaria impone il 3% della dotazione organica ma in presenza di requisiti soggettivi di natura familiare o sociale (comma 5);
- dal 30 marzo 2023 per i sanitari che hanno una posizione previdenziale aperta dopo il 1996, il servizio prestato presso i servizi di emergenza-urgenza comporta un accredito virtuale di due mesi per ogni anno fino al limite massimo di 24 mesi (comma 6).

Art. 13 = attenuazione dei vincoli di esclusività per il personale sanitario del comparto

A mio parere, si tratta in questo caso della disposizione più controversa dell'intero pacchetto del decreto, anche per le continue modifiche che non sono peraltro riuscite a conferire linearità e chiarezza. Con l'emendamento passato alla Camera, si tratta della quarta modifica nel giro di poco più di tre mesi della stranissima norma adottata nel 2021.

Se una innovazione così importante viene riscritta ben cinque volte e continua a non essere comprensibile, vuol dire che qualcosa proprio non torna. Il fatto che sia stata letta come parziale riconoscimento della libera professione del personale sanitario del comparto ha un valore subliminale perché le parole magiche "libera professione" non compaiono mai.

La norma è illeggibile come le precedenti e c'è da segnalare che il 28 marzo, all'entrata in Consiglio dei Ministri, nel testo non era presente il limite temporale del 31 dicembre 2025.

Per il resto, valgono tutte le osservazioni fatte in passato riguardo ad una disposizione che, ribadisco, non parla mai esplicitamente di libera professione ma, ragionando al contrario e per sottrazione, allenta i vincoli dell'esclusività.

In particolare, nel comma 2 si parla di "incarichi di cui al comma 1", laddove di tale istituto non ve ne è traccia.

La parola "operatori" riferita alle professioni sanitarie, peraltro, non si usa più da vent'anni.

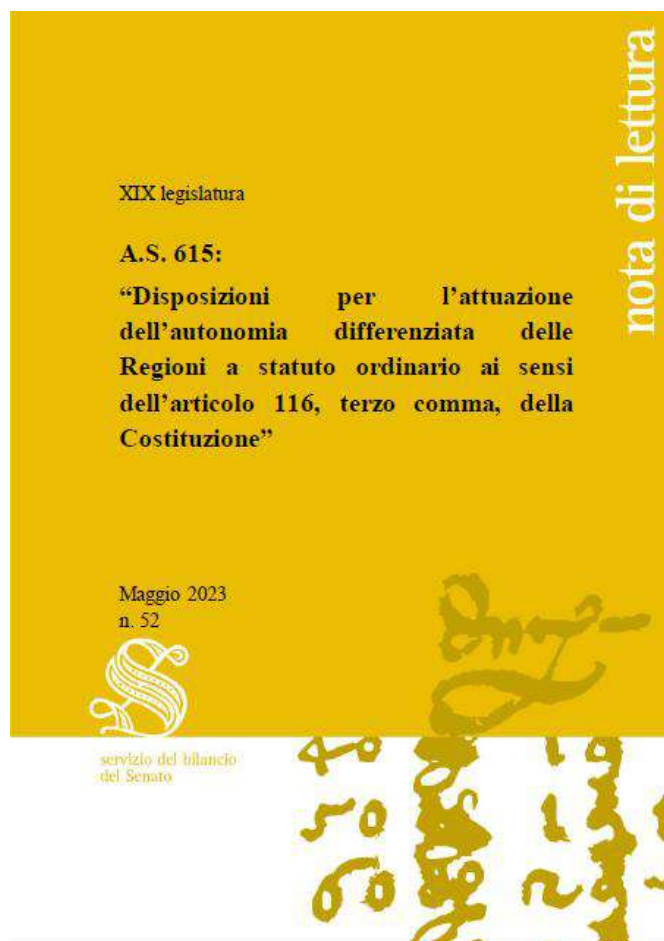
Del tutto incomprensibile il monitoraggio su tassi di assenza e permessi, previsione dell'ultima ora. In Commissione nulla di quanto era stato suggerito da più parti per migliorare questa assurda norma è stato fatto. L'unica modifica è la previsione che il monitoraggio del Ministero della salute avvenga "comunque ogni due anni", introdotta plausibilmente

in considerazione di quanto sarà complicato effettuare questo monitoraggio. Nei prossimi giorni cercherò di riassumere tutti gli aspetti di criticità di questo articolo.

Viene poi aggiunto un comma 1-bis che ha due facce: nella sostanza è corretto perché chiarisce una evidente svista della legge 234/2021 sulle stabilizzazioni – il termine "amministrativo" era utilizzato dal legislatore come sineddoche - ma nella forma è sconcertante sia per la allocazione nell'art. 13, dove contrasta con la rubrica, sia per l'utilizzo della decretazione d'urgenza.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-05-29/decreto-bollette-pulci-norme-sanita-100546.php?uuid=AEbnIzYD&cmpid=nlqf>

A.S. 615: “DISPOSIZIONE PER L’ATTUAZIONE DELL’AUTONOMIA DIFFERENZIATA DELLE REGIONI A STATUTO ORDINARIO AI SENSI DELL’ARTICOLO 116, TERZO COMMA, DELLA COSTITUZIONE



INDICE

Articolo 1 (Finalità)	1
Articolo 2 (Procedimento di approvazione delle intese fra Stato e Regione)	1
Articolo 3 (Determinazione dei LEP ai fini dell’attuazione dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione)	2
Articolo 4 (Trasferimento delle funzioni)	3
Articolo 5 (Principi relativi all’attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali corrispondenti alle funzioni oggetto di conferimento)	4
Articolo 6 (Ulteriore attribuzione di funzioni amministrative a enti locali)	5
Articolo 7 (Durata delle intese e successione di leggi nel tempo. Monitoraggio)	6
Articolo 8 (Clausole finanziarie)	7
Articolo 9 (Misure perequative e di promozione dello sviluppo economico, della coesione e della solidarietà sociale)	10
Articolo 10 (Disposizioni transitorie e finali)	11

Il testo del presente dossier è disponibile in formato elettronico alla URL <http://www.senato.it/documentazione/bilancio>



23/71/CFP01/C2

POSIZIONE SUL DOCUMENTO DI ECONOMIA E FINANZA 2023 (DEF)

Parere, ai sensi dell'articolo 7, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 e successive modificazioni, sul Documento di Economia e Finanza 2023 (DEF) e relativi allegati.

Punto 1) O.d.g. Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime parere nei termini di cui al documento.

La Conferenza delle Regioni e Province autonome preliminarmente è chiamata come ormai accade da alcuni anni a rendere il parere sul DEF scaduti i termini di legge e a documento già approvato dal Parlamento.¹

Inoltre, come già nelle precedenti riunioni non può che ricordare il ruolo assegnato alla Conferenza permanente per il Coordinamento della Finanza pubblica in cui siedono rappresentanti di tutti i livelli di governo, fra i compiti più rilevanti quelli di:

- *“concorre(re), alla ripartizione degli obiettivi di finanza pubblica per sottosettore istituzionale.”* I sottosectori istituzionali sono quelli delle amministrazioni centrali, amministrazioni locali (tra cui Regioni, Enti locali, Enti sanitari) ed enti di previdenza. Concorrere vuol dire decidere insieme prima e non rendere un parere.
- valutare l'aggiornamento sull'analisi sul contributo che ogni comparto della PA ha fornito negli ultimi anni al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica (richiesta della stessa Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica del 6 novembre 2013).

I compiti della Conferenza permanente per la finanza pubblica diventano ancora più importanti alla luce del nuovo orientamento europeo di politica fiscale e del fatto che la Commissione Europea ha confermato che la Clausola Generale di Salvaguardia (CGS) verrà disattivata alla fine del 2023, in considerazione che l'economia europea ha recuperato il livello pre-pandemico ed ha superato la fase acuta dello shock energetico esacerbato dalla guerra in Ucraina.

.....

¹ L'articolo 7, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196 reca: “3. Il documento di cui al comma 2, lettera a) [DEF], è inviato, entro i termini ivi indicati [10 aprile di ogni anno], per il relativo parere alla Conferenza permanente per il coordinamento della finanza pubblica, la quale si esprime in tempo utile per le deliberazioni parlamentari di cui alla medesima lettera a) [10 aprile di ogni anno].”

1) Sanità

Si evidenzia l'andamento della spesa sanitaria:

.....Dopo una fase iniziale di riduzione per effetto delle misure di contenimento della dinamica della spesa, la previsione del rapporto fra spesa sanitaria e PIL presenta un profilo crescente a partire dal 2025 e si attesta attorno al 7,3 per cento nell'ultimo ventennio di previsione.

.....Nel triennio 2024-2026, la spesa sanitaria è prevista crescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,6 per cento. Conseguentemente, il rapporto fra la spesa sanitaria e PIL, pari al 6,3 per cento nel 2024, si stabilizza al 6,2 per cento dal 2025 mantenendosi tale fino alla fine del periodo di previsione. La minore spesa riscontrabile nel 2024 (-2,7%) rispetto al 2023 è dovuta fondamentalmente a due ordini di motivi. Il primo concerne il venir meno degli arretrati per il rinnovo del triennio 2019-2021 dei contratti del personale dirigente e convenzionato con il SSN. Il secondo è relativo alla cessazione dei costi imputabili all'attività dell'Unità di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 24 del 2022. La previsione sconta la parziale contabilizzazione degli oneri per il rinnovo dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN per il triennio 2022-2024 che implicheranno un aumento della spesa successivamente al perfezionamento di tali accordi, in quanto non ricomprende gli eventuali oneri per rinnovo di contratti e convenzioni successivi alla tornata contrattuale 2019-2021 ulteriori rispetto al riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale per le tornate contrattuali 2022-2024 e 2025-2027. La previsione riflette anche:

- la dinamica dei diversi aggregati di spesa coerente con gli andamenti medi registrati negli ultimi anni;
- gli interventi di razionalizzazione dei costi già programmati a legislazione vigente;
- la spesa sanitaria corrente per l'attuazione del PNRR

Nel prendere atto che il Governo segnala che il rapporto spesa sanitaria /PIL si stabilizza dal 2025 per poi crescere, le Regioni propongono che tale percorso possa essere anticipato almeno al 2024.

TAVOLA IV.3 SPESA PER PENSIONI, SANITÀ, LONG TERM CARE (LTC) E ISTRUZIONE (2010-2070) (1)												
	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2070
Spesa Totale	49,7	50,3	57,0	60,7	62,4	64,1	64,9	65,0	64,3	63,2	62,3	61,6
of out:												
Spesa ego-related	26,6	26,9	29,5	27,2	27,6	28,4	28,7	28,8	27,8	26,9	26,2	25,8
Spesa pensionistica (2) (3)	14,7	15,6	16,9	16,1	16,7	17,3	17,3	16,8	15,8	14,7	13,9	13,8
Spesa sanitaria (2) (4)	6,9	6,6	7,4	6,2	6,4	6,6	6,9	7,1	7,2	7,3	7,3	7,2
of out: LTC-sanitario	0,7	0,7	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0

TABELLA III.3-1. SPESA SANITARIA 2019 - 2022								E previsione			
	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026			
Spesa Sanitaria	118.663	122.666	127.481	131.503	136.045	152.787	155.034	156.300			
In % di PIL	6,4%	7,4%	7,1%	6,9%	6,7%	6,3%	6,2%	6,2%			
Tasso di variazione in %		6,1%	3,9%	2,8%	3,8%	-2,4%	1,7%	2,5%			

Valori assoluti in milioni di euro

Il Governo segnala come prioritario il rafforzamento dell'assistenza sanitaria e il completamento del percorso di razionalizzazione del Programma Nazionale degli Esiti, che risale al 2015, al fine di promuovere una più stretta integrazione tra ospedale e territorio alla luce dei nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale previsti dal DM 77/2022 e gli obiettivi, previsti dalla Missione 6 del PNRR. Riconosce che la "Salute" è una filiera strategica con significative esternalità positive (ricerca pubblica, investimenti nei centri clinici, produttività di popolazione in migliore salute) e una valenza importante di sicurezza nazionale e di grande valore economico (occupazione, R&S, investimenti, produzione). Nel 2022 il primo settore per crescita dell'export, al netto degli energetici, è la farmaceutica (+43 per cento), con saldo estero di +9 miliardi.

Le Regioni e le Province autonome ricordano la necessità di:

- Rinnovare il «Patto Salute»: l'ultimo è del 18 dicembre 2019, ormai scaduto;
- Riformare il sistema di «payback»
- Fabbisogno di risorse per la chiusura definitiva dell'emergenza Covid-19 e sostegno per il caro prodotti energetici

*I dilemmi del sistema sanitario nazionale presente e futuro. LABORATORIO FUTURO
DELL'ISTITUTO TONIOLO*



Indice

Introduzione

1.0 Le percezioni dei cittadini e la realtà del SSN

- 1.1 Il quadro delle risorse
- 1.2 La struttura produttiva del SSN: dall'ospedale al territorio

2.0 I dilemmi per il futuro

- 2.1 Che cosa ne pensano gli italiani?
- 2.2 Gli scenari

Appendice

Dopo anni di sostanziale oblio, dovuti all'onda lunga della crisi finanziaria internazionale e della crisi dei debiti sovrani che hanno portato i governi italiani a limitarsi a mantenere lo status quo, la pandemia da Covid-19 ha rilanciato l'attenzione sui problemi e le possibili riforme del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Se ne è parlato molto nel 2020, durante le fasi iniziali e più drammatiche della pandemia che hanno posto in luce la necessità di costruire una "sanità del territorio", ancora largamente assente in molti contesti regionali. Poi, paradossalmente, nonostante il varo del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), le riforme del SSN sono sparite dalla discussione pubblica per restare confinate in seminari di addetti ai lavori. Paradossalmente, proprio perché la Missione 6 del PNRR in realtà ridisegna il SSN del futuro, per esempio introducendo Case e Ospedali della Comunità proprio allo scopo di **costruire la sanità territoriale**, quindi il tema dovrebbe ritornare all'attenzione del dibattito.

Ma di quali riforme avrebbe davvero bisogno il SSN? Quali sono le percezioni degli italiani sul SSN? Sono percezioni corrette? Quale sanità vorrebbero per il futuro? In questo lavoro proviamo a rispondere a queste domande a partire dai risultati di una indagine condotta appositamente da IPSOS per Laboratorio Futuro1, confrontando le percezioni degli italiani con la realtà dei fatti e discutendo le domande che emergono da parte dei cittadini. Tuttavia, prima di rivolgere lo sguardo al futuro, per capire i problemi di oggi e per identificare le scelte che dovremmo fare, è opportuno ricostruire le ragioni di alcune scelte che sono state fatte in passato e di altre che sono sempre state rimandate. Il lavoro è così diviso in tre parti distinte: la prima parte, che discute percezioni e realtà sul fronte delle risorse finanziarie e della "struttura produttiva" del SSN; la seconda che presenta le opinioni degli italiani su alcuni temi chiave per il futuro del SSN, opinioni che costituiscono una base di discussione per alcuni possibili scenari; una appendice, che offre a quanti ne sentano il bisogno una breve ricostruzione storica del SSN nei suoi primi quarant'anni di vita.

www.laboratoriofuturo.it

Roberto Polillo

Le regioni dunque sono perfettamente consapevoli che il governo, dimostratosi incapace di onorare con la sua prima legge di Bilancio gli impegni elettorali presi su pensioni e riduzione delle tasse, non metterà mai a disposizione le scarse risorse che si renderanno disponibili per colmare tale divario e trasfondere un servizio sanitario ormai esangue. Le regioni lo sanno bene, ma non hanno il coraggio di dirlo

02 MAG -

Il documento delle regioni

Il [documento delle regioni per l'incontro con i ministri dell'economia e finanze e il ministro della salute del 7 marzo](#) è la certificazione che, senza interventi straordinari, per il SSN non ci sono più speranze.

Una previsione resa ancora più fosca dai precedenti atti del governo in carica (legge di bilancio del 2023 e Dpef in cui si mette nero su bianco il progressivo definanziamento del fondo sanitario nazionale rispetto al PIL) e dalle nuove regole del Patto di stabilità europeo in cui con ogni probabilità si chiederà all'Italia una correzione annua del proprio disavanzo ricompresa tra gli 8 e i 14 miliardi.

Regole da taluni ritenute erroneamente meno severe rispetto alle precedenti ma che al contrario rispetto al passato, dovranno essere rispettate senza possibilità di deroga perché accompagnate da un cronoprogramma dettagliato e stringente sul modello PNNR.

Ritornando dunque al documento delle regioni, per impedire il collasso del sistema occorrerebbero risorse di importi significativi: per ripagare l'eccesso di spesa indotto dal COVID-19 e i sovra-costi energetici, almeno 5 miliardi, mentre per allinearsi al Regno Unito (in cui tra l'altro il NHS versa in condizioni drammatiche come ci testimonia nei suoi interessanti report Grazia Labate) ne servirebbero 10, che diventano 40 per arrivare a Francia e Germania.

Il disinteresse del governo per salvare il SSN

Le regioni dunque sono perfettamente consapevoli che il governo, dimostratosi incapace di onorare con la sua prima legge di Bilancio gli impegni elettorali presi su pensioni e riduzione delle tasse, non metterà mai a disposizione le scarse risorse che si renderanno disponibili per colmare tale divario e trasfondere un servizio sanitario ormai esangue.

Le regioni lo sanno bene, ma non hanno il coraggio di dirlo e allora, nel tentativo di recuperare qualcosa in termini propositivi, puntano il dito sulle detrazioni per i fondi sanitari integrativi, dimenticandosi che la creazione di un secondo pilastro in sanità è stato sempre uno degli obiettivi qualificanti dei governi di centro destra.

Il loro richiamo alle distorsioni generate dai fondi integrativi, sia in termini di consumismo sanitario indotto che di sottrazione di risorse alla fiscalità generale, per essere credibile avrebbe dovuto essere accompagnato da un richiamo ancora più deciso all'evasione fiscale che incide per quasi cento volte di più sul mancato introito fiscale.

Detrazioni contro elusione

Se è vero infatti come è vero che le detrazioni fiscali per i fondi integrativi pesano per un miliardo e trecento milioni circa a fronte di un'evasione del solo gettito IRPEF pari a 100 miliardi, fare riferimento alla prima e tacere sulla seconda è soltanto uno strumento di distrazione di massa.

Si guarda il dito per non vedere la luna e si utilizza, strumentalmente, un dato di verità affinché l'indicibile dell'evasione fiscale rimanga un interdetto assoluto.

Un fatto scontato se si tiene presente che i governatori delle regioni del PIL (quelle che contano) sono di stretta osservanza salviniana.

Nel documento delle regioni, accanto ad un'analisi condivisibile sullo stato precomatoso del nostro SSN, c'è dunque un'intollerabile dissimulazione dei veri problemi del paese e questo pone seri interrogativi sulla qualità e sulla serietà dei nostri decisori politici.

Una situazione senza via di uscita

La situazione dunque è ormai senza via di uscita. Possiamo discutere a lungo, e in tal senso pregevoli contributi sono comparsi su QS, su come rimodernare il nostro servizio sanitario ponendo al centro il cittadino, ma senza una chiara volontà politica tutto questo diventa un puro esercizio di stile.

Sappiamo bene che nella sanità la dimensione del "politico" è fondamentale e che quella della "razionalità tecnica" altrettanto importante ne è una derivata. Prima "rosso" che "esperto" diceva Mao Tse Tung per ribadire il primato della politica e dunque senza volontà dei decisori dei politici nulla può veramente cambiare

Una tassa di scopo in positivo

Salvare il nostro SSN è fondamentale perché, aldilà dell'obbligo costituzionale della tutela della salute, è del tutto evidente, come la grande pandemia da COVID 19 ci ha mostrato, che la crescita economica è strettamente intrecciata a un adeguato livello di protezione sanitaria.

La salute pubblica è un pre-requisito per la crescita economica e per questo bisogna avere il coraggio di tutelarla recuperando le risorse dove si accumulano in grande quantità evadendo tasse e sfruttando in modo parassitario la contribuzione dei dipendenti pubblici e privati

Questo le regioni dovrebbero avere il coraggio di dire, rompendo con le ambiguità del non detto e richiedendo così una sorta di tassa di scopo per salvare il nostro SSN.

Una tassa, si badi bene, da realizzare non attraverso nuovi tributi a carico di chi già paga, ma attraverso il recupero di quanto indebitamente non versato alle casse dello stato sotto forma di reddito non dichiarato e di extraprofitti accumulati grazie il COVID

Una scelta politica che può fare solo chi ha interesse per i cittadini che rappresenta e non per i partiti politici di riferimento che purtroppo ne decidono sorti personali e carriera futura.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113339

Conflitto Stato-Regioni, problemi di riparto e cresce il gap tra territori. Ecco perché l'autonomia in sanità non ha funzionato. [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Walter Ricciardi e Alessandro Solipaca

Osservatorio nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, Università Cattolica campus di Roma

Il principio della sussidiarietà non sembra aver prodotto i risultati attesi, il destino del funzionamento della sanità nelle Regioni appare più legato a condizioni strutturali che si sono andate formando nel corso degli anni, piuttosto che dalle scelte mirate ai bisogni della popolazione effettuate dai Presidenti di Regione. L'allocatione dei finanziamenti pubblici è coerente con i bisogni di salute delle popolazioni residenti nelle singole Regioni?

01 GIU -

La riforma costituzionale del Titolo V e il federalismo fiscale hanno introdotto nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) elementi nuovi: il principio di sussidiarietà, i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), l'obbligo del pareggio di bilancio da parte delle Regioni e il principio di solidarietà con l'istituzione del fondo di perequazione.

Oggi, mentre il dibattito politico si sta sviluppando sui temi della autonomia differenziata, l'esperienza avvenuta nell'ambito di un settore nevralgico qual è la sanità consente di fornire alcuni spunti quantitativi per rispondere a due grandi quesiti di fondo: l'autonomia riconosciuta ai Sistemi sanitari regionali ha aumentato o attenuato le differenze in termini di equità territoriale degli esiti di salute, accessibilità e garanzia dell'assistenza? I diversi schieramenti politici delle giunte regionali hanno palesato diversi modelli di allocatione della spesa per funzione?

È questo l'obiettivo all'origine del volume a nostra cura appena pubblicato "Il Servizio Sanitario Nazionale. Performance ed equità dopo decentramento, autonomia e sussidiarietà" (Vita e Pensiero).

I risultati delle analisi effettuate sollevano alcuni dubbi sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi delle riforme. Le criticità evidenziate nel volume sono molteplici: una forte conflittualità tra Stato e Regioni, in particolare sulla definizione delle competenze, che ha complicato la gestione della Sanità Pubblica; non è stato risolto il problema della ripartizione del finanziamento che appare largamente incongruo, soprattutto in relazione ai bisogni di salute delle singole Regioni; i temuti effetti sull'equità si sono verificati, infatti i divari territoriali non solo non si sono ridotti, ma in alcune Regioni sono andati aumentando, gettando le basi per una futura insostenibilità sociale della Sanità Pubblica. Le analisi svolte, seppur con i limiti di precisione che queste comportano per i fenomeni complessi come quelli legati alla sanità, sembrano evidenziare che le dinamiche osservate nelle Regioni non siano molto influenzate dagli orientamenti politici e dalle scelte delle Giunte regionali. In altre parole, la storia delle comunità locali è più forte degli orientamenti politici "momentanei" delle diverse Giunte regionali. Alla luce di queste evidenze, si può affermare che **il principio della sussidiarietà non sembra aver prodotto i risultati attesi, il destino del funzionamento della sanità nelle Regioni appare più legato a condizioni strutturali che si sono andate formando nel corso degli anni**, piuttosto che dalle scelte mirate ai bisogni della popolazione effettuate dai Presidenti di Regione.

Equità territoriale degli esiti di salute, accessibilità e garanzia dell'assistenza

L'analisi della dimensione della performance attinente agli esiti di salute, da un lato mostra evidenti segnali di miglioramento nell'arco temporale considerato (2000-2018), dall'altro conferma lo storico divario Nord-Sud ed Isole che per alcune Regioni tende addirittura ad aumentare. In particolare, in Campania, nel 2018, si viveva circa 18 mesi in meno della media italiana e, tra il 2004 e il 2018, il divario è andato aumentando di oltre 3 giorni al mese. In Sicilia l'aspettativa di vita è inferiore di 14 mesi rispetto al resto del Paese, con una forbice che si andata ampliando mediamente di quasi 12 giorni al mese. In Calabria l'aspettativa di vita è inferiore rispetto alla media italiana di circa 5 mesi e la differenza con la vita media degli italiani è andata aumentando di 14 giorni al mese.

La mortalità evitabile[1] fino a 74 anni di età in Campania è il 24% più elevata di quella registrata mediamente in Italia, svantaggi si riscontrano anche in Sicilia e Calabria, nelle quali il rapporto con il livello medio è più elevato, rispettivamente, del 12% e 6,5%, con un gap, rispetto al 2004, in aumento in tutte e tre le Regioni.

Un altro indicatore di esito rappresentato dalla mortalità infantile vede queste Regioni in evidente ritardo rispetto alla media italiana: Calabria e Sicilia +38% e Campania +31%. Riguardo al tasso di mortalità per tumore tra gli adulti, la Campania e la Sicilia registrano prevalenze più elevate della media italiana, rispettivamente +16% e +4%, con trend in aumento, soprattutto in Sicilia.

Infine, continuando il confronto con la media nazionale degli esiti di salute, le analisi palesano significativi squilibri nel Mezzogiorno anche per quanto riguarda la prevalenza della multicronicità e delle limitazioni funzionali tra gli anziani. In particolare, in Campania la quota di popolazione anziana in questa situazione è più alta del 26% rispetto alla media nazionale, in aumento rispetto al 2004. Seguono Basilicata, Calabria e Sicilia, nelle quali il rapporto si attesta, rispettivamente, al 24%, 18% e 15%, con un trend stabile o in leggera diminuzione. Nelle Regioni del Mezzogiorno si riscontrano punteggi degli indicatori LEA significativamente più bassi, a testimonianza delle difficoltà nel garantire l'erogazione dei servizi essenziali per la salute della popolazione. In particolare, secondo il Rapporto del Ministero della salute, Molise e Campania presentano valori al di sotto del livello di garanzia, seguite da Campania, Basilicata e Sicilia che pur raggiungendo il valore minimo accettabile sono in coda alla graduatoria, nella quale ai primi posti spiccano, nell'ordine, Veneto, Toscana ed Emilia Romagna. Inoltre, deve far riflettere il legame che c'è tra garanzia dei livelli di assistenza e capacità delle Regioni di assicurare il pareggio di bilancio. Il trend osservato dal 2012 al 2019 di questi due indicatori evidenzia che le Regioni in piano di rientro hanno sistematicamente punteggi della griglia Lea più bassi, a testimonianza che il rispetto dei vincoli di bilancio si riflettono sulla capacità di assistenza ai cittadini.

Questa evidenza porta a un'altra riflessione: l'allocazione dei finanziamenti pubblici è coerente con i bisogni di salute delle popolazioni residenti nelle singole Regioni?

Divari regionali significativi, sempre lungo la tradizionale direttrice Nord-Sud ed Isole, si riscontrano anche analizzando gli indicatori di soddisfazione per l'assistenza ospedaliera, i quali palesano percentuali di persone soddisfatte del Ssn inferiori nelle Regioni meridionali rispetto a quelle osservate mediamente nel resto del Paese.

Gli indicatori di appropriatezza clinica e organizzativa evidenziano un trend in sostanziale miglioramento in tutto il Paese, seppure in presenza di una discreta variabilità. Non emergono particolari gradienti territoriali.

Giunte regionali e allocazione della spesa per funzione

Una parte delle analisi presentate nel volume si sono focalizzate sull'allocazione della spesa sanitaria da parte delle Giunte regionali che hanno governato dal 2000 al 2018, in particolare sulle quote di spesa sanitaria destinate all'assistenza erogata a gestione diretta dalle strutture pubbliche, quelle destinate all'assistenza erogata dalle strutture

del settore privato accreditato. Inoltre, è stata considerata la quota di spesa sanitaria privata in capo alle famiglie, cioè quella parte di spesa sanitaria sostenuta per prestazioni che, per scelta individuale del cittadino, per difficoltà di accesso alle strutture pubbliche o perché non erogate nell'ambito dei LEA, sono state richieste al settore privato. La metodologia statistica utilizzata ha permesso di raggruppare le Giunte regionali in 4 gruppi omogenei al proprio interno ed eterogenei tra loro[2].

Il gruppo 1 si compone di Giunte regionali che hanno allocato, tra il 2000 e il 2018, una quota di spesa a gestione diretta superiore a tutti gli altri gruppi (48,8%), superiore di 3,5 punti percentuali alla quota mediana nazionale (45,3%), mentre impegnano per la spesa nel settore privato accreditato una quota che si colloca al di sotto della media nazionale: specialistica 1,6% (2,6% nazionale), ospedaliera 2,9% (5,0% nazionale). Durante la gestione delle Giunte appartenenti a questo gruppo, la spesa privata out-of pocket ha rappresentato il 21,7% della spesa sanitaria totale, una quota di poco al di sotto di quella nazionale (22,1%). Le Giunte regionali della Liguria e dell'Umbria che si sono succedute dal 2000 e al 2018 appartengono a questo gruppo, così come 18 Giunte della Toscana, 17 della Sardegna e 15 delle Marche. Questo modello allocativo ha caratterizzato soprattutto gli anni dal 2006 al 2012.

Il gruppo 2 è caratterizzato da Giunte regionali che assegnano una quota di spesa bassa alla gestione diretta e quella allocata per il settore privato accreditato è in linea con la media nazionale. Parallelamente, nelle Regioni da loro amministrate si è osservata una percentuale di spesa elevata in carico alle famiglie.

La quota di spesa erogata attraverso l'assistenza diretta si attesta al 41,7%, 3,6 punti percentuali in meno rispetto al valore medio nazionale. La spesa farmaceutica ha assorbito il 7,9% della spesa, in linea con il valore nazionale, la medicina di base il 4,3%, poco al di sotto della media. La quota di spesa in carico al settore privato accreditato per la specialistica ammonta al 2,9% (2,6% valore medio nazionale), quella per l'ospedaliera erogata da strutture accreditate al 5,6% (5,0% valore nazionale). La spesa allocata per la riabilitazione ha assorbito il 2,5%, 0,8 punti percentuali inferiore alla media. Per le Regioni di questo gruppo si riscontra una quota elevata di spesa out-of pocket, il 26,6%, a fronte del 22,1% registrato mediamente in Italia tra il 2000 e il 2018. L'allocazione della spesa in questo gruppo ha caratterizzato 18 Giunte della Lombardia e del Veneto, 13 del Lazio e 12 del Piemonte. Questo modello di spesa è stato più frequente agli inizi degli anni 2000.

Il gruppo 3 è composto da Giunte regionali caratterizzate da un profilo di allocazione basato su una spesa diretta inferiore alla media nazionale, il 43,4%, e una quota più elevata della media per l'assistenza ospedaliera delegata al settore privato accreditato. La quota di spesa in carico alle famiglie è la più bassa in assoluto.

Nello specifico, per la spesa farmaceutica le Giunte hanno impegnato il 9,4% della spesa pubblica totale (7,9% a livello nazionale), per la medicina generale il 5,5%, per la spesa specialistica il 3,1% e per la spesa per la riabilitazione il 4,0%. Come anticipato, la spesa per l'assistenza ospedaliera erogata da strutture accreditate ha assorbito il 7,0% della spesa totale, che rappresenta la quota più elevata nell'intero arco temporale considerato. In questo gruppo, la quota di spesa a carico delle famiglie è la più bassa e ammonta al 19,8%.

Le scelte allocative di questo gruppo hanno caratterizzato le principali Regioni del Mezzogiorno, in particolare 19 Giunte della Sicilia, Puglia, Calabria, Campania e 13 Giunte dell'Abruzzo. Come il gruppo precedente, queste scelte allocative sono state impiegate più frequentemente nei primi anni Duemila.

Le Giunte regionali appartenenti al gruppo 4 hanno un profilo allocativo simile al gruppo 1, ma le Regioni da loro governate si distinguono per la quota della spesa out-of pocket che, nel periodo considerato, è la più alta in assoluto. La percentuale assorbita dalla spesa a gestione diretta ammonta al 46,5%, 1,2 punti percentuali più elevata della media nazionale. Bassa, rispetto alla media nazionale, la spesa destinata al privato accreditato: il 6,1% della spesa è allocata per la farmaceutica, il 4,0% per la Medicina Generale, 1,4% per la specialistica, 1,9% per l'ospedaliera e la riabilitazione. La spesa a carico delle famiglie è pari al 28,5%, ben 6,0 punti percentuali più elevata della media nazionale. In questo gruppo la spesa privata a carico delle famiglie assume un ruolo supplementare rispetto al settore pubblico. Questo gruppo ha caratterizzato 18 Giunte in Friuli Venezia Giulia e 10 in Emilia-Romagna.

Schieramenti politici e allocazione della spesa per funzione

Le Giunte guidate dai Democratici di sinistra e Partito Democratico si collocano per metà nel primo gruppo (alta quota di spesa a gestione diretta, medio bassa quella affidata alle strutture accreditate e quella della spesa privata) e per un terzo nel terzo gruppo (medio bassa la quota a gestione diretta, alta quella in convenzione e bassa quella in carico alle famiglie). Le analisi evidenziano che i rappresentanti di questa area politica hanno attuato frequentemente strategie allocative diametralmente opposte tra loro.

I Presidenti di Regione del Popolo della Libertà e Forza Italia hanno fatto scelte allocative che li collocano in prevalenza in tre gruppi, in particolare oltre un terzo nel gruppo 2 (bassa spesa a gestione diretta, medio alta quella in convenzione e privata) e per il 30% nei gruppi 3 (medio bassa la quota a gestione diretta, alta quella in convenzione e bassa quella in carico alle famiglie) e 1 (alta quota di spesa a gestione diretta, medio bassa quella affidata alle strutture accreditate e

medio bassa anche quella della spesa privata). Da queste evidenze si desume che i rappresentanti di questi gruppi politici non hanno un unico profilo di riferimento.

Le Giunte della Lega hanno fatto le scelte allocative tipiche del gruppo 2 (14 su 16 Governi) (bassa, rispetto alla media, la spesa a gestione diretta e medio alta quella in convenzione e privata). I Presidenti di Alleanza Nazionale hanno evidenziato comportamenti di spesa riconducibili, in egual misura (5 su 10 Governi), al gruppo 3 (medio bassa la quota a gestione diretta, alta quella in convenzione e bassa quella in carico alle famiglie) e 2 (bassa spesa a gestione diretta e medio alta quella in convenzione e privata). Questa vasta area politica si caratterizza in maniera significativa per scelte orientate a un ricorso molto frequente al privato accreditato. Le Giunte guidate da Rifondazione Comunista e Sinistra Ecologica si collocano tutti nel gruppo 3 (medio bassa la quota a gestione diretta, alta quella in convenzione e bassa quella in carico alle famiglie).

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114373

Il Servizio sanitario nazionale non è più una “cosa” scontata. [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Filippo Palumbo

Il mondo assicurativo sanitario sembra aver scelto la strada di conseguire un allargamento forte del proprio mercato dimenticando la lezione del fallimento del mercato in Sanità. In questo quadro, oggi, la classificazione del nostro Paese tra quelli caratterizzati dalla presenza di un Servizio sanitario nazionale non è scontata. Per questo occorre una iniziativa straordinaria per la sanità italiana

08 MAG – L’avvio di una grande iniziativa pubblicitaria da parte di un’importante compagnia assicurativa che offre la copertura per prestazioni sanitarie, le più varie, attraverso la voce e l’immagine di personaggi di successo, mi ha dato l’impressione di una fase nuova nella vicenda del nostro SSN.

Gli elementi di incertezza, anzi, a questo punto, di certezza in senso negativo, che si stanno aggiungendo sono da evidenziare non tanto per le singole ulteriori criticità che vengono introdotte, ma soprattutto perché si conferma una complessiva mancanza di volontà di voltare pagina.

Torna alla mente quanto espresso da Cavicchi nella sua presentazione del forum, a proposito della catastrofe in sanità intesa “non come un palazzo di trenta piani che si schianta a terra nella polvere con gran fracasso e ammazza un po’ di persone ma come qualcosa di più lento di più inesorabile e di più implacabile cioè come se fosse una sorta di crisi ambientale che cambia piano piano le condizioni di vita degli esseri viventi mettendoli in pericolo”.

In ogni caso, è bene pubblicamente aggiungere all’elenco delle criticità gravi del nostro SSN il fattore costituito da questa nuova strategia di attacco ed espansione del mondo assicurativo sanitario.

L’elenco delle criticità più rilevanti

- i contenuti del Def relativamente alla spesa sanitaria
- le liste di attesa con riferimento ai perduranti effetti diretti e indiretti della pandemia
- i punti di approdo verso i quali va il PNRR e la relativa tempistica
- le problematiche del personale medico e delle professioni sanitarie
- l’assenza di una effettiva volontà di contrastare il crescente ruolo della sanità integrativa
- la evoluzione dei ruoli e dei rapporti tra politiche e programmi di interesse sanitario e quelli di interesse ambientale, assistenziale, economico generale
- le spinte e contropunte connesse alla cosiddetta autonomia differenziata
- la situazione epidemiologica complessiva, con particolare riferimento alle malattie infettive correnti e ricorrenti, di cui possa ipotizzarsi un’evoluzione pandemica.

Lo scenario internazionale: i sistemi sanitari in continua evoluzione

È opportuno ricordare che molti dei problemi del nostro SSN sono presenti anche in altri Paesi dell'ambito OECD e EU. In realtà tutti i sistemi sanitari sono caratterizzati dal fatto di vivere un permanente processo di evoluzione, con un susseguirsi di fasi e spesso con un'oscillante tendenza verso la dimensione nazionale e quella subnazionale e verso l'assetto pubblico e quello privato.

Proviamo a ricapitolare i termini fondamentali di questa permanente tensione evolutiva.

Intanto, ribadiamo cosa è un sistema sanitario. Per poter essere considerato tale, deve essere un sistema che garantisce prestazioni, servizi e interventi in modo da:

- incoraggiare e assistere gli individui a restare in salute;
- garantire l'equità di accesso ai servizi sanitari;
- fornire un'ampia gamma di servizi dotati di standard qualitativo elevato;
- garantire la rapidità di accesso;
- soddisfare le ragionevoli attese dei suoi utenti;
- restare un servizio responsabile del soddisfacimento dei bisogni

I sistemi sanitari devono tendere alla equità, e alla reattività e devono essere valutabili in riferimento a due principali dimensioni: l'efficacia e l'efficienza tecnica ed economica nonché il grado di soddisfazione degli utenti.

Nei singoli paesi gli elementi sopra richiamati hanno dovuto correlarsi a una molteplicità di fattori di carattere storico, sociale ed economico e da questa interazione sono nati gli specifici sistemi sanitari nazionali.

Sulla base di tutti questi elementi e dell'enfasi che si è inteso dare ad alcuni di essi, i sistemi sanitari sono stati classificati e periodicamente rivalutati. Rimandiamo a [un precedente contributo su QS](#) il dettaglio delle varie modalità di classificazione che sono state nel tempo proposte.

Aggiungiamo che qualche anno fa (2016) Toth aveva proposto una rivisitazione dei criteri di classificazione, in cui il posizionamento rispetto allo schema a tre caselle - (A)Bismark; (B)Beveridge; (C)Assicurazione libera - viene modulato in modo da portare da 3 a 7 le possibili caselle di classificazione.

Ci sembra utile riprendere questa proposta di Toth perché applicandola si è costretti ad analizzare nel merito il ruolo, le componenti, le principali caratteristiche applicative del nostro sistema che fino a qualche tempo fa erano inequivoche ed oggi invece incominciano a sembrare particolarmente ambigue.

Nella proposta di Toth, che qui ampiamente citiamo, per rimodulare da tre a sette le caselle in cui collocare i singoli sistemi sanitari nazionali (in parte coincidenti con l'ambito UE e in parte con l'ambito OECD) occorre:

A. Assumere, come riferimento per riconoscere gli attori in campo, il cosiddetto triangolo sanitario come descritto da Mapelli: gli utenti, i fornitori e gli assicuratori. Fornitori (o providers) sono i soggetti che erogano direttamente prestazioni sanitarie, quindi le strutture ospedaliere, gli ambulatori, i medici, gli infermieri, e in generale tutte le professioni sanitarie. Assicuratori sono i soggetti che raccolgono - con o senza finalità di lucro - risorse finanziarie da destinare al pagamento delle spese mediche di soggetti terzi.

B. Individuare 7 possibili posizionamenti qui di seguito descritti:

1. **Mercato diretto o semplice.** Qui manca la figura degli assicuratori. Il mercato diretto è presente in tutti i Paesi. Lo Stato regola i fornitori sotto il profilo della sicurezza, ma non interviene nei rapporti tra utenti e fornitori. In Italia riguarda soprattutto le cure odontoiatriche.
2. **Assicurazione volontaria.** Qui sono presenti anche gli assicuratori. Lo Stato può regolare e sorvegliare non soltanto i fornitori, ma anche le compagnie di assicurazione, per evitare che queste ultime tengano condotte opportunistiche a scapito degli La legislazione può inoltre prevedere incentivi fiscali o monetari per chi si assicura, o - al contrario - penalità per chi, pur avendone le possibilità, non si assicura. Ad esempio, chi risiede negli Stati Uniti può sottoscrivere una polizza direttamente o tramite la propria azienda che riesce a ottenere costi di acquisto più vantaggiosi. La riforma Obama ha tentato di agire qui, favorendo una sorta di mercato delle polizze calmierato
3. **Assicurazione sociale di malattia.** Si tratta di un sistema nel quale operano una molteplicità di casse non in concorrenza tra loro. È basato sulla obbligatoria adesione ad una cassa sanitaria per ciascuna categoria professionale. È un sistema, quindi, occupazionale, legato al lavoro e non alla residenza. I sistemi di ASM presentano dunque una criticità intrinseca: a meno che non vengano affiancati da qualche programma di tipo residuale, essi generalmente non garantiscono la copertura assicurativa dell'intera popolazione

4. **Programmi residuali.** Si riferisce al posizionamento dei Paesi che adottano e finanziano programmi di tutela della salute e di offerta di prestazioni e servizi sanitari rivolti ad alcune categorie professionali o a fasce di popolazione a rischio. I programmi residuali sono dunque a carico dell'intera collettività: sono finanziati dalla fiscalità generale o da apposite tasse di scopo. Negli USA i principali sono i programmi Medicare e Medicaid, entrambi istituiti a metà degli anni Sessanta sotto la presidenza di Lyndon Johnson. Il principale obiettivo di Medicare è fornire la copertura sanitaria ai cittadini con più di 65 anni. Con tale programma, la popolazione anziana - con una compartecipazione annua a carico degli iscritti - ha diritto al rimborso delle spese mediche, di quelle ospedaliere e anche dei farmaci. Medicare è finanziato dal governo federale, e assiste attualmente circa 50 milioni di persone, quasi tutti gli ultra65enni. Il programma Medicaid è invece finanziato in parte dal governo federale e in parte dai singoli stati. Esso è rivolto alle fasce più povere della popolazione e alle persone disabili. Ogni stato può stabilire forme diverse di tutela e criteri diversi per accedere.
5. **Assicurazione nazionale obbligatoria.** È la casella nella quale vanno collocati i Paesi che obbligano i propri cittadini a sottoscrivere una polizza assicurativa sanitaria. Lo Stato regola il mercato delle polizze assicurative ed eventualmente adotta programmi residuali. Non esiste un unico schema pubblico cui versare i contributi: la polizza può essere acquistata presso una pluralità di soggetti assicuratori, tra cui i cittadini possono scegliere. Gli assicuratori possono essere compagnie d'assicurazione for profit oppure casse mutue senza fini di lucro. Avendo obbligato tutti i residenti a procurarsi una copertura assicurativa, lo Stato può prevedere sussidi economici per i cittadini a basso reddito (per aiutarli a pagare regolarmente i premi assicurativi), e può imporre una regolazione, anche molto rigida, del mercato assicurativo. Tutti i residenti sono tenuti a procurarsi una polizza sanitaria, e ognuno paga il premio della propria polizza. In questo modo tutta la popolazione dovrebbe essere coperta contro i rischi di malattia. Le polizze possono essere diverse tra loro, e possono coprire anche livelli supplementari rispetto a quelli minimi fissati per legge: vanno quindi messe in conto possibili disparità di trattamento. I fornitori sono indipendenti dalle compagnie di assicurazioni, che provvedono a rimborsare le spese sostenute.
6. **Sistema universalistico single payer.** Lo Stato fa da assicuratore per tutta la popolazione, ma non fa da erogatore. Nei confronti degli erogatori lo Stato svolge una funzione di regolazione. Si tratta di uno schema assicurativo unico per l'intera popolazione, finanziato dalla fiscalità generale e inteso a garantire le cure sanitarie ritenute. È universalistico con un singolo pagatore che è lo Stato in congiunzione con le istituzioni locali. Copre tutti i residenti. Non è legato al regolare versamento dei contributi o di un premio assicurativo, ma alla residenza. L'assistenza sanitaria diventa perciò un diritto di cittadinanza. Le cure possono essere erogate gratuitamente in misura totale o parziale (compartecipazione, solitamente di ridotta entità, a carico del paziente). Il Canada con il suo Medicare è un esempio di questa tipologia.
7. **Servizio sanitario nazionale.** Lo Stato congiuntamente alle istituzioni locali se previste, fa da assicuratore e da erogatore. Il diritto all'assistenza è legato alla residenza e non all'occupazione. Per la sua funzione di erogatore di prestazioni lo Stato può avvalersi di soggetti privati accreditati prevedendo una remunerazione sulla base di tariffari.

Questo posizionamento in 7 caselle è stato testato per 24 Paesi dell'OECD. Per ogni Paese è stato indicato il modello sanitario dominante ma anche la presenza di altri modelli in via sussidiaria, in quanto in ogni Paese possono operare più modelli contemporaneamente.

Questa tabella è stata preparata modificando solo in senso grafico una tabella presente nel testo di Toth. La Grecia presente nella tabella di Toth qui non è presente per la forte difficoltà nel descriverne i modelli prevalenti.

I sistemi di classificazione vanno continuamente verificati sia nel loro impianto sia nel posizionamento dei singoli sistemi nazionali. Ad esempio, può accadere che in un Paese che si è dotato di un sistema universalistico si determini una crescente disuguaglianza per il fatto che i gruppi sociali di livello medio alto riescono sistematicamente ad utilizzare meglio i servizi e le prestazioni rese disponibili da tale sistema.

In casi come questo bisognerà allora proporre interventi equitativi e iniziative di offerta attiva per ridurre tale disuguaglianza. Altro esempio o elemento da tenere in considerazione è costituito dalla libera scelta che il paziente può fare nei vari livelli assistenziali circa l'erogatore (la struttura sanitaria o il professionista) cui rivolgersi per la diagnosi e il trattamento.

APPLICAZIONE DEL MODELLO A SETTE POSIZIONI DEI SISTEMI SANITARI da Toth con modific							
Posizione	Mercato diretto o semplice	Assicurazione volontaria.	Assicurazione sociale di malattia	Programmi residuali.	Assicurazione nazionale obbligatoria	Sistema universalistico <i>single payer</i> .	Servizio sanitario nazionale
Prevalente			Austria Belgio Francia Germania Giappone Lussemburgo Turchia	USA (insieme a Assic. nazionale)	Svizzera USA (insieme a Progr residuali)	Australia Canada	Danimarca, Finlandia Irlanda Islanda Italia Norvegia Nuova Zelanda Portogallo Regno Unito Spagna Svezia
Aggiuntiva	Tutti i Paesi	Tutti i Paesi	Portogallo Spagna	Francia Germania Giappone Paesi Bassi Turchia			

In questa tabella la posizione dell'Italia è la seguente: il nostro Paese fa parte del gruppo contenuto nell'ultima colonna in quanto Servizio Sanitario Nazionale ma è presente anche sia nella colonna nel Mercato diretto che in quella dell'Assicurazione volontaria, in via sussidiaria. Inoltre, l'impostazione che potrebbe essere data ai decreti legislativi attuativi della legge delega n.33 del 2023 potrebbe portare alla nascita di un programma residuale per gli anziani o perlomeno per gli anziani non autosufficienti. Ciò comporterebbe una notevole complicazione nella definizione del modello generale cui il nostro Paese ritiene di dover aderire. Ecco perché sosteniamo che la conoscenza delle varie possibili articolazioni dei sistemi sanitari ci può aiutare a meglio capire le dinamiche e le situazioni che riguardano il nostro sistema sanitario e, quindi, procedere con maggiore consapevolezza e specificità a promuoverne il miglioramento.

Penso anche che la tabella evidenzia come si possa passare da una posizione ad un'altra in maniera strisciante se lo Stato non governa i rapporti tra le varie possibili strade che può imboccare un sistema sanitario.

Nel titolo di questa parte del presente articolo (Lo scenario internazionale: i sistemi sanitari in continua evoluzione) abbiamo parlato di una continua evoluzione dei sistemi sanitari. Nel farlo richiamo la linea di approfondimento elaborata da BERTIN qualche anno fa laddove esprime tutta la fatica e la gradualità di implementazione di quella community care, che oggi è al centro del dibattito come una delle chiavi per affrontare il dopo Covid. BERTIN, riflettendo sulla evoluzione dei sistemi sanitari tra sostenibilità e promozione della qualità, analizzava le trasformazioni dei sistemi sanitari europei negli ultimi decenni, enfatizzando il nuovo paradigma basato sulla centralità del paziente, sulla collaborazione tra i diversi livelli di assistenza, sulla valorizzazione delle competenze professionali e sulla promozione della salute pubblica

Qui richiameremo soprattutto gli elementi comuni riscontrabili nella maggior parte dei Paesi della UE o dell'ambito OCSE. In tali Paesi, in coincidenza con la ripresa dello sviluppo economico sociale dopo la spaventosa crisi legata alla Seconda Guerra Mondiale, intorno alla metà del secolo scorso si è strutturato un sistema sanitario che, con modalità diverse, ha offerto copertura per gli interventi sanitari, in qualche caso a carattere universale, talvolta coerentemente con lo sviluppo di generalizzate forme di copertura previdenziale e sociale (welfare state).

Questi Paesi sono approdati all'ultima delle 3 fasi della transizione epidemiologica, con un deciso mutamento della esperienza di malattie da parte della popolazione generale (progressivo ed ampio controllo delle malattie infettive, crescente rilevanza delle malattie cronico degenerative) con corrispondente mutamento del quadro demografico e una crescente domanda di prestazioni e interventi sanitari.

La domanda, l'offerta e la pratica delle prestazioni sanitarie hanno sempre più riguardato la prevenzione e la cura delle malattie ischemiche, cerebrovascolari e tumorali, fino al punto di porsi l'obiettivo di ritardarne l'insorgenza e/o l'evoluzione verso esiti invalidanti o letali. Si è allora parlato di una quarta fase della transizione epidemiologica, la fase delle malattie degenerative rinviate.

È poi accaduto che - prima con l'epidemia di Hiv-Aids nei primi anni Ottanta e poi con l'influenza aviaria e poi con la SARS - si è dovuto prendere atto che il quadro epidemiologico anche nei Paesi a sviluppo avanzato può essere reversibile, con conseguenti ricadute anche sul piano demografico (e possibili ripercussioni nella mortalità: classico ormai è l'esempio della Russia, dove ad esempio, per i maschi, il livello di speranza di vita nel 2000 (59 anni) era inferiore a quello di 60 anni raggiunto nel 1955-1956).

Anche l'epidemia di Covid, con la sua inarrestabile evoluzione pandemica, è stata tanto rilevante da determinare, seppure solo temporaneamente, una momentanea modifica delle curve di mortalità.

Stiamo probabilmente vivendo una possibile sub fase della transizione epidemiologica, Vi è un nuovo impatto delle malattie infettive emergenti e riemergenti connesso ai fenomeni legati alla globalizzazione che comportano una grande rapidità di estensione dei fenomeni sanitari da un punto geografico specifico all'intero pianeta.

Schematizzando molto, ho provato a suddividere il periodo di circa 75 anni che va dal 1945-50 ad oggi in tre archi temporali venticinquennali:

- Nel primo arco 25ennale si è svolto il processo di implementazione dell'assetto sanitario e del welfare che in alcuni Paesi si è avvalso dell'organizzazione risalente al periodo dell'anteguerra. In Italia, si ebbe la strutturazione della rete ospedaliera, gli enti mutualistici, il medico di famiglia, le strutture poliambulatoriali, la rete di sanità pubblica nei suoi livelli nazionale, provinciale, municipale. Tutto ciò ha poi trovato un punto di svolta con la nascita delle Regioni.
- Nel secondo periodo 25ennale si sono avuti aggiustamenti forti che nel caso italiano hanno assunto una dimensione di riforma istituzionale (1978) e di successivi aggiustamenti molto rilevanti (1992, 1999).
- Nel terzo periodo 25ennale si è avuta un'ulteriore fase di cambiamenti, che nel caso italiano riflettevano anche un cambiamento dell'assetto costituzionale (2001, 2012). Naturalmente l'impatto Covid 2020-2021 è quello che sta fortemente caratterizzato la parte finale di questo periodo.

Per gli ultimi 40 anni, una diversa articolazione in periodi o fasi è stata proposta da Toth a proposito delle ondate riformistiche che hanno interessato molti Paesi:

- Una prima fase caratterizzata dalla separazione e dalla competizione (anni 1980-1990: neoliberalismo in sanità, promuovere la concorrenza, favorire l'introduzione nella sanità di elementi del mercato)
- Una seconda fase orientata all'integrazione e alla regolazione (anni 1990-2000: tramonto del neoliberalismo, maggiore attenzione alla collaborazione e alle sinergie);
- Una terza fase focalizzata su qualità dei servizi e diritti dei pazienti (dall'attenzione alla sola malattia a quella per il malato).

Ancora Toth ci dice che nel corso degli anni, varie idee e suggestioni si sono dunque rincorse, alternate e sovrapposte; alcuni temi sono stati al centro del dibattito, poi accantonati, e infine riproposti in veste diversa. L'impressione che se ne trae è che all'interno dei singoli sistemi sanitari convivano sensibilità e spinte riformistiche di segno contrario. E si ha un'ulteriore conferma di come il policy-making sia un processo di propria natura contraddittorio e ricorsivo ...ogni sistema nazionale ha un proprio imprinting originario (sistemi di assicurazione sociale di malattia contro SSN), che tende a conservarsi nel tempo. Le riforme recenti, per quanto ambiziose, difficilmente contraddicono tale imprinting." (TOTH)

La situazione italiana

L'ultima frase di Toth temo che oggi sia meno vera. In questo 2023 occorre procedere a qualcosa di più di un ulteriore aggiustamento rilevante dell'impianto normativo di cui alla L. 833/1978 e D.lgs. 502/1992 e successive modificazioni, cioè ad un'ulteriore riforma della Riforma.

Cavicchi in apertura del forum apparso recentemente su QS scriveva che "tutti i più grandi problemi della sanità nascono da riforme fatte a metà, controriforme, equivoci riformatori, uso di concetti superati, quindi anacronistici, insufficienza ideativa, mancanza di soluzioni soddisfacenti, aporie, poca innovatività di pensiero, ecc., ecc.

Noi volevamo riformare la sanità mutualistica ebbene più il grado di invarianza di questa sanità è restato alto più si sono avuti ex post contraddizioni e problemi. Cioè o si riforma o si resta intrappolati nell'invarianza. Questa evidenza empirica arriva al paradosso con le controriforme: più si contro-riforma più si fa strada un vero e proprio processo di negazione del diritto, cioè più vengono traditi gli ideali, di partenza. Alla fine, siamo riusciti a ridurre il diritto fondamentale alla salute in un diritto potestativo cioè a forza di contro-riformare siamo riusciti a cancellare l'aggettivo "fondamentale" dalla costituzione.

Lo strappo quindi si ha negli anni '90 quando si rinuncia ad attuare la 833 e si mette in pista un contro-progetto, la famosa "riforma della riforma", ispirato dalle ideologie neoliberiste e aziendaliste del mercato. E a partire da questo strappo altri strappi a non finire."

Su queste tematiche Taroni, recentemente, ci ha ricordato che il Servizio sanitario nazionale ha attraversato tutti i momenti difficili che il Paese ha vissuto. Crisi politiche, economiche e sociali hanno avuto riflessi sul SSN, che ha sempre confermato di essere una risorsa strategica per il paese.

Ecco spiegata la metafora del calabrone utilizzata per far riferimento al SSN: il calabrone, cui le leggi della fisica negherebbero la possibilità di volare ma continua testardamente a farlo.

La crisi attuale del SSN ha a che fare (molto) con il sovrapporsi di due fattori epocali:

- la grande recessione del 2008 che è stata una classica crisi del sistema internazionale della finanza, che ha esercitato i suoi effetti indiretti anche sul finanziamento pubblico
- la grande pandemia da Covid-19 che ha dato luogo ad una crisi non solo sanitaria ma anche economico sociale. una crisi globale della salute della popolazione mondiale, originata dal perturbato equilibrio ecologico dei rapporti fra l'animale e l'uomo, che ha secondariamente provocato un impatto devastante sul sistema economico.

La crisi è stata nazionale, internazionale, sovranazionale.

Talmente grave che anche le catene dell'approvvigionamento dei farmaci e dei dispositivi anche semplici, sono saltate. Beni sanitari di diversa complessità, dalle mascherine ai ventilatori e ai vaccini, sono globalizzate e interdipendenti e riguardano molteplici agenzie pubbliche e private, variamente impegnate in una filiera lunghissima che include finanziamento, ricerca, sperimentazione, regolazione, produzione, importazione ed esportazione, negoziazione, acquisto, distribuzione e vendita, collettiva e al dettaglio.

Ma lo stress organizzativo e assistenziale ha anche riacutizzato tutte le forti criticità strutturali, programmatiche e istituzionali che a partire dagli anni 90 hanno interessato il SSN e che si pensò di affrontare con il varo di misure legislative contenenti innovazioni ordinamentali molto forti. Vere e proprie riforme della Riforma, che, nonostante il riconfermato carattere universalistico, pubblico, sostanzialmente gratuito hanno su alcuni aspetti introdotto criticità aggiuntive.

Ciò perché si sta consolidando un quadro epidemiologico fatto di fasi epidemiche e pandemiche ricorrenti e di fasi di endemizzazione. Una sfida impegnativa per ogni Paese a livello mondiale che evidenzia il carattere internazionale (per alcuni aspetti sovranazionale), con un necessario ripensamento del ruolo delle istituzioni sovranazionali, in particolare OMS e UE. Saranno necessarie imponenti e permanenti reti di sorveglianza epidemiologica e di approntamento rapido di misure, interventi, strutture tecnico scientifiche adeguate. Occorre poi un pronto intervento nelle realtà locali.

La prevenzione, sulla base di un nuovo Trattato internazionale, dovrà essere profonda, pervasiva, strutturale per garantire primariamente che vengano rimosse o corrette tutte le situazioni potenzialmente favorevoli al salto di specie degli agenti infettivi in modo da rendere meno probabili almeno una parte delle prevedibili nuove ondate pandemiche. (deep prevention).

Un rilancio dei Dipartimenti di prevenzione dovrà assicurare tutto lo spettro delle attività preventive e di sorveglianza epidemiologica, anche sui temi, gravissimi, della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Proprio perché la Pandemia da Covid 19 ha un carattere straordinario, è necessario che nell'affrontarla si possano individuare problematiche e soluzioni che siano coerenti e sinergiche rispetto alla definizione di una modifica dell'attuale impianto normativo ed organizzativo del SSN.

Che fare

In questa situazione, la parola d'ordine non può che essere la difesa e il rilancio del carattere universalistico del nostro sistema sanitario. In tutte le sedi occorre promuovere un'iniziativa legislativa straordinaria che sia chiaramente percepita come atto di rifondazione del SSN, senza escludere che si configuri come attuazione di una più stringata legge costituzionale. Il segnale deve essere forte e deve costituire uno scudo per i prossimi decenni, una resilienza rafforzata, una scelta che segni e garantisca il rilancio del carattere unitario e universalistico del nostro sistema sanitario finanziandolo adeguatamente con la fiscalità generale.

In primis occorre, intanto, sospendere l'iter che si è voluto avviare per le autonomie differenziate per la parte sanitaria, anche perché c'è un problema tecnicamente (sul piano giuridico) molto rilevante, relativo alla verifica di cosa, della materia riguardante i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie cioè dei LEA, sia cedibile alle nuove autonomie regionali

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113528

Esiste ancora il Ssn? La fine dell'ottimismo. Analisi sulla fuga dei medici dalla sanità pubblica. quotidianosanita.it

Francesco Medici, Consigliere Nazionale Anaa Assomed

Non sorprendiamoci se i medici lasciano il sistema sanitario nazionale: a furia mancati adeguamenti alla inflazione, mancate riforme, tassazione eccessiva, inapplicabilità del contratto, contenzioso medico legale non governato.... a mio avviso il "bicchiere SSN della dipendenza" nella sanità pubblica non esiste più o quantomeno si è rotto e nessuno ha intenzione di porvi rimedio.

08 MAG -

Ritengo che il bicchiere sia sempre "mezzo pieno". Non è solo un atteggiamento dato dal carattere, bensì una scelta. Il lavoro, in medicina in modo particolare, andrebbe affrontato sempre con un cauto ottimismo. Farsi vedere depressi o scoraggiati manda al paziente un messaggio non verbale di paura in un momento (la malattia) di fragilità. In sintesi, le difficoltà lavorative non devono mai e poi mai ricadere sui pazienti.

Oggi però faccio sempre più fatica a sorridere, a mostrarmi ottimista, perché il problema non è se il bicchiere sia mezzo pieno o mezzo vuoto (lì dove l'acqua è costituita sicuramente dal personale del sistema sanitario nazionale). Oggi il problema è che faccio fatica a vedere integro il bicchiere (ovvero il Sistema Sanitario Nazionale).

Senza bicchiere, ovvero in assenza del contenitore, l'acqua si disperde nel tavolo. Ed è esattamente quello che sta succedendo oggi in sanità! I medici fuggono in particolare dalla dipendenza ospedaliera, preferendo il privato o la medicina generale, vedendo in quegli ambiti lavorativi "bicchieri" più accoglienti e performanti o semplicemente meglio retribuiti. Non bisogna fare dei calcoli di macro economia, ma con un'inflazione che gira al 11% aver aumentato di 2 miliardi di euro la spesa del servizio sanitario nazionale (la cui spesa complessiva ammonta a 124 miliardi di euro) significa averla aumentata di meno del 2%, Fonte ministeriale: "Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale, che rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica e di quella accreditata in Italia, è stato da ultimo fissato dalla legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) in 124.061 milioni di euro per il 2022, 126.061 milioni per il 2023 e 128.061 milioni per l'anno 2024."

In sintesi negli ultimi anni e per gli anni a venire, ogni anno il sistema sanitario nazionale deve fare i tagli per 8 – 10 miliardi di euro per garantire identiche prestazioni!

"L'Istat ha comunicato che nel mese di ottobre 2022 l'indice nazionale dei prezzi al consumo per l'intera collettività (al lordo dei tabacchi) ha registrato un aumento dell'11,8% su base annua (dal +8,9% del mese precedente)"

Ma siamo sicuri che in sanità l'inflazione sia SOLO dell'11%? Un esempio?

Vogliamo analizzare i costi della chirurgia Robotica, vogliamo vedere i costi delle protesi? Vogliamo analizzare i costi dei farmaci oncologici biologici?

Credetemi l'aumento di spesa supera di tanto l'aumento delle zucchine al mercato. L'inflazione in medicina viaggia sul 15%. Ecco perché non aumentano gli stipendi.

Il definanziamento sta mettendo in ginocchio tutte le aziende sanitarie ma in particolar modo i DEA di secondo livello che sono costretti a comprare i presidi più costosi. Nel Lazio, per esempio, come sempre, le A.O. sono campioni di deficit (anche quelle private o universitarie).

Ma non è solo un problema della Regione Lazio, tanto è vero che tutte le Regioni stanno andando in piano di rientro. Nella mia regione, il Lazio, si ricomincia con il balletto del risparmio e dei tagli. Film già visto! Il governatore della regione Lazio, mi dispiace di dirlo un medico, ha iniziato malissimo: bloccando le assunzioni rivedendo al ribasso i piani assunzionali delle aziende, forse prevedendo chi i pazienti possano fare a meno di medici ed infermieri! Visto che tutte le aziende del Lazio sono in deficit (ricordate l'inflazione?) non solo blocca le assunzioni ma decide anche di bloccare anche le carriere e peggio le progressioni di carriera. Non potendo cacciare nel breve periodo i direttori generali (nominati dalla giunta precedente), vuole "lui" decidere chi può progredire della carriera e chi no.

In sintesi a che serve rinnovare un contratto? Che lo facciamo a fare un "contenitore di regole comuni" (il CCNL), se poi basta una determina regionale per mandarlo all'aria! Come facciamo a convincere i colleghi a rimanere in un sistema che non c'è più, in un sistema che non può premiare la professionalità con progressione di carriera ma che la lega solo all'appartenenza politica? Perché di questo si tratta: la regione non può conoscere i professionisti che lavorano in un'azienda, le loro capacità, la loro dedizione al lavoro. Tanto è vero che il CCNL assegna alla Aziende questo compito.

Se Regione Lazio vuole decidere lei i nomi che possono essere promossi o bocciati significa che l'unico modo per arrivare a ottenere delle posizioni sarà quello di "vendersi alla politica". Clientelismo in delibera!

Anche il ministero della sanità è governato da un medico. Almeno lui ha tante buone intenzioni! Ma governa lui il Ministro o lo fa il ministro dell'economia che non da fondi? Nessun recupero della inflazione, Non un euro per il rinnovo del contratto che dovrebbe far recuperare l'inflazione nelle buste paga dei lavoratori (i pensionati la hanno avuta). Non una detassazione delle prestazioni aggiuntive che nel privato sono state invece detassate. In questi ultimi giorni scopriamo che siamo governati anche dal ministero della giustizia On. Nordio, il quale, sbugiardando il Ministro Schillaci, ha già detto che non sarà possibile depenalizzare l'atto medico (come avviene in tutti i paesi civili del mondo).

Come contentino nomina una commissione composta da noti giuristi (ovviamente diventa difficile che poi questi stessi vadano contro la categoria degli avvocati che dai contenziosi guadagna) ma composta anche da grandissimi professori universitari illustri professionisti di area medica, colleghi che certamente rappresenteranno la loro alta professionalità, ma non so fino a che punto abbiano conoscenze puntuali sulla colpa medica, ovvero che abbiano argomenti da contrapporre ai componenti degli avvocati e magistrati. Come al solito non c'è nessun rappresentante dell'organizzazioni sindacali ma neanche della Fnomceo che probabilmente avrebbero qualcosa in più da dire!

Anche questo è un "contenitore" che manca! Un contenitore (una legge) che farebbe lavorare meglio i medici.

Allora non lamentiamoci o peggio sorprendiamoci se i medici lasciano il sistema sanitario nazionale: a furia mancati adeguamenti alla inflazione, mancate riforme, tassazione eccessiva, inapplicabilità del contratto, contenzioso medico legale non governato.... a mio avviso il "bicchiere SSN della dipendenza" nella sanità pubblica non esiste più o quantomeno si è rotto e nessuno ha intenzione di porvi rimedio.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113525



La Brexit fa male alla salute. Salute internazionale

Marco Del Riccio, *medico chirurgo, specialista in Igiene e Medicina Preventiva*

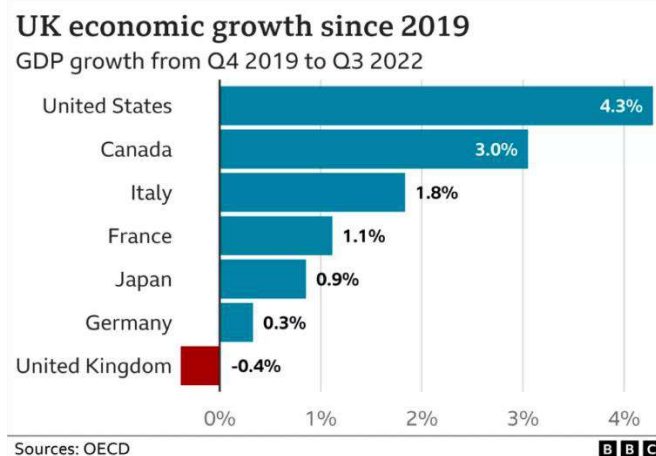
Le persone che hanno votato a favore della Brexit in Gran Bretagna sembrano essere meno inclini a seguire i consigli degli esperti in materia di salute pubblica, come quelli forniti durante la pandemia di COVID-19. Questo atteggiamento potrebbe aver contribuito ad un maggior numero di casi e di morti nelle zone del paese con una maggiore densità di votanti pro-Brexit. Il risultato non stupisce del tutto se pensiamo che risultati simili sono stati riportati da altri studi condotti in altri paesi dal 2020 ad oggi.

È noto che la campagna del referendum pro o contro l'Europa, tenutosi in Gran Bretagna nel 2016, fu costellata da una miriade di fake news, a tutto vantaggio del "leave" (andare via). Le balle riguardavano soprattutto il tema dell'immigrazione: non passava giorno che quotidiani popolari molto diffusi come il Daily Mail o il Daily Express non sbattessero in prima pagina titoli del tipo "Aerei e bus pieni di romeni e bulgari stanno invadendo l'Inghilterra".

Ma la balla più spregiudicata e fantasiosa, e probabilmente anche la più efficace in termini di raccolta di consensi, ha riguardato la sanità. All'approssimarsi della votazione hanno cominciato a circolare per tutto il Regno Unito dei bus rossi con le fiancate ricoperte da questa frase: **"We send the EU £350 million a week. Let's fund our NHS instead. Vote Leave."** (Noi mandiamo ogni settimana all'Europa 350 milioni di sterline. Meglio devolverle al nostro Servizio sanitario nazionale. Vota Leave") – **Figura 1.** Ci voleva poco per capire che si trattava di una balla spaziale: **se si moltiplicava 350 milioni di sterline per 52 settimane, veniva fuori la cifra astronomica di 18,2 miliardi di sterline l'anno.** Il governo conservatore dunque si impegnava – in caso di vittoria del Leave – ad aumentare annualmente la spesa sanitaria pubblica del 14%. Ma quel governo, insediato dal 2010, da allora fino al 2019 è stato avarissimo con la sanità pubblica (in larga parte privatizzata): solo un +1,6% l'anno, rispetto a una crescita media annua del +3,7% nei 70 anni di vita del NHS

Un recente sondaggio di YouGov rileva che per il 53% dei britannici è stato un errore separarsi dall'EU, mentre per il 32% la scelta fu giusta. Secondo un sondaggio Ipsos dello scorso gennaio, il 45% della popolazione pensa che la Brexit abbia peggiorato la propria vita quotidiana, mentre per l'11% l'ha migliorata. La Gran Bretagna non si è ripresa dalla recessione provocata dalla pandemia (Figura 2). Aggravata anche dalle drastiche limitazioni all'ingresso di stranieri hanno comportato la mancanza di centinaia di migliaia di lavoratori in settori vitali come quello dei trasporti, dei servizi di ristorazione e dell'assistenza sanitaria e sociale (leggi qui e qui).

Figura 2. Crescita economica della Gran Bretagna dal 2019 al 2022.



BREXIT e COVID-19

Tra i grandi paesi europei la Gran Bretagna è quello che ha registrato il più alto numero di morti da COVID-19 per milione di abitanti (3.300 vs 3.200 dell'Italia, 2.500 della Francia e 2.100 della Germania). Le persone che hanno votato a favore della Brexit in Gran Bretagna sembrano essere meno inclini a seguire i consigli degli esperti in materia di salute pubblica, come quelli forniti durante la pandemia di COVID-19. Questo atteggiamento potrebbe aver contribuito ad un maggior numero di casi e di morti nelle zone del paese con una maggiore densità di votanti pro-Brexit. Il risultato, recentemente riportato da uno studio scientifico condotto dai professori Phalippou L. e Wu B. e pubblicato sulla rivista internazionale "Social Science & Medicine" (1), non stupisce del tutto se pensiamo che risultati simili sono stati riportati da molti altri studi condotti in altri paesi dal 2020 ad oggi.

I due ricercatori hanno raccolto dati relativi alle caratteristiche dei distretti come la percentuale di anziani, di disoccupati, di persone di origine straniera, il reddito e la densità di popolazione. Hanno poi, per ciascun distretto, rilevato la percentuale di persone che hanno votato per la Brexit nel 2016 e infine il numero di decessi e di casi di COVID-19. In particolare, sono stati analizzati cinque indicatori: numero di decessi, numero di casi di infezione, numero di persone vaccinate per la prima volta, numero di persone vaccinate due volte e numero di persone con la dose di richiamo. Attraverso semplici metodi di statistica descrittiva e tenendo in considerazione vari fattori potenzialmente confondenti (come appunto il reddito medio e la percentuale di anziani per ogni distretto) hanno concluso che i distretti in cui le persone hanno votato maggiormente a favore della permanenza nell'UE hanno avuto un tasso di mortalità inferiore di quasi la metà rispetto ai distretti del quintile inferiore. Questa relazione è stata in particolare più forte dopo la prima ondata, quando le misure di protezione sono state comunicate al pubblico dagli esperti. Una associazione simile è stata osservata per quanto riguarda la decisione di vaccinarsi, e i risultati sono stati più forti per la dose di richiamo, raccomandata dagli esperti. In definitiva, il voto per la Brexit è risultato essere la variabile più correlata con gli esiti del COVID-19 tra molte variabili, compresi i comuni indicatori di fiducia e impegno civico, o le differenze nella presenza e nella composizione industriale tra i distretti.

Secondo gli autori, i risultati indicano che coloro che sono stati influenzati dalle argomentazioni a favore della Brexit, caratterizzate dalla sfiducia verso le élite politico-finanziarie e dalla retorica populista diffusa sui social media, sono anche coloro che mostrano maggiori resistenze alla vaccinazione contro il COVID-19 e sono più ostili alle misure di prevenzione, come l'uso di mascherine. Phalippou ha spiegato a Euronews che "esiste un gruppo di persone nella popolazione che rifiuta qualsiasi consiglio ufficiale, mainstream o degli esperti". "La domanda per i ricercatori, quindi,

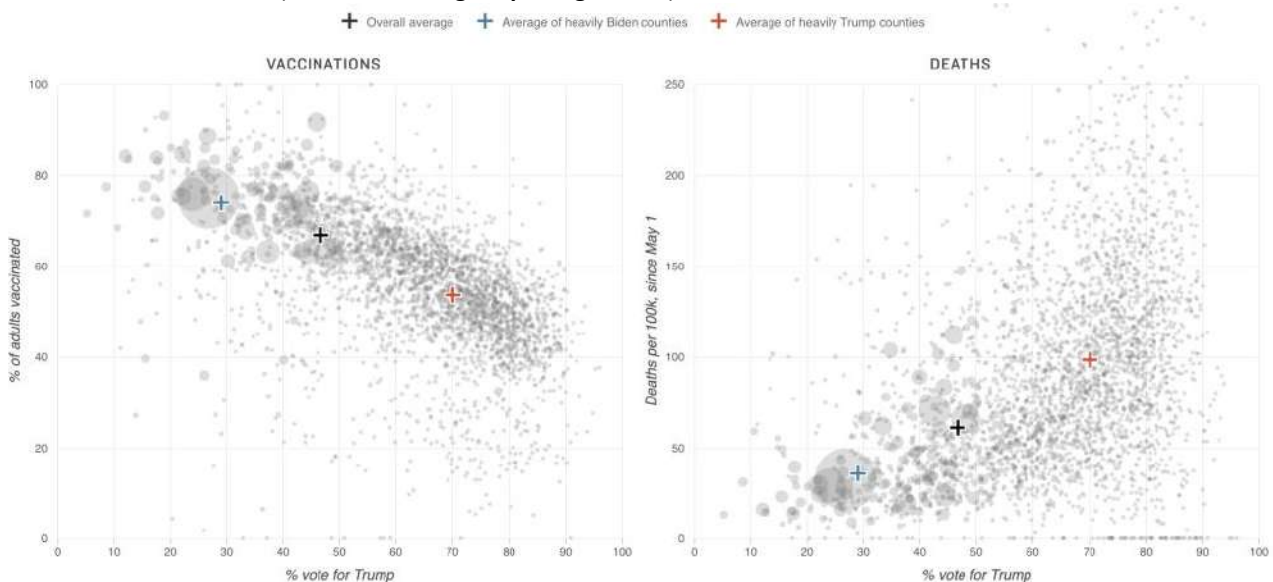
è: come identificare queste persone e in quali aree sono più presenti?”. Secondo Phalippou e Wu, questi dati dovrebbero avere “conseguenze molto importanti per la politica”.

Jonathan Berman, autore del libro “Anti-vaxxers: How to Challenge a Misinformed Movement” e professore alla London School of Economics ha dichiarato ad Euronews che la **correlazione riportata dai due autori appare logica e coerente** con altre tendenze riscontrate in diverse parti del mondo, in cui i movimenti populistici hanno ottenuto successo negli ultimi anni.

IL CASO DEGLI STATI UNITI

Un’analisi condotta dalla NPR – National Public Radio – (2) ha rilevato che dal maggio 2021 le persone che vivevano nelle contee che hanno votato in modo massiccio per Donald Trump alle ultime elezioni presidenziali hanno avuto quasi tre volte più probabilità di morire di COVID-19 rispetto a quelle che vivono in aree che hanno votato per l’attuale presidente Biden. NPR ha analizzato il numero di decessi ogni 100.000 persone in circa 3.000 contee negli Stati Uniti dal maggio 2021, momento in cui i vaccini sono diventati ampiamente disponibili. Le persone che vivono in contee che hanno votato per Trump con un margine del 60% o superiore alle elezioni del novembre 2020 hanno avuto una mortalità 2,73 volte superiore a quelle che hanno votato per Biden. Questo trend si è dimostrato robusto anche quando il dato è stato standardizzato per età, che è il principale fattore di rischio di mortalità da COVID-19 (Figura 3).

Figura 3. Le contee che hanno votato massicciamente per Donald Trump (croci rosse) hanno registrato tassi di vaccinazione molto più bassi e mortalità molto più elevata a causa del COVID delle altre (croci blu). Dati aggiornati alla fine del 2021. Fonte: NPR ([Cliccare sulla Figura per ingrandire](#))



Come nello studio condotto in Gran Bretagna da Phalippou e Wu, anche in questo caso l’analisi ha considerato solo la posizione geografica dei decessi da COVID-19. Le esatte opinioni politiche di ciascuna persona colpita dalla malattia rimangono sconosciute. Tuttavia, la forza dell’associazione, combinata alle informazioni provenienti dalle indagini sulla vaccinazione, suggerisce fortemente che i repubblicani siano stati maggiormente colpiti, anche e soprattutto perché nei repubblicani sono state sistematicamente riscontrate inferiori coperture vaccinali.

Risultati analoghi erano stati riportati da Bursztyń e colleghi (3), che avevano riportato come le aree degli Stati Uniti con un tasso di mortalità più elevato da COVID-19 corrispondessero a quelle con una maggiore esposizione allo show televisivo di Hannity su Fox News – un programma caratterizzato dal sostegno incondizionato al Presidente Trump e da una significativa minimizzazione degli effetti del virus.

ESEMPI DA ALTRI PAESI

La stessa relazione tra politica, adesione alle raccomandazioni e conseguentemente casi e morti per COVID-19 è stata riportata anche in altri Paesi del mondo. In Brasile, Ajzenman e colleghi (4) hanno riportato come a seguito di discorsi pubblici del presidente Bolsonaro che si opponevano alle NPI, il distanziamento sociale diminuisse immediatamente nei comuni con un maggiore sostegno al presidente. Relativamente all’Italia, una ricerca condotta dall’Istituto Einaudi in collaborazione con l’Università Pompeu Fabra di Barcellona (5) ha da poco dimostrato come durante le fasi iniziali della

pandemia COVID-19, il distanziamento sociale volontario fosse maggiore tra le persone che mostravano un maggiore senso del dovere civico. Allo stesso modo in Germania, Müller e Rau (6) hanno scoperto che la tolleranza al rischio, la fiducia, la responsabilità sociale, la partecipazione elettorale, il sostegno alla vaccinazione e la conformità alle politiche COVID-19 sono variabili strettamente correlate.

I risultati di questi studi vanno sempre interpretati con attenzione, perché spesso presentano una struttura che non permette di trarre conclusioni scientificamente solide, non essendo disegnati per dimostrare una relazione di causalità, ma solo per affermare che certi fenomeni (come – in questo caso – il voto conservatore e un maggiore rischio di morire per COVID-19) presentano una qualche relazione.

Ciononostante, questo dato emerge come rilevante perché si ripete in diversi studi condotti in varie aree del mondo, suggerendo la presenza di una divisione culturale – che andrà esplorata più in dettaglio con studi ad hoc – tra coloro che accettano e coloro che respingono i consigli e le raccomandazioni degli esperti.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/05/covid-19-e-brexite/>

Destra e sinistra in medicina. [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Roberto Polillo e Mara Tognetti

Due modi di guardare e di posizionarsi molto differenti e con obiettivi e strategie altrettanto differenti che richiedono, proprio a coloro che retoricamente dichiarano di difendere il Servizio Sanitario Nazionale pubblico, di schierarsi e di fare delle scelte chiare e pubbliche sia a livello di Parlamento sia a livello delle singole Regioni.

08 MAG - Fare delle scelte strategiche a partire dai posizionamenti risulta essenziale per garantire il diritto alla salute delle collettività, ora più che mai in una fase in cui la sopravvivenza del Servizio Sanitario Nazionale pubblico sembra interessare sempre meno i decisori pubblici e i diversi attori che ad esso appartengono. Vi proponiamo dunque un posizionamento che è anche una scelta professionale oltre che culturale.

Paradigmi alternativi

Destra e sinistra non sono due antiquate categorie, residuo delle obsolete ideologie novecentesche. Destra e sinistra sono due diversi modi di concepire i rapporti tra individuo e comunità, tra singolo e collettività.

Destra è chi privilegia il primo dei due termini dando massimo valore alla libertà e al benessere individuale, sinistra è chi privilegia i beni comuni e il benessere collettivo.

Due paradigmi alternativi, come empirismo e razionalismo in filosofia, che in medicina qualificano con un peso diverso le tre fasi di sviluppo che caratterizzano la clinica moderna basata su ricerca ed evidenze scientifiche: scienza di base (la ricerca di laboratorio), cura della malattia individuale (l'elemento patogeno che turba l'omeostasi momentaneamente o irreversibilmente), salute collettiva (il benessere della popolazione di riferimento e il contrasto ai fattori di nocività generali che ne compromettono la qualità).

Percorsi mono o bidirezionali

Destra è chi dà massimo valore al primo percorso (dal laboratorio al letto del paziente) e considera il processo epistemologico sostanzialmente mono direzionale. Sinistra è chi considera obbiettivo finale della medicina la salute collettiva e ritiene il processo bidirezionale valorizzando la dimensione sociale e l'apporto delle altre scienze come fonte di conoscenza scientifica.

Facciamo un esempio di questo secondo approccio, analizzando il ruolo che l'epidemiologia e gli studi dei luoghi, di cui la medicina si è occupata fin dai tempi di Ippocrate, hanno svolto nella comprensione dell'allergia grave alla carne rossa. Una malattia, prima sconosciuta e che si è diffusa negli ultimi decenni.

L'integrazione delle conoscenze scientifiche.

Negli anni '80 furono segnalati negli USA dei casi di allergia grave di tipo anafilattico insorti a diverse ore dal consumo di carne rossa di manzo, maiale e agnello. La stessa sintomatologia si verificava, inspiegabilmente, alla prima assunzione di un farmaco innovativo chiamato Rituximab. Gli epidemiologi scoprirono che entrambe le tipologie di pazienti provenivano da zone dell'America del Sud che erano infestate da un tipo particolare di zecche, che i biologi identificarono appartenenti alla specie Lone Star, presenti anche in Europa e conosciute come Ixodes ricinus, e che tali zecche avevano punto i pazienti allergici alla carne un numero molto elevato di volte.

Si capì successivamente attraverso gli studi biochimici che la saliva delle zecche conteneva un allergene di natura glucidica l'alfagal e che questo veniva inoculato attraverso la puntura. Alfagal era anche contenuto sia nel Rituximab, sia nella carne rossa e nei suoi derivati come gelatina, largamente utilizzata in numerosi prodotti alimentari e non. Il meccanismo divenne allora chiaro: i pazienti si sensibilizzavano ad alfagal a seguito di punture ripetute di zecca e quando venivano nuovamente a contatto con lo stesso allergene, sia che fosse contenuto nella carne che nel farmaco, rispondevano con la stessa reazione di tipo anafilattico.

Una scoperta resa dunque possibile solo da un approccio multi professionale al problema che non è presente in mancanza di una visione di insieme che colloca l'individuo nel suo ambiente di vita e di lavoro.

Medicina tecnocratica e medicina umanistica

Destra è chi ritiene la medicina un mero fatto tecnico, neutro e che come tale deve essere gestito esclusivamente o in modo preminente da professionisti del campo, dando massimo valore a quelli con più alto valore scientifico ovvero gli accademici. Un concetto fortemente condiviso dal ministro Schillaci che infatti nella commissione per la salute mentale ha convocato solo psichiatri di cui un terzo universitari, non coinvolgendo, come criticamente evidenziato da diversi interventi su QS, nessuno psicologo, nessun infermiere, nessun educatore, nessun professionista della riabilitazione e del sociale e cosa ancora più grave, nessun esponente delle associazioni dei pazienti.

Un mondo professionale che rappresenta la stragrande maggioranza degli operatori che lavorano nei servizi psichiatrici e che è stato totalmente ignorato perché giudicato inessenziale. L'esatto contrario del lascito del grande psichiatra italiano Franco Basaglia che proprio attraverso la de-medicalizzazione della psichiatria aveva realizzato la grande rivoluzione della chiusura dei manicomi. Ma anche come ci insegna quel processo di superamento del trauma della malattia e delle conseguenze di trattamenti e maltrattamenti che costituiscono la "Recovery".

Sinistra è chi ritiene che la vera dimensione della medicina sia il "politico" inteso, in senso aristotelico, come fine per il raggiungimento del bene comune attraverso la più equa redistribuzione possibile delle utilità di cui parlavano gli utilitaristi del XVIII secolo.

Gli attori che operano per il raggiungimento di tali fini non possono essere limitati ad alcuni tecnici ma devono ricomprendere tutti coloro che hanno un ruolo nel processo di cura e di promozione della salute collettiva, ivi compresi pazienti e familiari. Il processo di cura infatti non è la semplice risposta a un farmaco come dimostra l'effetto placebo che nelle sperimentazioni cliniche determina un effetto positivo nel 30 per cento dei pazienti ed oltre. Sul miglioramento dei sintomi infatti non agisce solo l'azione farmacologica ma incidono fortemente i fattori psico-sociali di tipo emozionale, cognitivo e relazionale che, come la ricerca ha ampiamente evidenziato, sono co-fattori fondamentali nel processo di guarigione.

Differenze o convergenze

Destra è chi coltiva il mito della differenza e questo è il motivo perché si cerca di frammentare ulteriormente il nostro SSN introducendo l'autonomia differenziata o privilegiando l'ospedalità privata.

Sinistra è chi cerca invece la convergenza e crede nella necessità di una conduzione unitaria della sanità puntando alla valorizzazione del pubblico e al superamento delle differenze che in sanità sono in realtà diseguaglianze.

Esempio significativo di questo stato di cose sono gli USA dove esistono storicamente grandi diseguaglianze ma dove, grazie al rafforzamento della cultura di sanità pubblica sostenuta dalle grandi riviste di medicina come JAMA o NEJM, si sta lavorando ottenendo, in qualche caso, risultati promettenti.

Nel nostro paese invece, la destra le differenze esistenti non le combatte ma cerca di acuirle anche grazie alla sottovalutazione di tali problemi da parte dei governi precedenti; governi che in molti decenni non sono riusciti ad elaborare un piano credibile per il rafforzamento della sanità dell'Italia ed in particolare della sanità delle regioni del Sud.

Modelli organizzativi: top down bottom up.

Destra è chi considera che i modelli organizzativi migliori siano quelli che la competizione di mercato ha selezionato come più efficienti. La concentrazione di poteri in un vertice aziendale di tipo monocratico è ritenuto lo strumento in grado di governare la incertezza che caratterizza il contesto istituzionale sanitario, superando resistenze e vincendo rendite di posizione attraverso la scelta dei "migliori".

Sinistra è chi crede in un modello ad alta intensità partecipativa. Lavora sulla ecologia dei microsistemi professionali perché ritiene che il miglioramento della qualità sia irrealizzabile senza la mobilitazione di quello che Marx definiva il general intellect.

Non c'è cambiamento senza condivisione e coinvolgimento degli attori delle diverse qualifiche e professioni. Non c'è partecipazione senza coinvolgimento attivo e vincolante dei pazienti e dei cittadini nella valutazione delle scelte e dei risultati di salute ottenuti a tutti i livelli di governo.

Neocentralismo regionale e distribuzione di poteri

Destra è federalista soltanto a parole, perché in realtà riproduce lo stesso schema centralista spostando soltanto il focus dallo stato- nazione di tutti gli italiani allo stato- regione di quelli che chiama enfaticamente i popoli locali (i veneti, i lombardi i liguri etc).

Lo schema a-partecipativo e verticistico è identico a quello che si vuole superare ed è funzionale, aldilà delle retoriche, solo a trattenere in loco le ricchezze prodotte. Dimenticandosi ovviamente dei grandi investimenti che lo stato nazione ha realizzato per rendere possibile lo sviluppo in tali regioni.

Sinistra è la convinzione che il decentramento dei poteri debba valorizzare gli enti territoriali e le comunità locali. Essa è contraria al decisionismo autoritario e crede nella costruzione partecipativa delle politiche della salute adottando un modello tipicamente bottom up.

Conclusioni

Due modi di guardare e di posizionarsi molto differenti e con obiettivi e strategie altrettanto differenti che richiedono, proprio a coloro che retoricamente dichiarano di difendere il Servizio Sanitario Nazionale pubblico, di schierarsi e di fare delle scelte chiare e pubbliche sia a livello di Parlamento sia a livello delle singole Regioni. Gli ideologismi non fanno bene al nostro Servizio Sanitario Nazionale pubblico, così come non fanno bene alla salute di chi vive e lavora nel nostro Paese.

Le scelte da fare sono chiare e tali scelte sono urgenti pena il fallimento totale di quel che resta ancora del Servizio Sanitario Nazionale.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113526

"PRIVATOCRAZIA" E SANITA' IN ITALIA-PRIVATIZZAZIONE, CONCENTRAZIONE DI CAPITALI E FINANZIARIZZAZIONE. SALUTE PUBBLICA, ricerca documentazione in-formazione

**salute
Pubblica**
ricerca documentazione in-formazione

**"PRIVATOCRAZIA" E SANITÀ IN ITALIA – PRIVATIZZAZIONE,
CONCENTRAZIONE DI CAPITALI E FINANZIARIZZAZIONE**

Mag 20, 2023

G. Trianni* - A. Gazzetti ** (edizione sintetica) *** È massimo in Italia l'allarme per la evidente (e irreversibile?) crisi del SSN e il dibattito sul rapporto (inevitabile?) pubblico-privato in Sanità. Lo scopo di queste note non è definire tutto il quadro...

<http://www.salutepubblica.net/>

Gaël Giraud e Carlo Petrini

Ecco un brano del saggio-dialogo "Il gusto di cambiare" tra il fondatore di Slow Food e l'economista francese sullo scenario che ci aspetta. Se vogliamo salvare il pianeta

Carlo Petrini Siamo alle soglie di un nuovo periodo storico, che non durerà qualche anno o qualche decennio. Sarà un processo lungo che porterà a un cambiamento paragonabile a quello della rivoluzione industriale. Non si tratta di passare da comportamenti "cattivi" a comportamenti "buoni".

Qui si tratta di cambiare modello sociale, di abbracciare un nuovo paradigma economico, di modificare radicalmente i presupposti e le ragioni del nostro vivere. La rivoluzione industriale ha attraversato oltre un secolo - dalla seconda metà del XVIII alla fine del XIX - e posto le sue basi su un processo di evoluzione economica e di industrializzazione che trasformò realtà agricole-artigianali-commerciali in sistemi caratterizzati dall'uso generalizzato di macchine azionate da energia meccanica e dal ricorso a nuove fonti inanimate (in primis i combustibili fossili); il tutto favorito da una forte componente di innovazione tecnologica.

L'umanità ha potuto godere di un significativo miglioramento delle condizioni di benessere, salute, educazione grazie a questo cambiamento epocale. Ma, per trasformare e produrre, la rivoluzione industriale si basava su un mito: l'infinità delle risorse della Terra. [Un mito che oggi è andato in frantumi](#) perché siamo giunti a un punto di non ritorno. L'impresa è ardua, ma una società civile consapevole può farcela.

Gaël Giraud La cosa più importante è comprendere che l'alternativa non è il business as usual, l'alternativa è un disastro a livello mondiale. Non emerge nel dibattito pubblico, ma già oggi nei circoli scientifici si parla della possibile estinzione dell'umanità nel prossimo secolo.

Poniamo di continuare a comportarci come abbiamo fatto sinora. Dalla Siberia orientale e dall'Oceano artico arriva la conferma che è iniziato su larga scala il processo di rilascio del metano dal permafrost, il suolo che dovrebbe essere perennemente ghiacciato. Ciò significa che dovremo affrontare una crescita delle temperature di 6-7 gradi centigradi alla fine di questo secolo, e alla fine del prossimo l'aumento diventerà a doppia cifra. Vorrebbe dire che ci stiamo pericolosamente avvicinando all'estinzione dell'umanità. Un esempio? Più aumenta la temperatura, minore sarà la disponibilità di acqua.

Già oggi è chiaro a tutti che la mancanza d'acqua è un problema molto grave per l'Italia. Secondo il nordamericano World Engagement Institute, nel 2040, se non interverremo, nel mondo si verificherà una diminuzione della disponibilità di acqua di circa il 20% rispetto a oggi.

Nel frattempo aumenteranno la frequenza e la severità di eventi estremi come tifoni, inondazioni, desertificazioni. Di fronte a questo probabile disastro non possiamo chiudere gli occhi.

C.P. A questo punto è bene sottolineare una delle parole chiave del nostro ragionamento: sostenibilità. Sostenibile ha la stessa radice di sustain, parola inglese indicante il pedale di destra del pianoforte che allunga la risonanza della nota. I francesi lo traducono in durable. Il termine contiene l'idea che le azioni che intraprendiamo debbano avere come risultato una durata che persiste, una durata lunga.

Al contrario, il cieco perseguimento di una logica capitalistica, inserito nella corsa alla globalizzazione degli ultimi settant'anni, ha avuto tra i numerosi effetti la formazione di modelli economici e produttivi insostenibili in quanto di breve durata.

Ma chi, come ci insegnano i nostri cugini francesi, traduce [la parola "sostenibilità"](#) con "durabilità" è in grado di riconoscere a occhio nudo quanto negli ultimi decenni la nostra società si sia drammaticamente impoverita. Con l'industrializzazione e l'uso indiscriminato delle risorse naturali abbiamo provocato, a mo' di effetto domino, una crisi

climatico-ambientale e una galoppante perdita di biodiversità che non hanno eguali nella storia e che minano la nostra stessa sopravvivenza.

Come ha affermato Gaël Giraud, siamo immersi in una dinamica socioeconomica suicida. E dobbiamo uscirne. Bisogna quindi percorrere una nuova strada. Ma cambiamenti di questa portata non avvengono con la bacchetta magica, hanno bisogno di un periodo di crescita e consapevolezza, quindi del coinvolgimento delle comunità. Quanto durerà questa fase? Quanto l'intero processo?

L'ho detto prima: non lo sappiamo, nessuno lo sa. Durerà quanto deve durare. Certo è che il cammino è già cominciato, un popolo si è messo in movimento, spinto soprattutto dalla protesta di tanti giovani che rivendicano il loro diritto a vivere in un ambiente sano.

G.G. Voglio fare un esempio personale. Io da tempo mi porto dentro un'ansia molto concreta. Mi perseguita l'idea che nel 2040 il Monte Bianco d'estate sarà completamente brullo, senza più ghiacciai. Così come non sopporto il pensiero della scomparsa delle api e dei pesci, e le sofferenze causate dalla mancanza di accesso all'acqua potabile di cui si diceva poc'anzi.

Prendiamo un altro punto di osservazione, quello demografico. Da qui al 2050 nell'Africa subsahariana si registrerà il 57% della crescita demografica globale, per cui circa il 23% della popolazione mondiale sarà subsahariana rispetto al 15% attuale e al 10% del 1990. La quota di popolazione globale dell'Unione europea, che oggi si aggira intorno al 6%, scenderà al 4% nei prossimi tre decenni.

Ne deriva che, fra trent'anni, circa 2 miliardi e 300 milioni di persone vivranno nell'Africa subsahariana, a fronte dell'attuale miliardo e cento milioni.

Tassi di fertilità elevati e migliori aspettative di vita sorreggono un ritmo straordinario di crescita demografica che produrrà un drastico incremento della domanda di servizi sociali in Paesi caratterizzati da alti tassi di povertà e di disuguaglianza economica.

D'altra parte, il continuo surriscaldamento globale, con l'aumento delle temperature e dei tassi di umidità, renderà invivibili alcune zone del mondo: l'Africa subsahariana di cui abbiamo detto, ma anche l'Amazzonia, l'America Centrale e la costa sudorientale degli Stati Uniti, parte della Cina e dell'India e una buona porzione del Sudest asiatico.

Tutte aree già densamente popolate e con tassi demografici in aumento.

Dovremmo riflettere sulle conseguenze di una migrazione di massa, con numeri che potrebbero arrivare al miliardo di africani (perlopiù giovani) in rotta verso l'Europa.

Perché non esiste alcuna possibilità che le politiche di difesa dei confini dei partiti politici di destra possano avere successo.

È necessario mettere in campo una strategia e, come sostiene Carlo Petrini, la transizione ecologica e sociale è oggi la strada possibile. L'unica che ci può sottrarre all'ansia di dover fronteggiare problemi enormi, senza avere gli strumenti per farlo.

Il libro - Il gusto di cambiare di Gaël Giraud e Carlo Petrini in dialogo con Stefano Arduini. LIBRERIA EDITRICE VATICANA

(Slow Food, pagg. 176, euro 18)



https://www.repubblica.it/cultura/2023/05/16/news/libro_petrini_giraud_gusto_cambiare-400414548/?ref=RHVB-BG-I273288661-P4-S5-T1

THE LANCET
Planetary Health

L'impegno degli avvocati del Regno Unito per il clima si riverbera in tutto il mondo.
THE LANCET. Planetary Health

Isabella Kaminsky

Publicato: 09 maggio 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(23\)00105-5](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(23)00105-5)

L'impegno di alcuni avvocati del Regno Unito a non lavorare su schemi di combustibili fossili ha scatenato un dibattito etico all'interno della professione. Mentre alcuni vedono l'impegno come problematico, tuttavia, potrebbe essere assunto da colleghi all'estero.

L'impegno degli avvocati a non lavorare su progetti di carbone, petrolio o gas a causa degli impatti sui cambiamenti climatici si è riverberato in tutto il Regno Unito e oltre. Dalla pubblicazione dell'impegno il 29 marzo 2023, più di 170 avvocati si sono impegnati a rifiutare il lavoro a sostegno di nuovi progetti di combustibili fossili o che intraprendono azioni contro i manifestanti per il clima che esercitano il loro diritto alla protesta pacifica. Tra i firmatari britannici di spicco della "Dichiarazione di [coscienza](#)" figurano Sir Geoffrey Bindman KC, presidente del British Institute of Human Rights, e Farhana Yamin, uno degli artefici dell'accordo di Parigi del 2015 sui cambiamenti climatici.

La dichiarazione è stata coordinata da Tim Crosland, un avvocato che è stato radiato dal Bar Standards Board all'inizio dell'anno per aver causato un notevole danno alla reputazione della professione facendo trapelare una sentenza della Corte Suprema su Heathrow. Ha detto che la dichiarazione è stata la prima volta nella storia del diritto che gli avvocati si sono impegnati in un atto collettivo di disobbedienza civile, e che c'è stata una "ondata di sostegno" in seguito alla pubblicazione dell'ultimo rapporto dell'Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC) [riassunto](#) della scienza del clima e [dell'incarcerazione](#) dei membri del gruppo della campagna Insulate Britain per oltraggio alla corte dopo aver parlato del cambiamento climatico in tribunale.

L'impegno si è rivelato controverso nel Regno Unito. Alcuni lo hanno visto come un gesto privo di significato, sottolineando che non tutti coloro che lo hanno firmato erano comunque in grado o probabilmente avrebbero lavorato nel campo dei combustibili fossili. Il problema principale, tuttavia, era che il pegno si scontra con la "regola del grado di cabina", che obbliga gli avvocati ad accettare lavori da qualsiasi cliente se hanno il tempo e l'esperienza

professionale. Alcuni dei firmatari si sono già deferiti al Bar Standards Board e affrontano la prospettiva di un'azione disciplinare.

Jolyon Maugham KC, fondatrice del Good Law Project che ha intentato molte azioni legali contro il governo britannico su questioni ambientali e sociali, ha firmato la dichiarazione ma è rimasta sorpresa dalla reazione. "Posso capire che qualcuno stia soppesando i rispettivi meriti della regola del grado di taxi e il ruolo che gli avvocati svolgono come ostetriche per i nuovi progetti sui combustibili fossili", ha detto. "Ma affermare, come molti hanno fatto, che è ovviamente più importante del ruolo della professione legale nell'affrontare il cambiamento climatico, penso solo alle banane".

Mentre molti avvocati hanno difeso la regola del grado di taxi, considerandola la chiave per un sistema giudiziario equo e funzionante, altri, come Richard Moorhead, professore di diritto ed etica professionale all'Università di Exeter, hanno suggerito che era giunto il momento per un dibattito più [serio](#) sull'etica della professione forense. Un tale dibattito potrebbe essere in procinto di entrare in pieno svolgimento. La settimana scorsa, Stephen Kenny KC, presidente del comitato etico del Consiglio dell'Ordine, [ha affermato](#) in modo provocatorio che gli avvocati possono rifiutarsi di accettare casi per una questione di coscienza, in circostanze estreme.

La dichiarazione è stata meno controversa tra gli avvocati, che non hanno tale restrizione professionale. Un mese dopo il lancio della dichiarazione, la Law Society ha pubblicato [una guida tanto attesa](#) sul cambiamento climatico per gli avvocati, che spiega i tipi di rischi che comporta per gli studi legali e i loro clienti, e quali sono le responsabilità legali degli avvocati quando forniscono consulenza. Rileva che gli obiettivi delle organizzazioni per ridurre le emissioni di gas a effetto serra "variano enormemente in termini di portata, completezza e ambizione", ma dovrebbero essere considerati "basati sulla scienza" solo se sono in linea con ciò che l'ultima scienza del clima ritiene necessario per soddisfare i 1.5°C Obiettivo dell'accordo di Parigi. La Law Society ha affermato che gli effetti del cambiamento climatico "sono di vasta portata e in continua evoluzione" e ha affermato che sarebbe importante che gli avvocati fossero consapevoli di questo panorama in evoluzione "e del suo potenziale impatto sulla loro organizzazione e sulla loro consulenza legale".

Nel frattempo, gli accademici che lavorano nei campi della criminologia, della penologia, del danno sociale, della criminalità e della polizia hanno promesso di prestare il loro pieno [sostegno](#) ai difensori del clima "che sono criminalizzati dallo stato". La dichiarazione sta avendo un impatto anche più lontano. Melinda Janki è coinvolta in diverse azioni legali contro il governo della Guyana che cerca di bloccare l'incipiente industria petrolifera offshore del paese con la motivazione che danneggerebbe l'ambiente e i diritti umani.

Ha firmato la dichiarazione e intende invitare altri avvocati in Guyana a seguirne l'esempio. "Chiedo ai miei colleghi legali di unirsi a me e ad altri avvocati che sono in prima linea nella lotta per sostenere lo stato di diritto e proteggere i nostri paesi e il pianeta dagli effetti letali dei combustibili fossili", ha affermato.

Tim Hirschel-Burns, Bernstein International Human Rights Fellow presso la Yale Law School e co-fondatore di Law Students for Climate Accountability, si è detto entusiasta di vedere una crescente attenzione sul ruolo degli avvocati e sulla crisi climatica. Anche se pensa che il Regno Unito sia stato "un po' più lento" ad avere queste conversazioni rispetto agli Stati Uniti, ha affermato che la guida della Law Society fornisce un potente modello per le sue controparti americane. Hirschel-Burns ha aggiunto che c'è stato un crescente interesse da parte degli studenti di giurisprudenza del Regno Unito per evidenziare le responsabilità legate al clima della professione legale e il calo dell'interesse a lavorare per le aziende di combustibili fossili. Crosland sta ora discutendo con avvocati di altri paesi, compresi i Paesi Bassi e l'Italia, sulla creazione di dichiarazioni simili.

[https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(23\)00105-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(23)00105-5/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

Il sistema Terra è squilibrato e la temperatura degli oceani batte ogni record. La Repubblica

Sara Carmignani

A marzo ed aprile hanno toccato i 21°C ma è dal 2006 che si osserva un'impennata del tasso di riscaldamento e questo a causa del calore accumulato dal Pianeta che viene assorbito dai mari. Preoccupa l'arrivo di El Niño

Non c'è più tempo per rimandare la discussione sul riscaldamento globale, e in particolare sulla situazione degli oceani, oggetto di diversi appelli da parte degli esperti. Come riporta un articolo pubblicato su The Conversation, a cura di Moninya Roughan, professoressa di oceanografia presso la University of New South Wales di Sydney (Australia), nei mesi di marzo e aprile le temperature della superficie oceanica hanno battuto ogni record storico, raggiungendo picchi di 21°C.

I mari e gli oceani agiscono come una sorta di climatizzatore per la Terra, spiega Roughan, assorbendo calore dall'atmosfera e ridistribuendolo in maniera più o meno omogenea a tutto il globo. Ma esistono ovviamente dei limiti e, soprattutto, per quanto lentamente, il calore assimilato dagli oceani dovrà prima o poi essere re-immesso nell'atmosfera.

"Il sistema climatico della Terra è in disequilibrio energetico", si legge in un articolo pubblicato su Earth System Science Data. "Il calore si è accumulato continuamente negli ultimi decenni, riscaldando l'oceano, la Terra, la criosfera e l'atmosfera".

Secondo quanto emerge dallo studio, fra il 1971 e il 2020, il "sistema Terra" ha accumulato un'enorme quantità di energia sotto forma di calore, misurato come la differenza fra la radiazione solare incidente e quella riflessa: circa l'89% di questo calore è stato assorbito dagli oceani.

E quel che preoccupa è soprattutto il fatto che, per il periodo che va dal 2006 al 2020, i ricercatori hanno osservato un'impennata del tasso di riscaldamento rispetto agli anni precedenti. "Questo riscaldamento planetario - prosegue l'articolo - è causato dall'essere umano e comporta cambiamenti senza precedenti al sistema Terra, con impatti negativi per gli ecosistemi e i sistemi umani. Finché questo squilibrio persiste (o addirittura aumenta) il pianeta Terra continuerà a guadagnare energia, aumentando il riscaldamento planetario". Per questo, il gruppo di ricerca chiede esplicitamente che questo "squilibrio energetico" della Terra venga inserito nel cosiddetto Bilancio Globale (Global Stocktake - GST) dell'Accordo di Parigi.

Per quanto riguarda in particolare la situazione degli oceani, secondo Roughan l'attuale picco di temperature potrebbe essere un "avviso" da parte di El Niño di un suo imminente ritorno. El Niño è un pattern climatico che interrompe la normale circolazione dei venti lungo la linea dell'equatore e, di conseguenza, delle correnti oceaniche. Questo causa una drastica riduzione del fenomeno cosiddetto di upwelling, in cui le acque oceaniche profonde risalgono non solo raffreddando lo stato superficiale dell'oceano, ma anche arricchendolo dei nutrienti di cui i pesci si cibano, come il fitoplancton.

La controparte di El Niño, La Niña, ha esattamente gli effetti opposti e, come riporta il sito del National Ocean Service, il loro ciclo di alternanza dura tipicamente dai 9 ai 12 mesi, ma può talvolta protrarsi per anni. Secondo gli esperti, l'arrivo di un nuovo El Niño potrebbe causare un ulteriore riscaldamento globale di 0.2°C, facendoci avvicinare o addirittura sorpassare il temuto +1.5°C.

https://www.repubblica.it/green-and-blue/2023/05/08/news/ondata_calore_oceani_riscaldamento_globale-398873441/?ref=RHRM-BG-P2-S1-T1

Inquinamento: ecco chi sono i killer micrometrici che avvelenano il nostro organismo. Sanità Informazione

De Gennaro (Sima) «Si chiamano PM2.5, sono particelle con un diametro aerodinamico inferiore ai 2,5 micrometri e per la loro dimensione estremamente ridotta possono oltrepassare gli alveoli polmonari, arrivando a circolare nel nostro sangue»

Isabella Faggiano

*Galleggiano nell'aria e finiscono nel nostro apparato respiratorio. Nello spazio che ci circonda ci sono delle polveri talmente sottili, invisibili all'occhio umano, da riuscire a penetrare nel nostro organismo e, attraverso gli alveoli polmonari, contaminare il nostro sangue. «Il tragitto delle particelle più piccole è così diretto, senza barriere efficaci, da poter essere paragonato ad un'iniezione endovenosa», spiega **Gianluigi de Gennaro**, membro del Comitato Scientifico della **SIMA** (Società Italiana di Medicina Ambientale) e docente di Chimica dell'Ambiente e Valutazione d'Impatto Ambientale presso l'Università Aldo Moro di Bari, in un'intervista a **Sanità Informazione**. Molte di queste particelle microscopiche, quelle che formano il cosiddetto particolato atmosferico, sono nocive per la salute umana e causano gravi patologie, per lo più croniche, a carico degli apparati respiratorio e cardiovascolare, ma anche tumori e mutazioni genetiche. «E non si tratta di ipotesi o possibilità – aggiunge de Gennaro -. La correlazione tra queste malattie e l'inquinamento atmosferico è ampiamente dimostrata da numerosi e autorevoli studi scientifici».*

I bambini italiani si ammalano di cancro il doppio rispetto alla media europea

*In età pediatrica, nel nostro Paese, è il cancro la prima causa di morte per malattia. Il numero delle nuove **neoplasie pediatriche** è doppio rispetto alla media europea, triplo se si considerano soli i casi al di sotto dell'anno di età. In tutto, ogni anno in Italia, sono 2.200 le nuove diagnosi tra bambini e adolescenti. «Affinché si possa invertire la rotta – dice il professore di Chimica dell'Ambiente e Valutazione d'Impatto Ambientale – è necessario, innanzitutto, rimuovere le esposizioni ai cancerogeni, ovvero le sostanze certamente cancerogene per l'uomo (Classe 1 IARC), per le quali occorre attivare mirate azioni di prevenzione primaria, e quelle probabili o sospette cancerogene (Classe 2 IARC), classificate come tali dall'Agenzia Internazionale di Ricerca sul cancro, a cui dovrebbe applicarsi il principio di precauzione sancito nei trattati di funzionamento dell'Unione Europea».*

Lo studio: bambini con zainetti in spalla per misurare l'inquinamento

*Ma quanto i nostri bambini sono effettivamente esposti all'inquinamento atmosferico? Per rispondere a questa domanda Dyson ha commissionato una ricerca scientifica, realizzata nell'ambito del progetto didattico "La scienza dell'aria". Nove studenti milanesi hanno trascorso due intere settimane indossando uno zainetto dotato di batteria, Gps e sensori in grado di rilevare agenti inquinanti. In questo modo è stato possibile monitorare non solo l'esposizione all'inquinamento durante il percorso da e verso la scuola, ma anche all'interno della propria casa e negli ambienti confinati normalmente frequentati. Risultato? **PM2.5, NO₂ e VOC sono i principali inquinanti** a cui nostri figli sono quotidianamente esposti.*

Il tuo Comune non rispetta la normativa sulla qualità dell'Aria

Cosa c'è nell'aria che respiriamo

«Le PM2.5 (ovvero particelle con diametro aerodinamico inferiore ai 2,5 micrometri) sono proprio tra quelle particelle che, per la loro dimensione estremamente ridotta, possono oltrepassare i nostri alveoli polmonari, arrivando a circolare nel nostro sangue -, spiega l'esperto della SIMA -. Sono soprattutto gli **impianti di riscaldamento domestici** (durante la stagione invernale) e le emissioni dei tubi di scappamento delle auto le principali fonti di inquinamento atmosferico in quelle aree urbane in cui non è presente una particolare attività industriale. Anche se, pure il contatto degli pneumatici con l'asfalto e l'usura dei freni, comprese quelli delle auto "non inquinanti", possono generare PM 2.5 e PM 10», aggiunge lo specialista.

Strada che fai, inquinamento che trovi

La concentrazione di queste particelle, infatti, può variare da una strada all'altra, e da un'ora all'altra, a seconda dell'intensità del traffico. Confrontando i dati raccolti attraverso gli zainetti indossati dai bambini che hanno partecipato all'indagine, infatti, è stato possibile indentificare **percorsi meno inquinati** per raggiungere la scuola e per fare ritorno a casa. «Il biossido di azoto (NO2) rilevato in atmosfera nel corso della stessa ricerca – prosegue il professore De Gennaro – viene sprigionato ogni qual volta vi è una reazione di combustione ad alta temperatura, indipendentemente dal tipo di combustibile, in cui l'aria è comburente (ovvero la miscela contenente ossigeno che agisce come ossidante di un combustibile durante la combustione, ndr)».

L'inquinamento indoor

L'ultimo elemento rilevato dai sensori dagli zainetti sono i VOC (volatile organic compounds), tra i principali responsabili dell'inquinamento indoor. «Questi componenti inquinanti possono letteralmente invadere le nostre case, gli uffici, le palestre. Alcuni studi hanno mostrato come **l'inquinamento indoor**, laddove non si provveda ad un adeguato ricambio dell'aria, possa superare anche di cinque volte quello presente all'esterno. Questi gas, alcuni dei quali nocivi per la salute, possono essere rilasciati durante la cottura dei cibi, soprattutto se non si utilizza una cappa di aspirazione e ventilazione, da prodotti per la pulizia domestica, mobili, pitture e complementi di arredo», dice de Gennaro.

Aria più pulita: si può

Lo zaino ha rilevato un notevole aumento di PM 2,5 e di VOC durante i momenti di preparazione della cena, in particolare nel caso di cibi fritti. Una concentrazione di VOC è stata registrata anche nei luoghi chiusi, come ad esempio la palestra, probabilmente a causa dei prodotti utilizzati per l'igiene.

Ma una buona notizia c'è. Nel fine settimana, quando i bambini sono stati fuori città per una gita, lo zaino ha registrato significative riduzioni dei livelli di biossido di azoto e della presenza di polveri sottili. «È l'ennesima conferma che la qualità dell'aria che respiriamo dipende esclusivamente dalle azioni di ognuno di noi. E, soprattutto – conclude de Gennaro – che renderla più pulita si può».

https://www.sanitainformazione.it/salute/inquinamento-aria-sima-killer-organismo/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl23052023&utm_content=sif



LIBERI DI RESPIRARE

Qualità dell'aria

I dati riportati nelle infografiche sono stati raccolti con il contributo scientifico della **Società Italiana di Medicina Ambientale (SIMA)**

<https://almanacco.cnr.it/articolo/9588/consulcesi-group-presenta-liberi-di-respirare-e-lancia-azione-collettiva-aria-pulita>



SOCIETÀ

Preoccupazioni ambientali e comportamenti ecocompatibili

PREVALE LA PREOCCUPAZIONE PER I CAMBIAMENTI CLIMATICI E LA QUALITÀ DELL'ARIA

Sale la preoccupazione per i cambiamenti climatici (56,7% rispetto al 52,2 nel 2021), stabile quella per l'inquinamento dell'aria. Sono i due temi ambientali che preoccupano oltre il 50% dei cittadini nel 2022. Seguono lo smaltimento dei rifiuti e l'inquinamento acqua (intorno al 40%)

QUALITÀ DELL'ARIA PROBLEMA COSTANTE DEGLI ULTIMI VENTI ANNI

Nel 2022 oltre la metà dei cittadini esprime preoccupazione per la qualità dell'aria, quota pressoché stabile dal 1998 (primo anno di rilevazione).

CRESCE LA PREOCCUPAZIONE PER L'EFFETTO SERRA

Nel 2022 l'effetto serra preoccupa il 37,6% delle persone di 14 anni e più, contro il 34,9% del 2021.

RUMORE, INQUINAMENTO ELETTROMAGNETICO E DETERIORAMENTO DEL PAESAGGIO I PROBLEMI MENO SENTITI

Oscilla tra il 10% e il 12% la percentuale di persone che considerano l'inquinamento acustico, quello elettromagnetico e il deterioramento del paesaggio tra le prime cinque preoccupazioni per l'ambiente.

FORTE ATTENZIONE ALLA CONSERVAZIONE DELLE RISORSE NATURALI

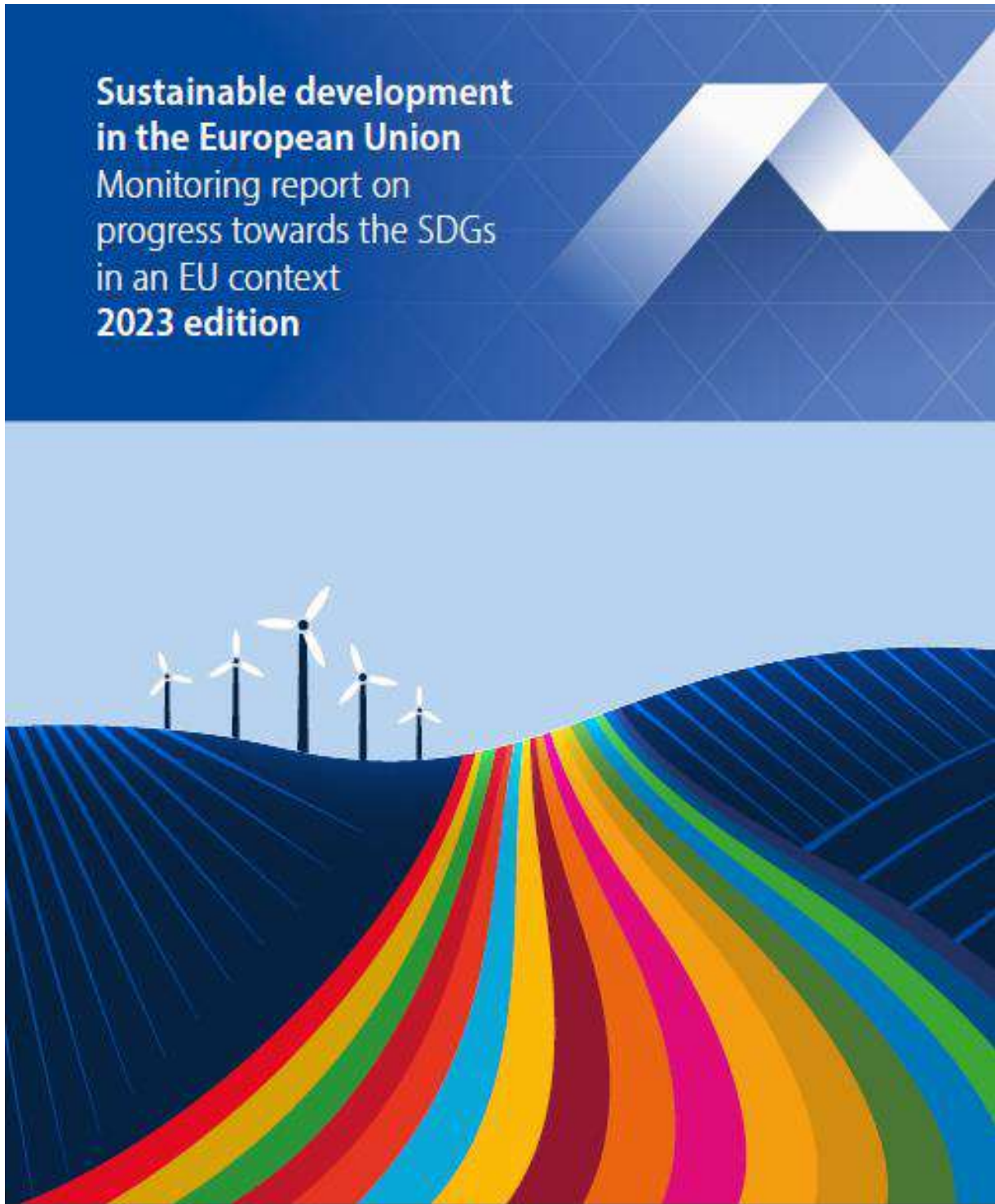
I cittadini sono molto attenti alla conservazione delle risorse naturali. Nel 2022 cresce, assestandosi al 69,8%, la quota di quanti fanno abitualmente attenzione a non sprecare energia. In crescita anche quanti sono attenti a non sprecare acqua: il 67,6% contro il 65% del 2021.

COMPORAMENTI POLARIZZATI TRA NORD E SUD DEL PAESE

Nel Mezzogiorno si è più propensi a non usare prodotti usa e getta (25,2% delle persone di 14 anni e più nel 2022) e ad acquistare prodotti a chilometro zero (26,9%). Al Nord si evita soprattutto la guida rumorosa per mitigare l'inquinamento acustico (52,3%) e si usano di più i mezzi di trasporto alternativi (19,8%).

www.istat.it

<https://www.istat.it/it/archivio/272940>



Contents

Forewords	4
Acknowledgements	6
Synopsis	9
Introduction	19
Short-term trends affecting SDG progress	31
1. SDG 1: No poverty	39
2. SDG 2: Zero hunger	55
3. SDG 3: Good health and well-being	69
4. SDG 4: Quality education	87
5. SDG 5: Gender equality	103
6. SDG 6: Clean water and sanitation	119
7. SDG 7: Affordable and clean energy	133
8. SDG 8: Decent work and economic growth	149
9. SDG 9: Industry, innovation and infrastructure	165
10. SDG 10: Reduced inequalities	183
11. SDG 11: Sustainable cities and communities	203
12. SDG 12: Responsible consumption and production	219
13. SDG 13: Climate action	235
14. SDG 14: Life below water	251
15. SDG 15: Life on land	265
16. SDG 16: Peace, justice and strong institutions	283
17. SDG 17: Partnerships for the goals	299
Member State overview	315
Spillover effects	335
Annex I: Methodological notes	345
Annex II: Countries, measurement units and abbreviations	354

<https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-flagship-publications/-/ks-09-22-019>

Osservata una stella che inghiotte il suo pianeta. È quel che accadrà anche alla Terra.

La Repubblica

Elena Dusi



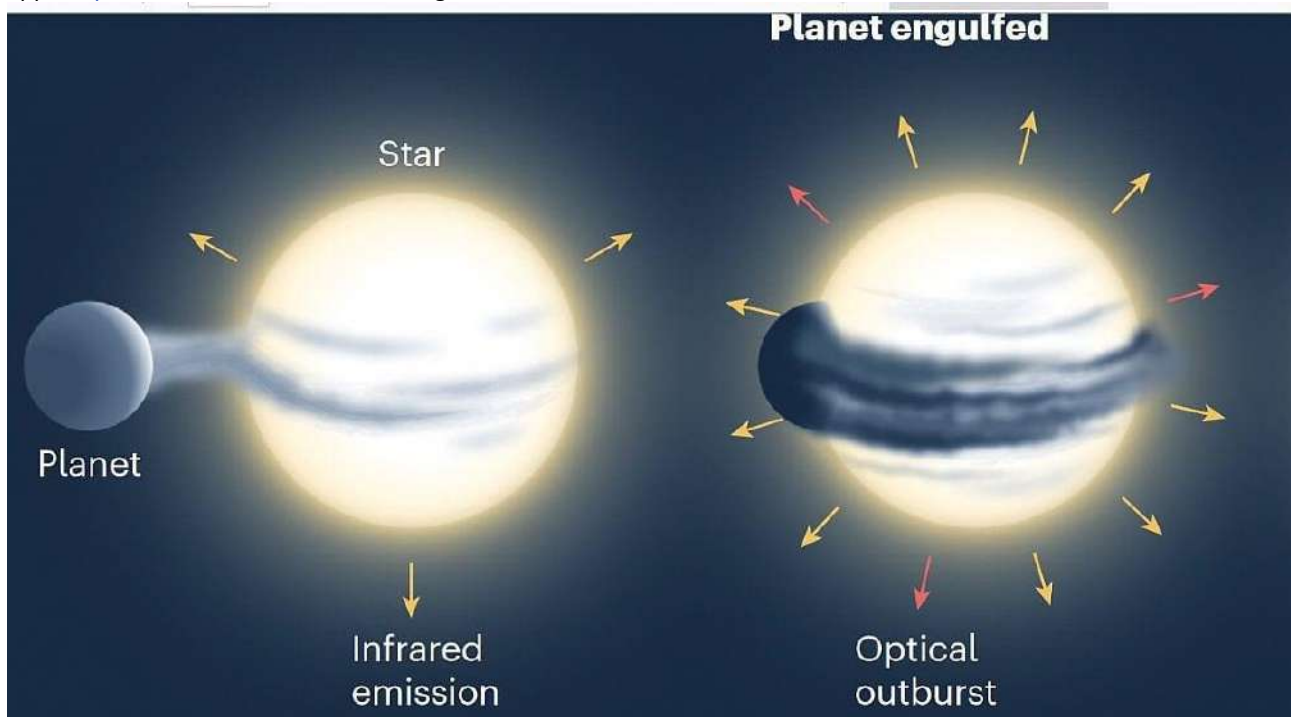
L'immagine del pianeta inghiottito dalla stella. International Gemini Observatory/NOIRLab/NSF/AURA/M. Garlick/M. Zamani

Il Sole, fra 5 miliardi di anni, esaurirà il combustibile e si espanderà, inglobandoci. Gli astronomi americani hanno osservato per la prima volta il fenomeno a 12mila anni luce da noi. "Abbiamo visto il futuro della Terra"

Non sappiamo se fosse abitato, il pianeta osservato dagli astronomi del MIT nel momento in cui era inghiottito dal suo Sole. Né sappiamo se altri esseri viventi osserveranno la Terra, quando anche lei subirà lo stesso destino, fra cinque miliardi di anni.

Conosciamo solo la storia di molte stelle che alla fine della loro vita si espandono e fagocitano pianeti che avevano nutrito con il loro calore per milioni di generazioni.

Questa però è la prima volta che lo vediamo accadere davvero. "Abbiamo osservato il futuro della Terra", ha commentato Kishalay De, astrofisico del MIT (Massachusetts Institute of Technology), nel descrivere la ricerca appena [pubblicata](#) su Nature con i colleghi di Harvard e del Caltech.



Il pianeta inghiottito era grande più o meno come Giove. Si trovava nella Via Lattea, a 12mila anni luce da noi, vicino alla costellazione dell'Aquila. Gli astronomi hanno notato un lampo di radiazione provenire dalla stella, che dopo il pasto

è diventata 100 volte più brillante. "Stavamo assistendo alla fase finale del processo, quella in cui il pianeta viene fagocitato" ha spiegato De.

Quel che abbiamo visto a distanza di sicurezza dall'osservatorio del Monte Palomar, in California, fra molto tempo ci coinvolgerà direttamente.

L'osservatorio del monte Palomar

Quando le stelle esauriscono il loro carburante infatti iniziano a espandersi, diventando giganti rosse migliaia o milioni di volte più voluminose rispetto allo stadio iniziale, arrostando e poi inglobando tutto quel che trovano attorno a sé: nel caso del sistema solare Mercurio, Venere, Terra e forse anche Marte.

Questo destino, per il Sole, che è arrivato a circa metà della sua vita, è previsto fra 5 miliardi di anni. Dopo il suo ultimo pasto, anche la sorte della nostra stella è però segnata: questione di tempo, ma presto o tardi si spegnerà del tutto.

"Se un'altra civiltà ci osservasse da 10mila anni luce mentre il Sole inghiotte la Terra, vedrebbe il Sole diventare all'improvviso brillante ed emettere del materiale, come una nuvola di polvere, prima di tornare come prima" prosegue De.

"Per decenni abbiamo osservato il prima e il dopo: pianeti che orbitano ormai molto vicino alle loro stelle o pianeti già inghiottiti. Quel che ci mancava era l'esatto momento in cui il pianeta incontrava il suo destino. È questo che rende la nostra scoperta così entusiasmante".

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/05/03/news/osservata_una_stella_che_inghiotte_il_suo_pianeta_e_quel_che_accadrà_anche_alla_Terra-398604270/?ref=RHLF-BG-P15-S1-T1



Covid: l'Oms dichiara conclusa l'emergenza sanitaria globale. Il Sole24 ore

Red.San.

"È con grande speranza che dichiaro che il Covid-19 non è più un'emergenza sanitaria globale". Lo ha detto il direttore generale dell'Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, nel corso di una conferenza stampa aggiungendo che "ciò non significa che il Covid-19 sia finito come minaccia per la salute globale".

L'emergenza globale era stata dichiarata il 30 gennaio 2020: più di tre anni dopo, il virus ha causato circa 764 milioni di casi a livello globale e circa 5 miliardi di persone hanno ricevuto almeno una dose di vaccino. "All'inizio della pandemia - ha ricordato Ghebreyesus - fuori dalla Cina c'erano circa 100 casi di Covid-19 e non vi erano morti dichiarati. In tre anni da quel momento il mondo si è capovolto: circa 7 milioni di morti sono stati riportati dall'Oms, ma noi sappiamo che la stima è di molte volte maggiore, pari almeno a 20 milioni di morti".

Nell'ultimo anno, il Comitato di emergenza e l'Oms hanno analizzato attentamente i dati e valutato quando sarebbe stato il momento giusto per abbassare il livello di allarme. "Per più di un anno - ha continuato Ghebreyesus - la pandemia ha avuto una tendenza al ribasso, con l'aumento dell'immunità della popolazione a causa di vaccinazioni e delle infezioni, la diminuzione della mortalità e l'allentamento della pressione sui sistemi sanitari. Questa tendenza ha permesso alla maggior parte dei paesi di tornare alla vita come la conoscevamo prima". Quindi il Comitato tecnico dell'Oms, ha detto Ghebreyesus, "ha raccomandato la fine dello stato di emergenza ed io ho accettato l'indicazione".

Ora, però, serve cautela. "Resta il rischio di nuove varianti emergenti che possono causare nuove ondate di casi e morti. La cosa peggiore che i paesi possano fare ora - ha avvertito il direttore dell'Oms - è usare questa notizia per abbassare la guardia, per smantellare il sistema che hanno costruito e per lanciare alla gente il messaggio che il Covid non è più qualcosa di cui preoccuparsi".

"Questo è un momento da celebrare ma è anche un momento per riflettere - ha concluso Ghebreyesus -. Deve restare l'idea della potenziale minaccia di altre pandemie. Ora abbiamo strumenti e tecnologie per prepararci a pandemie meglio e riconoscerle prima, ma globalmente una mancanza di coordinamento potrebbe inficiare tali strumenti. Sono state perse vite che non dovevano essere perse, promettiamo ai nostri figli e nipoti che non faremo mai più gli stessi errori".

"Da oggi possiamo dire che l'emergenza sanitaria Covid-19 è alle nostre spalle" ha commentato dal canto suo il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**. "Il mio pensiero - ha aggiunto - va innanzitutto ai medici e agli operatori sanitari e sociosanitari che non hanno risparmiato energie per combattere questo incubo globale e alle persone che non ce l'hanno fatta. In loro memoria non dobbiamo dimenticare questa terribile esperienza e dobbiamo rafforzare la ricerca, le strutture sanitarie e l'assistenza territoriale perché non accada mai più niente di simile".

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/europa-e-mondo/2023-05-05/covid-oms-dichiara-chiusa-emergenza-sanitaria-globale-154824.php?uuid=AE8K75PD&cmpid=nlqf>

Cina, nuova ondata di Covid-19 prevista a fine giugno: 65 milioni di casi a settimana.

La Repubblica

Natasha Caragnano

La previsione dell'epidemiologo Zhong Nanshan insieme all'annuncio della produzione di due nuovi vaccini per combattere la variante Xbb, ormai la più diffusa nel Paese

Dopo l'allentamento delle rigide restrizioni, avvenuto a dicembre in seguito [alle proteste contro la politica di "tolleranza zero"](#), una nuova ondata di Covid-19 rischia di colpire la Cina. "A fine giugno raggiungeremo il picco di 65 milioni di contagi alla settimana", ha avvertito Zhong Nanshan, principale esperto di malattie respiratorie nel Paese e consulente del governo per affrontare la pandemia. Ma la previsione di Zhong non preoccupa media e autorità, più spaventati dalla possibilità che ulteriori misure per prevenire i contagi possano tornare a mettere in ginocchio l'economia del Paese.

Intervenendo al Greater Bay Area Science Forum di Guangzhou, la capitale della provincia sudorientale del Guangdong, l'epidemiologo considerato "l'eroe della Sars" ha precisato che le autorità cinesi avevano già previsto la nuova ondata innescata dalla variante [Xbb](#) di Sars-CoV-2, ormai dominante nel Paese dove i contagi raggiungeranno i 40 milioni a settimana già a fine maggio.

Secondo il China Center for Disease Control and Prevention (China CDC), il tasso di infezione da Xbb è aumentato dallo 0,2% a metà febbraio al 74,4% a fine aprile, e poi all'83,6% all'inizio di maggio. Le percentuali continueranno ad aumentare, ma per fermare le minacce di una nuova ondata le autorità cinesi hanno già approvato due [vaccini](#) prodotti in casa che verranno presto messi in commercio. A questi se ne aggiungeranno a breve altri due, o addirittura tre. "Sullo sviluppo di vaccini più efficaci, stiamo correndo e siamo davanti ad altri Paesi", ha commentato Zhong dandone l'annuncio durante il forum.

Per la National Health Commission della Repubblica Popolare Cinese le varianti Xbb, ricombinanti di Omicron, mostrano una trasmissibilità e una fuga immunitaria superiori a Omicron, ma senza cambiamenti significativi in termini di patogenicità. L'ondata in corso non dovrebbe dunque produrre sugli ospedali cinesi gli effetti travolgenti visti lo scorso inverno, ha detto al Global Times - il tabloid in lingua inglese del Partito - Wang Guangfa, un esperto di malattie respiratorie del Peking University First Hospital. Anche perché i sintomi di una reinfezione sono "molto più lievi", ha assicurato.

Se la previsione di Zhong si rivelasse esatta si tratterebbe della seconda ondata di contagi da quando la Cina ha rinunciato alla sua politica "Zero Covid" il 7 dicembre. Anche se i numeri, almeno per ora, sono molto meno allarmanti rispetto alla prima. Lo scorso gennaio, infatti, i casi avevano raggiunto il picco di 37 milioni in un solo giorno. Rimangono però [i dubbi sul reale numero di contagi](#) e morti rispetto alla prima ondata: per le autorità cinesi i decessi sarebbero stati meno di 40, mentre il gruppo di ricerca britannico Airfinity ne ha contati almeno 209mila. Con la fine dell'approccio di "tolleranza zero" la Cina ha "ristretto" la definizione di mortalità da Covid-19 e adesso solo le persone morte per insufficienza respiratorio, dovuta al virus, vengono contate tra i decessi per Covid-19.

https://www.repubblica.it/esteri/2023/05/23/news/cina_covid_nuova_ondata_variante_xbb-401425449/?ref=RHLF-BG-I401435254-P2-S1-T1

Covid, possibili contagi da varianti diverse: le cinque che ci minacciano. La Repubblica

Donatella Zorretto

Secondo una ricerca la pandemia in regressione sta lasciando un 'brodo' di varianti ugualmente pericolose: Kraken in testa, Arturo in crescita. Pregliasco: "Il virus sta cercando di continuare a essere competitivo"

Il salto di qualità c'è stato. La pandemia Covid si è ridimensionata al punto da far dire al presidente dell'Aifa (Agenzia Italiana del Farmaco) Giorgio Palù: "Ne dovrebbe essere dichiarata la fine: credo che l'Organizzazione mondiale della Sanità sia prossima a farlo e il ritardo sia dovuto a un residuo di prudenza". Tuttavia, questo è anche il periodo in cui, se ci si contagia (e le nuove infezioni sono pure in aumento), ciò può avvenire per mano di varianti diverse: cinque, per la precisione, tutte egualmente derivanti da Omicron, e tutte potenzialmente allo stesso modo pericolose.

L'analisi in uno studio

Lo chiamano, con linguaggio volutamente colorito, 'brodo' di varianti, fenomeno a cui collegano lo scemare della pandemia. All'origine di questa interpretazione c'è uno studio pubblicato sulla rivista [European Journal of Internal Medicine](#). E gli ultimi dati su SARS-CoV-2 suggeriscono che probabilmente ci si stia avvicinando a un periodo post-epidemico, caratterizzato, appunto, dalla presenza di un miscuglio di varianti allo stesso modo veloci. Lo sostiene Fabio Angeli, dell'Università dell'Insubria, autore senior del lavoro. Che conferma: "È verosimile che ci stiamo dirigendo verso una nuova era in cui il virus pian piano ridurrà le sue caratteristiche di diffusività e letalità". I ricercatori spiegano che in questi tre anni di pandemia i meccanismi alla base dell'infezione e della replicazione virale sono rimasti gli stessi, ma SARS-CoV2 ha continuato a mutare, generando nuove varianti più o meno pericolose per la salute umana".

Cos'è cambiato dal gennaio 2022

Dal gennaio 2022 si è registrata, per così dire, una sterzata della pandemia nell'identificazione di diverse sottovarianti Omicron con caratteristiche genetiche differenti. L'ultima in ordine di tempo è XBB.1.16, nota come [Arcturus \(Arturo\)](#), rilevata per la prima volta in India, con tre nuove mutazioni nella proteina spike SARS-CoV-2 (E180V, F486P e K478R) rispetto al suo lignaggio genitore. E la co-trasmissione di diverse varianti sta innescando un comportamento competitivo che può influenzare le dinamiche della pandemia. A tale proposito diversi modelli matematici hanno tentato di risalire a questo fenomeno.

I modelli matematici

Gli esperti ne citano due. Il primo è stato costruito considerando l'immunità incrociata nonché la fuga immunitaria, e utilizzato per analizzare la relazione competitiva tra ceppi Omicron e non Omicron, ipotizzando che la competizione tra ceppi possa influenzare non solo la dimensione finale e il tempo di sostituzione delle varianti, ma anche la possibile comparsa di nuove. Tuttavia, questo modello presenta alcuni limiti: non tenere conto dell'eterogeneità della popolazione e degli effetti delle misure non farmaceutiche.

Il secondo modello in uso è di tipo Sir (Susceptible-Infected-Recovered) modificato, e si è concentrato sulla competizione tra diversi ceppi del virus sotto gli effetti della vaccinazione, suggerendo che la concorrenza dei ceppi implica inevitabilmente l'estinzione di uno degli stessi, e che quello vincitore rimarrà endemico a lungo termine. "In ogni caso - sottolineano gli autori - il monitoraggio delle varianti SARS-CoV-2 rimane importantissimo, e sarà importante anche chiarire meglio gli effetti delle restrizioni e della vaccinazione sull'evoluzione del virus".

Le varianti che ora ci minacciano

Dunque le mutazioni Covid in circolazione in questo momento sono diverse e tutte in grado di contagiare. Quali? Si consolida [Kraken](#) (XBB.1.5) a cui si riferisce il 47,9% delle sequenze globali, mentre sono in crescita XBB.1.9.1 (Hyperion) e XBB.1.16 (Arcturus), rispettivamente al 7,6% e al 4% delle sequenze. E poi ci sono Cerberus (Bq.1 e Bq.1.1), al 9,7 e Centaurus (BA.2.75), al 6,3.

Secondo l'ultimo report Oms (Organizzazione mondiale della sanità) , dal 13 marzo al 9 aprile si sono avuti 3 milioni i casi di Covid nel mondo, mentre i decessi sono stati 23 mila. Il trend è in discesa in Europa (-22%), Americhe (-33%), Pacifico Occidentale (-39%), Africa (-45%); i casi sono invece aumentati nel Sud-Est asiatico (+481%) e nell'Est Mediterraneo (+144%). Nonostante la crescita, in queste ultime regioni il numero assoluto di contagi resta limitato: rispettivamente 80mila e 52mila, pari al 5% dei contagi globali.

Pregliasco: "Possibile infettarsi da varianti diverse"

La pandemia è al tramonto, ma quanto ci si può ancora infettare? Questa è la domanda che induce Fabrizio Pregliasco a una premessa: "La pandemia non ha modalità formali standardizzate che ci consentano di stabilire quando possa finire - evidenza -. Semmai questa deduzione deriva da una valutazione d'insieme, che si basa sull'impatto su ospedali e servizio sanitario. Se guardiamo a questi due indici, non possiamo che dire che la situazione sia migliorata. Come pure la percezione della pericolosità del virus, anche se in realtà rimane la presenza della malattia endemica e l'effetto sulla salute".

Secondo Pregliasco, la presenza del Covid rimarrà, agendo "come onde provocate da un sasso nello stagno". "Siamo in una fase in cui abbiamo meno paura, ci sono i vaccini, riusciamo a gestire la malattia e l'andamento numerico dei contagi è basso - prosegue -. Le varianti che si selezionano presentano una maggiore contagiosità, una minore patogenicità e riescono a schivare le difese immunitarie delle persone. Quindi avremo l'andamento a onde ricorrenti di cui parlavo nella popolazione mondiale, in funzione dell'immunità acquisita. Perché uno zoccolo duro di risposta immunitaria al Covid ce lo siano costruiti tutti. In India, ad esempio, le cose non vanno bene perché ci sono numerose situazioni di mancata vaccinazione o di un andamento non sincrono con altre nazioni".

Dunque cosa dobbiamo aspettarci? "Ora il virus sta cercando di continuare a essere competitivo - conclude Pregliasco -. E siccome commette molti errori è come se fossero tentativi continui di affermarsi. Se e quanto possiamo ancora infettarci? Abbiamo varianti che emergono e sono egualmente prevalenti. È certamente possibile infettarsi da varianti diverse".

I contagi nel mondo

Un'occhiata, infine, alla situazione dei contagi nel mondo? Il maggior numero di infezioni Covid è stato registrato negli Stati Uniti (455mila negli ultimi 28 giorni), seguiti da Russia (292mila) e Corea del Sud (275mila). Gli Usa registrano anche il più alto numero di decessi (5.571 negli ultimi 28 giorni), seguiti da Regno Unito (2.708) e Brasile (1.246).

L'Oms ha segnalato che non è riportato un aumento della severità dell'infezione associata alle nuove varianti e che un recente studio su XBB.1.16 ha mostrato un vantaggio di crescita rispetto a XBB e XBB.1.5, ma non una maggiore capacità di sfuggire al sistema immunitario.

https://www.repubblica.it/salute/2023/04/28/news/covid_varianti_contagi_infezioni-397719425/?ref=RHVB-BG-I270679801-P4-S1-T1

la Repubblica

Covid, l'assalto delle nuove varianti XBB: ecco perché fanno paura. La Repubblica

Donatella Zorzetto

In Cina, a partire da giugno, le mutazioni SARS-CoV-2 minacciano 65 milioni di contagi alla settimana. Sotto osservazione Kraken, Arturo e la nuova arrivata Acrux

La sua prima comparsa, la sigla XBB, a indicare una nuova variante Covid 'figlia' di Omicron, l'ha fatta ad agosto 2022: in quel caso l'attenzione era puntata su Gryphon (XBB appunto), seguita nei mesi successivi da una serie di altre varianti SARS-CoV-2.

Ora, a distanza da cinque mesi, con l'Oms che il 5 maggio scorso ha dichiarato la fine dell'emergenza pandemica, il virus ci mette lo zampino e torna in primo piano. Con l'emergenza che rischia di travolgere la Cina. È il gruppo di varianti XBB, tra cui Kraken, Arturo e l'ultima arrivata, Acrux, a minacciare seriamente il Paese asiatico. All'orizzonte ci sono, a partire da giugno, 65 milioni di contagi Covid alla settimana.

Cosa preoccupa la Cina

La famiglia Omicron, quindi, si rinfoltisce. Ne sa qualcosa la Cina, per cui l'orologio sta andando all'indietro, fermandosi prima della fine dell'emergenza Covid decretata dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il Paese si prepara ad affrontare una nuova ondata Covid che arriverà al suo picco a fine giugno, con 65 milioni di casi a settimana.

Lo sostiene Zhong Nanshan, considerato il massimo esperto cinese di malattie respiratorie, citato dal Global times. Zhong ha fatto queste osservazioni durante un forum scientifico a Guangzhou rivelando anche che presto saranno immessi sul mercato due nuovi vaccini per contrastare la variante XBB e aggiungendo che probabilmente altri tre o quattro saranno approvati a breve.

In anticipo sui vaccini

"Nello sviluppo di vaccini più efficaci, siamo in anticipo rispetto agli altri Paesi", sostiene l'esperto. E ha mostrato proiezioni che rivelano che in Cina un piccolo picco di infezioni Covid è probabile già alla fine di maggio, con circa 40 milioni di infezioni alla settimana.

Entro la fine di giugno, l'epidemia dovrebbe raggiungere circa 65 milioni di contagi a settimana. Perché, secondo il Centro cinese per il controllo e la prevenzione delle malattie (China Cdc), le varianti XBB hanno portato il tasso di infezione dallo 0,2% di metà febbraio al 74,4% di fine aprile e infine all'83,6% di inizio maggio.

Varianti che galoppo

La sottovariante XBB (Gryphon) ha generato una serie di 'figlie': l'ultima è XBB.2.3, chiamata Acrux, è stata inserita il 18 maggio dall'Oms nell'elenco delle varianti sotto monitoraggio. Mutante di SARS-CoV-2, è 'sorella' di quella che già era una nuova mutazione sorvegliata in India, negli Stati Uniti, in Spagna e in alcune regioni asiatiche. A intercettarla era stato l'ospedale Sacco di Milano, confermando che si trattava del secondo caso italiano di XBB.2.3.2.

Oggi le varianti "osservate speciali" sono Kraken (XBB.1.5) che, sebbene sia ancora la più rilevata nel mondo (in 110 Paesi), ha un trend in calo da settimane e Arturo (XBB.1.16), che al contrario continua a crescere ed è segnalata in una cinquantina di Paesi.

Sotto monitoraggio

Oltre ad Acrux, tra le varianti sotto monitoraggio (perché in aumento) ci sono XBB.1.9.1 (Hyperion), XBB (Gryphon) e XBB.1.9.2. Le evidenze disponibili, spiega l'Oms, non mostrano un aumento della gravità per i lignaggi discendenti di XBB. Uno studio epidemiologico condotto a Singapore, con l'obiettivo di valutare la gravità delle varianti SARS-CoV-2 in 3.798 partecipanti, non ha trovato significative differenze nell'infezione da Covid o negli esiti dei ricoveri tra i lignaggi discendenti da XBB, inclusi Arturo e Kraken. Inoltre, un recente studio di laboratorio ha mostrato che XBB.1.16 e XBB.1.5 hanno caratteristiche di immunoevasione simili.

L'Oms: Vaccini da aggiornare"

Per frenare l'avanzata delle XBB secondo l'Oms bisogna partire da una urgenza: aggiornare i vaccini. Per questo, l'Organizzazione mondiale della sanità rimarca: i vaccini attualmente approvati contro il Covid "continuano a fornire una protezione sostanziale contro la malattia grave e la morte, che è l'obiettivo primario della vaccinazione Covid" e devono continuare ad essere utilizzati. "La protezione contro la malattia sintomatica è limitata e meno duratura - precisa l'Oms - e sono necessarie nuove formulazioni dei vaccini per migliorare la protezione contro la malattia sintomatica".

Ma come potrebbero essere i vaccini nel prossimo futuro? Una risposta la dà uno studio, pubblicato sulla rivista Immunity, condotto dagli scienziati della Central Clinical School, alla Monash University di Melbourne. Risposta che, sintetizzata, recita così: la durata dell'efficacia dei vaccini dipende dalla loro capacità di stimolare la produzione di uno specifico sottotipo di cellula immunitaria. Il team di scienziati arrivato a queste conclusioni, guidato da David Tarlinton e Marcus Robinson, ha utilizzato un modello murino per analizzare la durata della vita delle cellule che secernono anticorpi, identificando marcatori di superficie che ne indicano la longevità. Questi risultati, commentano gli autori, potrebbero rivoluzionare le tecniche di prevenzione farmacologica delle malattie e delle infezioni

https://www.repubblica.it/salute/2023/05/23/news/covid_nuova_variante_xbb_cina-401452065/?ref=RHLF-BG-I401522214-P1-S1-T1

Efficacia ed efficacia dei vaccini inattivati contro COVID-19 sintomatico, COVID-19 grave e esiti clinici di COVID-19 nella popolazione generale: una revisione sistematica e una meta-analisi. The Lancet Regional Health

Martin Law ^h, Sam SH Ho ^h, Gigi KC Tsang, Clarissa MIA Ho, Christine M.Kwan, Vincent Ka Chun Yan et al. Pubblicato: 20 maggio 2023 DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100788>

Abstract

I vaccini inattivati a virione intero sono stati ampiamente utilizzati nella pandemia SARS-CoV-2. La sua efficacia e l'efficacia tra le regioni non sono state valutate sistematicamente. L'efficacia si riferisce alle prestazioni di un vaccino in un ambiente controllato. L'efficacia si riferisce a quanto bene si comporta in contesti del mondo reale.

Metodi

Questa revisione sistematica e meta-analisi ha esaminato le prove pubblicate e sottoposte a revisione paritaria su tutti i vaccini inattivati approvati dall'OMS e ne ha valutato l'efficacia e l'efficacia contro l'infezione da SARS-CoV-2, l'infezione sintomatica, gli esiti clinici gravi e il COVID-19 grave. Abbiamo cercato Pubmed (incluso MEDLINE), EMBASE (tramite OVID), Web of Science Core Collection, Web of Science Chinese Science Citation Database e [Clinicaltrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov).

Risultati

Il pool finale comprendeva 28 studi che rappresentavano oltre 32 milioni di individui che riportavano l'efficacia o le stime dell'efficacia della vaccinazione completa utilizzando qualsiasi vaccino inattivato approvato tra il 1° gennaio 2019 e il 27 giugno 2022. Sono state trovate prove dell'efficacia e dell'efficacia contro l'infezione sintomatica (OR 0,21, 95% CI 0,16–0,27, $I^2 = 28\%$ e OR 0,32, 95% CI 0,16–0,64, $I^2 = 98\%$, rispettivamente) e infezione (OR 0,53, 95% CI 0,49–0,57, $I^2 = 90\%$ e OR 0,31, IC 95% 0,24–0,41, $I^2 = 0\%$, rispettivamente) per le prime varianti preoccupanti di SARS-CoV-2 (VoC) (Alpha, Delta) e per la diminuzione dell'efficacia del vaccino con VoC più recenti (Gamma, Omicron). L'efficacia è rimasta robusta contro il ricovero in terapia intensiva correlato a COVID (OR 0,21, 95% CI 0,04–1,08, $I^2 = 99\%$) e la morte (OR 0,08, 95% CI 0,00–2,02, $I^2 = 96\%$), sebbene stime di efficacia contro ospedalizzazione (OR 0,44, 95% CI 0,37–0,53, $I^2 = 0\%$) erano incoerenti.

Interpretazione

Questo studio ha dimostrato l'efficacia e l'efficacia dei vaccini inattivati per tutti gli esiti, sebbene la segnalazione incoerente dei parametri chiave dello studio, l'elevata eterogeneità degli studi osservazionali e il numero limitato di studi con disegni particolari per la maggior parte degli esiti abbiano minato l'affidabilità dei risultati. I risultati evidenziano la necessità di ulteriori ricerche per affrontare queste limitazioni in modo da poter trarre conclusioni più definitive per informare lo sviluppo del vaccino SARS-CoV-2 e le politiche di vaccinazione.

Ricerca nel contesto

I vaccini inattivati a virione intero sono stati ampiamente utilizzati in tutto il mondo nella pandemia di SARS-CoV-2 sulla base della procedura di elenco degli usi di emergenza dell'OMS. Tuttavia, la sua efficacia nel mondo reale in tutte le regioni geografiche deve essere valutata sistematicamente.

Prove prima di questo studio

La ricerca sulla siero-sorveglianza ha mostrato una minore concentrazione di anticorpi neutralizzanti suscitati dai vaccini inattivati rispetto ai loro mRNA e controparti ricombinanti. Inoltre, le prove hanno mostrato livelli più bassi di anticorpi neutralizzanti suscitati da CoronaVac, il vaccino SARS-CoV-2 inattivato più utilizzato, rispetto a BNT162b2 contro le varianti Delta e Omicron, suggerendo una maggiore diminuzione dell'efficacia del vaccino tra i vaccinati CoronaVac. In particolare, la variante più recente di preoccupazione (VoC), Omicron, è nota per causare un'infezione meno grave ma sembra essere molto più contagiosa rispetto alle varianti precedenti. Con l'emergere di VoC, l'efficacia nel mondo reale dei vaccini inattivati contro SARS-CoV-2 rimane poco chiara.

Valore aggiunto di questo studio

Questo studio ha dimostrato l'efficacia e l'efficacia dei vaccini inattivati contro l'infezione e la malattia sintomatica per VoC precoce SARS-CoV-2 (Alpha, Delta) e per il declino dell'efficacia del vaccino con VoC più recenti (Gamma, Omicron). L'efficacia è rimasta relativamente robusta contro il ricovero in terapia intensiva e il decesso correlati a COVID, sebbene le stime dell'efficacia contro il ricovero ospedaliero variassero in modo più evidente tra gli studi.

Implicazioni di tutte le prove disponibili

Questa revisione sistematica e meta-analisi hanno mostrato prove di efficacia ed efficacia dei vaccini inattivati per tutti i risultati dello studio, sebbene la segnalazione incoerente dei parametri chiave dello studio, l'elevata eterogeneità degli studi osservazionali e il numero limitato di studi di disegni particolari per la maggior parte dei risultati probabilmente abbiano minato l'attendibilità dei risultati. I risultati evidenziano la necessità di ulteriori ricerche per affrontare queste limitazioni per trarre conclusioni più definitive per informare lo sviluppo del vaccino SARS-CoV-2 e le politiche di vaccinazione.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00106-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00106-2/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

scientific reports

Studio di fase I randomizzato, in cieco con osservatore, controllato con placebo su un vaccino mRNA SARS-CoV-2 PTX-COVID19-B. Scientific reports

Natalia Martin-Orozco , Noah Vale , Alan Mihic , Talia Amor , Lorenzo Reiter , Yuko Arita , Ruben Sansone , Regina Hu , Anne-Claude Gingras , Bradley Thomas Sorenson , Eric Gates Marcusson & Pijush Patel

Rapporti scientifici volume 13 , Numero articolo: 8557 (2023)

Abstract

L'accesso ai vaccini contro il virus SARS-CoV-2 è stato limitato nei paesi poveri durante la pandemia di COVID-19. Pertanto, un vaccino mRNA a basso costo, PTX-COVID19-B, è stato prodotto e valutato in uno studio di Fase 1. PTX-COVID19-B codifica la variante D614G della proteina Spike senza la mutazione prolina-prolina (986-987) presente in altri vaccini COVID-19.

Lo scopo dello studio era valutare la sicurezza, la tollerabilità e l'immunogenicità del vaccino PTX-COVID19-B in adulti sieronegativi sani di età compresa tra 18 e 64 anni.

Il disegno dello studio era in cieco per l'osservatore, randomizzato, controllato con placebo e testato con dosi crescenti di 16 µg, 40 µg o 100 µg su un totale di 60 soggetti che hanno ricevuto due dosi intramuscolari, a distanza di 4 settimane.

I partecipanti sono stati monitorati per eventi avversi sollecitati e non richiesti dopo la vaccinazione e sono stati forniti di una scheda diario e di un termometro per segnalare qualsiasi reattogenicità durante lo studio.

I campioni di sangue sono stati raccolti al basale, nei giorni 8, 28, 42, 90 e 180 per l'analisi sierica del dominio di legame anti-recettore IgG totale (RBD)/titoli Spike mediante ELISA e per la neutralizzazione dei titoli anticorpali mediante saggio di pseudovirus.

I titoli in BAU/mL sono stati riportati come media geometrica e IC 95% per coorte. Dopo la vaccinazione, sono stati osservati pochi eventi avversi sollecitati ed erano da lievi a moderati e si sono risolti entro 48 ore.

L'evento avverso locale e sistemico sollecitato più comunemente è stato rispettivamente il dolore al sito di iniezione e la cefalea.

La sieroconversione è stata osservata in tutti i partecipanti vaccinati, che hanno mostrato titoli anticorpali elevati contro RBD, Spike, e attività neutralizzante contro il ceppo di Wuhan.

I titoli anticorpali neutralizzanti sono stati rilevati anche contro le varianti Alpha, Beta e Delta dei problemi in modo dipendente dalla dose.

Tutte le dosi testate di PTX-COVID19-B sono risultate sicure, ben tollerate e hanno fornito una forte risposta di immunogenicità.

La dose da 40 µg ha mostrato un minor numero di reazioni avverse rispetto alla dose da 100 µg e pertanto è stata selezionata per uno studio di fase 2, attualmente in corso.

Numero di registrazione dello studio clinico:

NCT04765436 (21/02/2021). (<https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04765436>).

<https://www.nature.com/articles/s41598-023-35662-y>

Cinetica anticorpale anti-SARS-CoV-2 a lungo termine e correlazione della protezione contro l'infezione da Omicron BA.1/BA.2. Scientific reports

Javier Perez-Saez , María-Eugenia Zaballa , Julien Lamour , Sabine Yerly , Riccardo Dubos , Delphine S. Courvoisier , Jennifer Villers , Jean-François Balavoine , Didier Pittet , Omar Kherad , Nicolas Vuilleumier , Laurent Kaiser , Idris Guessous , Silvia Stringini , Andrew S.Azman & il gruppo di studio Specchio-COVID19

Comunicazioni sulla natura volume 14, Numero articolo: 3032 (2023)

Abstract

I livelli di anticorpi leganti contro SARS-CoV-2 hanno dimostrato di essere correlati alla protezione contro l'infezione con lignaggi pre-Omicron.

Ciò è stato messo in discussione dall'emergere di varianti immunitarie, in particolare le sottolinee Omicron, in un panorama immunitario in evoluzione con alti livelli di incidenza cumulativa e copertura vaccinale.

Ciò a sua volta limita l'uso di metodi commerciali ad alto rendimento ampiamente disponibili per quantificare gli anticorpi leganti come strumento per monitorare la protezione a livello di popolazione.

Qui dimostriamo che i livelli di anticorpi anti-Spike RBD, quantificati dal dosaggio immunologico utilizzato in questo studio, sono un correlato indiretto della protezione contro Omicron BA.1/BA.2 per individui precedentemente infettati da SARS-CoV-2.

Sfruttando misurazioni sierologiche ripetute tra aprile 2020 e dicembre 2021 su 1083 partecipanti di una coorte basata sulla popolazione a Ginevra, in Svizzera, e utilizzando la modellazione cinetica degli anticorpi, abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un SARS-CoV positivo documentato -2 infezione durante l'onda Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95% CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione. abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un'infezione SARS-CoV-2 positiva documentata durante l'ondata Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95 %CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione. abbiamo riscontrato una riduzione fino a tre volte del rischio di avere un'infezione SARS-CoV-2 positiva documentata durante l'ondata Omicron BA.1/BA.2 per livelli di anticorpi anti-S superiori a 800 UI/mL (HR 0,30, 95 %CI 0,22-0,41).

Tuttavia, non abbiamo rilevato una riduzione del rischio tra i partecipanti non infetti.

Questi risultati forniscono informazioni rassicuranti sulla continua interpretazione delle misurazioni degli anticorpi leganti SARS-CoV-2 come marker indipendenti di protezione sia a livello individuale che di popolazione.

<https://www.nature.com/articles/s41467-023-38744-7>

THE LANCET

Imparare dalla sierosorveglianza per SARS-CoV-2 per informare la preparazione e la risposta alla pandemia. The Lancet

Collaboratori di sanità pubblica sulla sierosorveglianza per la preparazione e la risposta alla pandemia PHSerOPPR, Pubblicato: 26 maggio 2023 DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00964-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00964-9)

La pandemia COVID-19 ha sottolineato l'importanza della sierosorveglianza come strumento basato sull'evidenza per comprendere l'immunità della popolazione, monitorare la trasmissione virale e guidare il processo decisionale in materia di salute pubblica.

Dall'inizio della pandemia di COVID-19, sono stati condotti più di 4200 studi di sieroprevalenza in oltre 145 paesi testando campioni di sangue di oltre 34 milioni di persone.

All'inizio del 2023, il Robert Koch Institute, l'istituto nazionale tedesco di sanità pubblica, ha convocato un simposio online sugli studi sierologici internazionali che ha coinvolto organizzazioni di ricerca, agenzie nazionali di sanità pubblica, istituti e agenzie regionali di sanità pubblica di paesi a basso e medio reddito. I partecipanti invitati hanno riflettuto sulle lezioni apprese e hanno tratto conclusioni pratiche su sfide, opportunità e passi successivi (i gruppi partecipanti sono elencati nell'appendice). I partecipanti hanno implementato studi di sieroprevalenza a livello nazionale o regionale dall'inizio della pandemia di COVID-19 e hanno affrontato collettivamente le domande su come utilizzare questo investimento per massimizzare i continui benefici per la salute pubblica e per informare la futura preparazione e risposta alla pandemia. Qui,

In primo luogo, i dati della sierosorveglianza durante la fase iniziale della pandemia di COVID-19 sono stati utili per comprendere le dinamiche dei focolai nazionali e regionali, ma la loro utilità per il processo decisionale in materia di salute pubblica è ora diminuita con gran parte della popolazione mondiale che è stata infettata o immunizzata contro la SARS-CoV-2.

Gli studi sierologici ora richiedono un'attenzione più mirata alle popolazioni vulnerabili e anche l'inclusione di altri agenti patogeni. Un'area importante della loro applicazione è guidare le strategie di vaccinazione in corso. In questo caso, gli studi di sieroprevalenza devono concentrarsi sulla fornitura di dati per comprendere meglio la protezione delle popolazioni vulnerabili, come gli anziani e coloro che sono immunocompromessi. Ciò è di particolare valore in contesti in cui la fornitura limitata di servizi sanitari o la scarsa diffusione delle vaccinazioni hanno portato a una copertura vaccinale bassa (continua), che potrebbe essere presa di mira da strategie di vaccinazione guidate dalla sieroprevalenza. Per aumentare ulteriormente la nostra comprensione dell'immunità a COVID-19, la ricerca sierologica deve concentrarsi sulle misurazioni anticorpali quantitative e sui correlati di protezione, come la sieroconversione e la diminuzione degli anticorpi contro SARS-CoV-2. Inoltre, l'infrastruttura sviluppata per gli studi di sieroprevalenza su SARS-CoV-2 offre ora il potenziale per supportare la sierosorveglianza multipatogena. I test per diversi agenti patogeni o bioproductori di malattie croniche massimizzerebbero il vantaggio dei campioni biologici raccolti.

In secondo luogo, riflettendo sulla moltitudine di studi di sierosorveglianza condotti durante la pandemia, erano evidenti sfide metodologiche comuni, in particolare i limiti delle valutazioni una tantum (ad esempio studi trasversali) e i ritardi

nell'attuazione degli studi e nella condivisione dei risultati, che ha ostacolato l'uso dei risultati degli studi di sieroprevalenza nella sorveglianza continua e nel confronto dell'immunità della popolazione nel tempo e in tutti i contesti. Queste sfide sono state aggravate dalla scarsa comparabilità tra studi con protocolli e qualità diversi. Questa esperienza evidenzia che in qualsiasi nuovo scenario pandemico, le risorse devono essere immediatamente disponibili per consentire un rapido processo decisionale della ricerca e sottolinea l'importanza di un approccio coordinato il prima possibile, come quello pilotato dagli Unity Studies dell'OMS durante la pandemia di COVID-19.

I protocolli nazionali e regionali per gli studi di sierosorveglianza sviluppati dagli attori della sanità pubblica a livello globale forniscono un importante punto di partenza. Questi dovrebbero essere raccolti e conservati in un archivio operativo globale o regionale di protocolli open source per SARS-CoV-2 e altri agenti patogeni. Un tale archivio aiuterebbe ad affrontare una serie di questioni di salute pubblica da condividere, adattare e implementare in modo tempestivo per la preparazione e la risposta a future pandemie.

In terzo luogo, la biobanca è ampiamente trascurata ma vitale per la preparazione alla pandemia, perché consente la conservazione di campioni preziosi dalle indagini di sieroprevalenza. Questi campioni possono servire come base per determinare i livelli di immunità ai patogeni esistenti o endemici e come controlli negativi per sviluppare test sierologici per un nuovo patogeno, nonché come aiuto nella sorveglianza delle malattie croniche attraverso test sui biomarcatori. Infatti, quando nel 2020 è emersa la domanda sulla reinfezione da SARS-CoV-2, la scarsità di campioni respiratori conservati ha ostacolato una risposta tempestiva a questa domanda.

Investimenti moderati nel rafforzamento delle infrastrutture delle biobanche a livello regionale e globale hanno il potenziale per produrre notevoli guadagni per la salute pubblica e consentire risposte più rapide in futuro. Il Pandemic Fund della Banca mondiale potrebbe fornire risorse per aiutare a mantenere e migliorare la capacità di biobanche nei paesi come parte delle attività di preparazione.

Queste lezioni pratiche evidenziano le aree per l'uso continuato della sierosorveglianza per la preparazione e la risposta a pandemie in corso e future che richiedono un'azione immediata ([panel](#)). Sono già in corso iniziative per sostenere questa agenda e fornire passi importanti per superare le sfide metodologiche e i ritardi nell'attuazione dello studio e nella condivisione dei risultati. Queste iniziative includono il lavoro dell'OMS sulla sorveglianza collaborativa e stabilire un quadro e una rete internazionali per condurre indagini e studi sieroepidemiologici, compreso un archivio operativo di protocolli e strumenti di comunicazione e diffusione che possono essere adattati dai paesi per migliorare l'analisi.

Ci sono anche altri sforzi a scopo di lucro e senza scopo di lucro per visualizzare e analizzare indagini sierologiche multi-patogeno. Inoltre, la comunità globale può beneficiare degli attuali investimenti nelle capacità umane e di laboratorio, ma dovrebbe richiedere la disponibilità di fondi pronti all'uso per una risposta coordinata e tempestiva seguendo l'esempio della Coalition for Epidemic Preparedness Innovations, un'alleanza per finanziare e coordinare lo sviluppo di nuovi vaccini per prevenire e contenere le epidemie di malattie infettive.

Soprattutto, questi fondi dovrebbero rappresentare il rafforzamento globale dell'infrastruttura della biobanca, compresa la sierosorveglianza multipatogena e la conservazione dei campioni. Sostenere e costruire sugli investimenti nella sierosorveglianza realizzati negli ultimi 3 anni sarà fondamentale per rafforzare la preparazione e la risposta alla pandemia e migliorare la salute pubblica globale.

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(23\)00964-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(23)00964-9/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)

scientific reports

Gli anticorpi specifici per la proteina del picco del coronavirus indicano frequenti infezioni e reinfezioni nell'infanzia e tra gli operatori sanitari vaccinati con BNT162b2. Scientific reports

Pekka Kolehmainen , Moona Huttunen , Alina Jakubovskaja , Sari Maljanen , Sisko Tauriainen , Emrah Jatkan , Arja Pasternack , Rauno Naves , Laura Toivonen , Paula A. Tähtinen , Lauri Ivanska , Johanna Lempainen , Ville Peltola , Matt Waris , Laura Kakkola , Olli Ritvos & Ilkka Julkunen

Rapporti scient.ifici volume 13, Numero articolo: 8416 (2023)

Abstract

La prevalenza delle infezioni da coronavirus umano stagionale (HCoV) nella prima infanzia e negli adulti non è stata ben analizzata negli studi sierologici longitudinali.

Qui abbiamo analizzato i cambiamenti nei livelli di anticorpi specifici per la punta HCoV (229E, HKU1, NL63, OC43, MERS e SARS-CoV-2) nei campioni di siero di follow-up di 140 bambini all'età di 1, 2 e 3 anni , e di 113 operatori sanitari vaccinati per Covid-19 con vaccino BNT162b2.

I livelli di anticorpi IgG contro sei proteine ricombinanti della subunità 1 (S1) del picco HCoV sono stati misurati mediante dosaggio immunoenzimatico.

Mostriamo che all'età di tre anni la sieropositività cumulativa per gli HCoV stagionali è aumentata al 38-81% a seconda del tipo di virus.

Le vaccinazioni BNT162b2 hanno aumentato gli anticorpi anti-SARS-CoV-2 S1, ma nessun aumento degli anticorpi stagionali contro il coronavirus associati alle vaccinazioni.

Negli operatori sanitari (operatori sanitari), durante un follow-up di 1 anno, sono stati osservati aumenti diagnostici degli anticorpi nel 5, 4 e 14% dei casi contro i virus 229E, NL63 e OC43, rispettivamente, correlandosi bene con gli HCoV circolanti.

Nel 6% degli operatori sanitari è stato osservato un aumento diagnostico degli anticorpi contro S1 di HKU1, tuttavia, questi aumenti hanno coinciso con gli aumenti degli anticorpi anti-OC43 S1.

I sieri immuni di coniglio e cavia contro le proteine HCoV S1 hanno indicato una reattività crociata immunologica all'interno dei generi alfa-CoV (229E e NL63) e beta-CoV (HKU1 e OC43).

<https://www.nature.com/articles/s41598-023-35471-3>

Istat: nel 2020 aumentano i decessi (+14,7%) sotto la spinta del Covid. Il Sole24 ore

Nel 2020 ci sono stati 746.324 decessi, 108.496 casi in eccesso rispetto alla media del periodo 2015-19 (+14,7%). Lo rileva il report sulla mortalità dell'Istat sottolineando che "malgrado l'incremento, anche nel 2020 l'Italia si colloca tra i paesi a bassa mortalità nel contesto europeo". La mortalità maggiore è causata da malattie circolatorie (227.350 decessi), tumori (177.858) e malattie respiratorie (57.113).

"I decessi per Covid-19 - spiega Istat - ammontano a 78.673 e costituiscono il 73% dell'incremento complessivo dei decessi in eccesso registrati nel 2020 rispetto alla media dei cinque anni precedenti". Il numero dei decessi con Covid-19 (che include anche i casi in cui il Covid-19 non è direttamente responsabile del decesso) è pari a 89.791. Più del 90% dei decessi per Covid-19 si sono verificati oltre i 65 anni di età, ma anche prima dei 65 anni si registrano più di 6mila morti. Al di sotto dei 50 anni di età i morti per Covid-19 sono 785, pari al 4,2% del totale dei morti in questa fascia di età. La frequenza dei decessi per Covid-19 in questa fascia di età è paragonabile a quella di altre cause di morte quali malattie dell'apparato digerente e malattie ischemiche del cuore.

"Rispetto al 2015-19 rileva ancora l'Istat - nel 2020 aumentano i tassi standardizzati di mortalità per molte delle principali cause di morte: polmoniti e influenza (+13%), diabete (+12%), demenza e malattia di Alzheimer, (+6%), malattie genitourinarie (+11%), alcune malattie circolatorie (+8%), cadute accidentali (+14%); si riduce la mortalità per tumori (-4%), malattie ischemiche del cuore (-8%), malattie cerebrovascolari (-5%), incidenti di trasporto (-27%) e suicidi (-4%)". L'incremento del tasso di mortalità osservato nel 2020 sia per le demenze sia per polmoniti e influenza appare in linea con l'andamento di crescita osservato negli anni precedenti. Per il gruppo delle altre malattie respiratorie (incluse le polmoniti interstiziali), il diabete, le altre malattie circolatorie e le malattie genitourinarie, il 2020 ha rappresentato un anno di picco della mortalità. "Nel caso del diabete - spiega il report - la forte crescita del tasso nel 2020 interrompe bruscamente la diminuzione osservata nel quinquennio precedente; un effetto simile è visibile anche con riferimento alla mortalità per il gruppo delle altre malattie circolatorie, determinato essenzialmente dall'aumento dei morti per cardiopatie ipertensive".

Oltre i 65 anni di età aumentano i decessi per malattie respiratorie, soprattutto tra 65 e 74 anni (+23%); tra gli ultraottantacinquenni si osserva un aumento rilevante anche dei decessi per diabete, demenze e alcune malattie circolatorie. In continuità con quanto avviene negli anni precedenti, al di sotto dei 50 anni diminuiscono i decessi, per incidenti di trasporto (-32%), per tumori (-10%) e per suicidio (-11%), ma aumenta del 10% la mortalità delle malattie del sistema respiratorio.

Nel Nord-Ovest del Paese si rileva un forte aumento del tasso di mortalità per polmoniti e influenza (+27%) rispetto al quinquennio 2015-19, a fronte di aumenti più contenuti nel Sud (+4%) e nelle Isole (+3%), nessun incremento nel Nord-Est e una lieve riduzione nel Centro (-5%). Sempre nel Nord-Ovest si rilevano gli incrementi maggiori della mortalità per diabete (+19%) e per demenze (+14%).

Aumentano i decessi nelle abitazioni in tutti i mesi successivi all'inizio della pandemia e riguardano tutte le cause. Negli istituti di cura si osserva un incremento delle morti per polmoniti e influenza (+42%), nelle strutture residenziali aumentano le morti per diabete (+37%) e per demenze (+29%).

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-05-26/istat-2020-aumentano-decessi-147percento-sotto-spinta-covid-112720.php?uid=AE3VbAYD&cmpid=nlqf>



ALTRE PATOLOGIE

Mpox. Per l'Oms non è più un'emergenza di sanità pubblica. [quotidianosanita.it](https://www.quotidianosanita.it)

Dopo il Covid, l'Oms ha dichiarato conclusa anche la fase emergenziale legata a mpox, si ritiene che si tratti di sfide a lungo termine che potrebbero essere affrontate meglio attraverso strategie di lungo respiro per gestire i rischi per la salute pubblica, piuttosto che con misure emergenziali. Il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus: "Tuttavia, come per il Covid, non significa che il lavoro sia finito. Mpox continua a porre sfide significative per la salute pubblica che richiedono una risposta solida, proattiva e sostenibile".

12 MAG -

Il direttore generale dell'Oms, **Tedros Adhanom Ghebreyesus**, nella giornata di ieri ha ufficialmente dichiarato che l'epidemia di mpox iniziata circa un anno fa non è più un'emergenza di salute pubblica di interesse internazionale. Dopo il Covid così anche l'epidemia di mpox viene declassata.

Il Comitato di emergenza dell'Oms ha riconosciuto i progressi compiuti nella risposta globale all'epidemia e l'ulteriore calo del numero di casi segnalati dall'ultima riunione. Il comitato ha inoltre rilevato un calo significativo del numero di casi segnalati rispetto al precedente periodo di riferimento e nessun cambiamento nella gravità e nella manifestazione clinica della malattia. Il Comitato ha poi riconosciuto le incertezze residue sulla malattia, per quanto riguarda le modalità di trasmissione in alcuni paesi, la scarsa qualità di alcuni dati riportati e la continua mancanza di contromisure efficaci nei paesi africani, dove l'mpox si verifica regolarmente. Si è ritenuto, tuttavia, che si tratti di sfide a lungo termine che potrebbero essere affrontate meglio attraverso strategie di lungo respiro per gestire i rischi per la salute pubblica posti da mpox, piuttosto che con misure emergenziali.

"Tuttavia, come per Covid - ha spiegato Ghebreyesus - ciò non significa che il lavoro sia finito. Mpox continua a porre sfide significative per la salute pubblica che richiedono una risposta solida, proattiva e sostenibile". Ci sono stati più di 87.000 casi e 140 morti in tutto il mondo segnalati all'Oms, da 111 paesi diversi. Il virus, originariamente noto come Monkey Pox, si diffonde attraverso il contatto diretto con fluidi corporei e provoca sintomi simil-influenzali, e anche lesioni piene di pus sulla pelle.

Lo stigma è stato una preoccupazione nella gestione dell'epidemia di mpox e continua a ostacolare l'accesso alle cure, "la temuta reazione contro le comunità più colpite non si è in gran parte materializzata. Per questo, siamo grati", ha aggiunto Ghebreyesus. C'è un rischio particolare associato a coloro che vivono con infezioni da Hiv non trattate, ha aggiunto, esortando i paesi a mantenere la capacità di test ed essere pronti a rispondere se i casi dovessero aumentare di nuovo. "Si raccomanda l'integrazione della prevenzione e della cura dell'mpox nei programmi sanitari esistenti, per consentire l'accesso continuo alle cure e una risposta rapida per affrontare future epidemie".

L'Oms continuerà a lavorare per sostenere l'accesso alle contromisure man mano che saranno disponibili maggiori informazioni sull'efficacia degli interventi. Il vicepresidente del comitato di emergenza, **Nicola Low**, ha affermato che è necessario passare ora dalle misure di emergenza alla gestione dei rischi a lungo termine per la salute pubblica di mpox, simili ai programmi di sorveglianza nazionali che esistono per infezioni come l'Hiv.

E mentre due emergenze di salute pubblica si sono concluse nell'ultima settimana, ogni giorno l'Oms continua a rispondere a più di 50 emergenze a livello globale.

https://www.quotidianosanita.it/scienza-e-farmaci/articolo.php?articolo_id=113691

Il cancro, il mistero delle balene e un indizio sconcertante: il numero 3200...SANITA' INFORMAZIONE

“Gli scienziati stanno indagando su uno dei misteri più sconcertanti della medicina: perché alcune specie evitano di contrarre il cancro mentre altre sono afflitte da tumori che accorciano le loro vite. Le balene tendono ad avere bassi tassi di cancro, ma è la principale causa di morte per cani e gatti. Volpi e leopardi sono [...]”

Cesare Buquicchio

“Gli scienziati stanno indagando su uno dei misteri più sconcertanti della medicina: perché alcune specie evitano di contrarre il cancro mentre altre sono afflitte da tumori che accorciano le loro vite. Le balene tendono ad avere bassi tassi di cancro, ma è la principale causa di morte per cani e gatti. Volpi e leopardi sono suscettibili mentre pecore e antilopi no. Anche i pipistrelli sono relativamente ben protetti contro il cancro, ma non i topi o i ratti. Negli esseri umani, il cancro è una delle principali cause di morte che uccide circa 10 milioni di persone all’anno”. [È quanto scrive Robin McKie, Science Editor del quotidiano britannico The Guardian.](#)

“Ancora più sconcertante è il fatto che molte enormi creature, tra cui balene ed elefanti, generalmente evitano il cancro quando, invece, dovrebbero essere particolarmente a rischio perché possiedono un vasto numero di cellule, ciascuna delle quali potrebbe scatenare un tumore” scrive ancora McKie.

Ma le dimensioni e la quantità di cellule al momento non sembrano la pista giusta: “Ad esempio, le balene della Groenlandia hanno una vita media di 100-200 anni, mentre gli elefanti hanno una vita media di circa 70 anni. Tuttavia, rispetto agli umani, hanno tutti migliaia di volte più cellule, ciascuna un potenziale punto di partenza per una mutazione che porterebbe al cancro”.

È quanto notano gli scienziati del Wellcome Sanger Institute, a Cambridge, che lavorano a questo mistero con ricercatori di numerosi centri, tra cui la Zoological Society of London (ZSL).

La chiave sembra essere quella delle mutazioni. “Quello che abbiamo trovato è stato davvero sorprendente – spiegano i ricercatori –. Il numero di mutazioni accumulate ogni anno variava enormemente. In sostanza, si è scoperto che le specie a vita lunga accumulavano mutazioni a un ritmo più lento, mentre le specie a vita breve lo facevano a un ritmo più veloce. Ad esempio, negli esseri umani otteniamo circa 47 mutazioni all’anno mentre nel topo si tratta di circa 800 mutazioni all’anno. Questi ultimi vivono per circa 4 anni. La durata media della vita umana è di 83,6 anni”.

Inoltre, è stato scoperto che, alla fine della vita, tutti i diversi animali studiati avevano accumulato circa 3.200 mutazioni. “Il numero simile di mutazioni alla fine della vita di questi diversi animali è sorprendente, anche se non è ancora chiaro se questa sia una causa dell’invecchiamento” spiegano.

Tuttavia, non è chiaro esattamente come gli animali longevi rallentino con successo il loro tasso di mutazioni del DNA. Inoltre, il legame tra i tassi di mutazione e la durata della vita è stato stabilito solo per gli animali che hanno una durata della vita medio-bassa. “Possiamo studiare solo le creature che sono morte di morte naturale, e quelle vite molto lunghe saranno rare, per definizione. Dovremo aspettare per ottenere quei dati.”

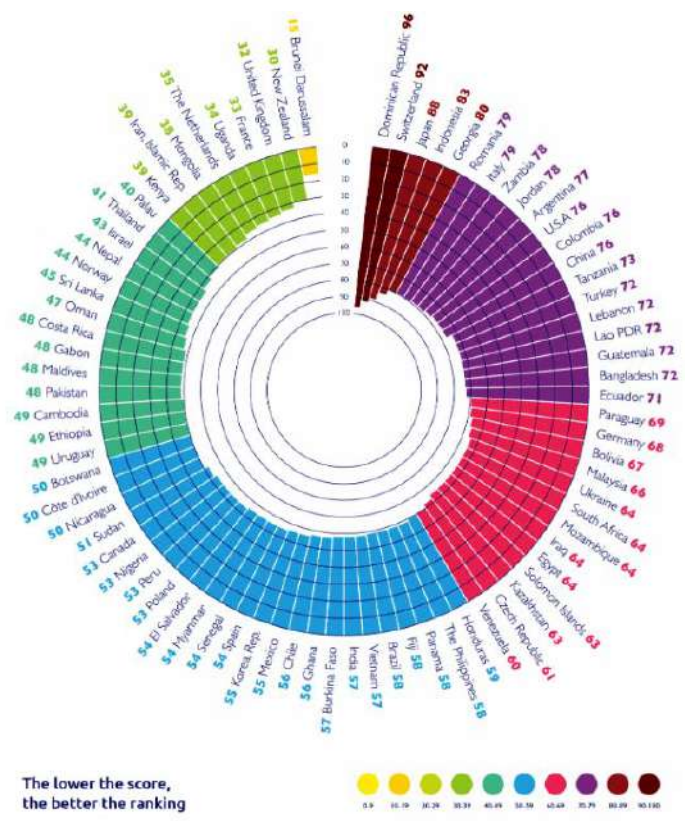
Inoltre, la prima fase del progetto Sanger-Zoo ha riguardato solo i mammiferi. Ora si sta estendendo a piante, insetti e rettili. “Gli insetti sociali come le formiche sono particolarmente interessanti. Le formiche operaie e la loro regina hanno lo stesso genoma ma la regina vive 30 anni mentre le operaie ne durano uno o due. Ciò suggerisce che la regina potrebbe attivare una migliore riparazione del DNA, anche se potrebbero esserci altre spiegazioni”.

Una importante riflessione che la ricerca ha suggerito è che il topo, utilizzato negli esperimenti sul cancro, potrebbe non essere il miglior modello per la ricerca a causa della sua vita molto breve. “Ora possiamo pensare a specie che vivono molto più a lungo che potrebbero essere più rilevanti ed essere modelli utili per comprendere la resistenza al cancro”. Il punto cruciale è che creare un collegamento tra tassi di mutazione, tumori e invecchiamento offre una nuova comprensione di entrambi i processi e potrebbe portare a migliori screening del cancro e trattamenti che potrebbero moderare i peggiori impatti dell’invecchiamento, affermano gli scienziati.

https://www.sanitainformazione.it/salute/il-cancro-il-mistero-delle-balene-e-un-indizio-chiave-il-numero-3200/?utm_source=newsletter&utm_medium=email&utm_campaign=nl12052023&utm_content=sif

Italia tra i Paesi con il più alto livello di interferenza delle industrie del tabacco.
quotidianosanita.it

03 MAG - Secondo il [Global Tobacco Index](#), che monitorizza in che misura i governi stanno rispondendo all'interferenza dell'industria del tabacco e proteggendo le loro politiche di salute pubblica dagli interessi commerciali e acquisiti dell'industria del tabacco, l'Italia è tra i Paesi con il più alto livello complessivo di interferenza. L'indice ci assegna infatti un totale di 79 punti ponendoci al 7° posto in classifica tra gli 80 Paesi esaminati (più alto è il punteggio più è alta l'interferenza).



Tra i fattori che motivano tale non brillante risultato, secondo i dati del sondaggio, il fatto che in Italia non esiste alcuna legge che controlli l'influenza dell'industria del tabacco nella definizione o attuazione delle politiche di sanità pubblica in relazione al controllo del tabacco. Il fatto di consentire alla lobby dell'industria del tabacco di rappresentare il punto di vista aziendale su questioni relative al settore del tabacco e in particolare di favorire la conoscenza relativa ai prodotti di nuova generazione, senza impostare politiche relative di salute pubblica. E poi il fatto di mantenere aliquote fiscali sui prodotti del tabacco, soprattutto su quelli di ultima generazione, molto basse.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?approfondimento_id=18036

Monkeypox policy brief series

The WHO Regional Office for Europe mpox policy brief series summarizes policy recommendations, knowledge and interim technical guidance on key policy areas around the monkeypox public health emergency of international concern in the WHO European Region. The briefs do not replace technical reports or guidance documents but provide information relevant to the European context in an accessible format.

This document is an update and extension to WHO's first policy brief on [Considerations for the control and eventual elimination of mpox in the WHO European Region \(1\)](#). It is intended to provide a framework for MS to develop national five-year action plans to sustain control and achieve elimination of mpox.

It is aimed at decision-makers and policy-planners, including multisectoral coordination mechanisms established to respond to the mpox outbreak in the WHO European Region. The brief also outlines specific activities derived from the temporary recommendations issued by the WHO Director-General in relation to the multi-country outbreak of mpox following the fourth meeting of the International Health Regulations Emergency Committee on 15 February 2023.

The brief was circulated internally and externally for review with key partners.

Contents

Acknowledgements	ii
Abbreviations	ii
Executive Summary	iii
Mpox in the WHO European Region, April 2023: current situation and what might be expected next	1
The need for medium-to long term operational plans	2
Preparing for the spring/summer season and achieving and sustaining eventual national and regional elimination	2
Key components of integrated operational plans	4
Surveillance	4
Laboratory	6
RCCE	8
Public health interventions	11

Malattie rare. Arriva il nuovo Piano nazionale. Per attuarlo stanziati 50 mln. Diagnosi più rapide, migliore erogazione dei farmaci e assistenza integrata. Ecco cosa prevede. quotidianosanita.it

Giovanni Rodriquez

Il testo che Quotidiano Sanità è in grado di anticipare dovrà essere approvato dalla Conferenza Stato Regioni. Previsto per la sua attuazione uno stanziamento di 25 mln a valere sul Fondo sanitario nazionale per ciascuno degli anni 2023 e 2024 il cui riparto tra le Regioni sarà da definire con una successiva intesa. Le Regioni e Pa dovranno recepire i documenti con propri provvedimenti e a dare attuazione, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore. Ecco tutte le novità.

06 MAG -

Pronto il Piano nazionale per le malattie rare 2023-2026. Il testo dovrà essere ora prima valutato dalle Regioni e poi inviato alla Conferenza Stato Regioni per la sua possibile approvazione. Il Piano è uno strumento di programmazione e pianificazione centrale nell'ambito delle malattie rare, che fornisce indicazioni per l'attuazione e l'implementazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea). L'ultimo approvato era il PNMR 2013-2016, la proposta di nuovo piano 2023-2026 rappresenta una cornice comune degli obiettivi istituzionali da implementare nel prossimo triennio, delineando le principali linee di azione delle aree rilevanti nel campo delle malattie rare.

Previsto per la sua attuazione uno stanziamento di 25 mln a valere sul Fondo sanitario nazionale per ciascuno degli anni 2023 e 2024 il cui riparto tra le Regioni sarà da definire con una successiva intesa. Le Regioni e Pa dovranno recepire i documenti con propri provvedimenti e a dare attuazione, entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore.

Il documento che Quotidiano Sanità è in grado di anticipare è strutturato in capitoli verticali che includono azioni specifiche e capitoli orizzontali che includono azioni che contribuiscono trasversalmente a integrare tutti gli ambiti principali:

- **Capitoli verticali:** Prevenzione Primaria; Diagnosi; Percorsi assistenziali; Trattamenti farmacologici; Trattamenti non farmacologici, Ricerca;

- **Capitoli orizzontali:** Formazione; Informazione, Registri e monitoraggio della Rete nazionale delle malattie rare.

Inoltre, per ogni capitolo è stata predisposta una struttura standard che include i seguenti elementi: Premessa; Obiettivi; Azioni; Strumenti; Indicatori.

PREVENZIONE PRIMARIA

Tra gli **obiettivi** qui troviamo innanzitutto il poter assicurare una consulenza genetica, in quanto strumento importante di informazione e di prevenzione. E questo perché circa l'80% delle malattie rare ha un'origine genetica. Oltre a questo, su punta a ridurre o eliminare i fattori di rischio noti e promuovere fattori protettivi correlati alle MR, tra questi: l'aumento dell'età materna è un fattore di rischio per le embriopatie aneuploidi; l'aumento dell'età paterna è un fattore di rischio per le mutazioni de novo e perciò per malattie rare dominanti e patologie genomiche (microdelezioni e microduplicazioni); fattori ambientali correlati alle esposizioni (es. metalli pesanti quali piombo e mercurio, pesticidi) per quelle patologie rare per cui esistono maggiori evidenze scientifiche; ma anche agenti infettivi come citomegalovirus (CMV), toxoplasmosi, rosolia, zika virus che se contratti soprattutto nelle prime fasi di gravidanza, possono comportare danni quali aborto spontaneo, microcefalia, lesioni neurologiche del feto, difetti alla vista o cecità completa, perdita uditiva, malformazioni cardiache e disabilità intellettiva.

Quanto alle **azioni** elaborate per raggiungere gli obiettivi troviamo dei percorsi preconcezionali, la consulenza genetica e i test genetici. Ma anche promuovere campagne informative specifiche per le patologie rare con particolare attenzione, ad esempio, su farmaci teratogeni con consulenza specialistica in gravidanza e nel post-parto; garantire cure preconcezionali appropriate alle donne con diabete, epilessia e altre malattie croniche (malassorbimenti), al fine di minimizzare il rischio di anomalie congenite; promuovere campagne informative su sani stili di vita, alimentazione e nutrizione nelle donne in età fertile; promuovere l'astensione dal fumo (attivo e passivo) e di bevande alcoliche; prestare particolare attenzione all'alimentazione e agli stili di vita nelle comunità a basso status socioeconomico o di recente immigrazione.

DIAGNOSI

Nel percorso diagnostico, la diagnosi genetica costituisce una parte essenziale per la maggior parte delle MR ed è opportuna ogni qual volta ricorrano le condizioni di appropriatezza in relazione alla specificità del singolo caso. La scelta del tipo di test genetico e della metodica utilizzata deve essere appropriata in base al quesito clinico, alla tempestività richiesta nella risposta e alla capacità di definire la diagnosi in modo accurato e clinicamente rilevante.

Tra gli **obiettivi** qui troviamo la riduzione dei tempi medi di diagnosi mediante: una maggiore consapevolezza e formazione dei clinici, dei pediatri di libera scelta e dei medici di medicina generale e di tutte le altre professioni sanitarie e socio-sanitarie; la riduzione dei tempi d'invio del paziente al centro competente per quella patologia; la riduzione dei tempi di risposta del Centro di riferimento. Si dovrà inoltre prevedere nei Lea le prestazioni per l'analisi del genoma e indagini biochimiche per la diagnostica di malattie ereditarie del metabolismo secondo criteri di appropriatezza ed efficacia e favorevoli risultati di costo/beneficio. Si dovrà poi garantire una valutazione del rischio individuale a tutte le donne in gravidanza e, in base a questo, l'accesso alla diagnosi prenatale con metodiche invasive e/o non invasive in centri competenti e qualificati; la diagnosi prenatale compresa quella genetica preimpianto a tutte le coppie con un rischio genetico di ricorrenza personale o familiare che si rivolgono alla Pma; gli screening neonatali e postnatali a cascata dopo l'identificazione di un caso indice laddove possibile ed appropriato.

Molte in questo caso le **azioni** indicate nel piano, tra queste troviamo: indirizzare tempestivamente e correttamente la persona con il sospetto diagnostico o la diagnosi confermata di MR ai Centri di riferimento della Rete Nazionale MR; definire dei percorsi e protocolli per la diagnostica genetica nelle MR; monitorare ed eventualmente programmare l'offerta dei laboratori di genetica medica che effettuano i test genetici; incentivare la dotazione e l'utilizzo di tecnologie avanzate di diagnostica per immagini, laboratoristica e strumentale per migliorare le capacità diagnostiche della rete nazionale malattie rare.

TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

L'accesso ai trattamenti per le malattie rare, si spiega, deve essere garantito secondo principi di efficacia, tempestività, equità e semplificazione dei percorsi, con attenzione sia ai trattamenti eziologici con azione mirata sul meccanismo patogenetico alla base della malattia, laddove esistenti, sia a quelli sintomatici e di supporto finalizzati al controllo e al miglioramento dei sintomi. Deve essere preservata la qualità di vita dei pazienti, il mantenimento delle funzioni, e il contrasto delle comorbidità.

In questo caso, tra gli **obiettivi** da perseguire troviamo: favorire l'accesso tempestivo a farmaci eziologici, patogenetici, sintomatici e sostitutivi di dimostrata efficacia nel modificare positivamente la storia naturale della malattia e migliorare la qualità di vita del paziente; facilitare e semplificare gli accessi a tutte le opzioni terapeutiche previste dai Piani Terapeutici Individuali e redatti dai clinici dei Centri di riferimento per le malattie rare; creare un sistema equo di accesso ai trattamenti per le malattie rare abbattendo le disparità tra differenti aree geografiche; integrare la valutazione Hta.

Tra le **azioni** suggerite troviamo: valutazione integrata, da parte di Aifa, degli strumenti normativi esistenti al fine di ottimizzare il loro utilizzo per le diverse casistiche in modo trasparente e omogeneo tra tutte le Regioni; istituzione di un gruppo di lavoro congiunto Aifa e Tavolo tecnico per le malattie rare delle Regioni per predisporre una ricognizione dei farmaci non in fascia A, H o compresi nella legge n. 648/1996 e delle altre strategie terapeutiche già garantite nelle varie Regioni/PPAA e per redigere, entro 12 mesi dalla pubblicazione del presente piano, un elenco unico su base nazionale, annualmente rinnovato; individuare i percorsi che consentano l'effettiva erogazione di tali farmaci a carico del Ssn in modo omogeneo in tutto il Paese; definizione delle modalità che consentano il trattamento a carico del Ssn, anche presso la Asl di residenza, del paziente con piano redatto da un Centro di riferimento fuori dalla Regione di residenza; assicurare l'importazione di farmaci in commercio in altri Paesi con indicazioni diverse rispetto all'utilizzo per la malattia rara, per la quale esistono evidenze scientifiche di efficacia e sicurezza, purché compresi nei piani terapeutici redatti dai Centri di riferimento per malattie rare.

TRATTAMENTI NON FARMACOLOGICI

I trattamenti non farmacologici, comprendenti una serie articolata di prodotti molto diversi tra di loro tra cui alimenti a fini medici speciali, integratori, parafarmaci e cosmetici, presidi, dispositivi medici, protesi, ausili, trattamenti riabilitativi di vario genere per funzione o per organo, etc. costituiscono strumenti essenziali per la presa in carico del malato raro, sia perché per molte persone essi costituiscono le uniche opzioni possibili di intervento, sia perché essi sono comunque una parte essenziale del complesso piano di presa in carico del malato associati a uno o più farmaci eziologici, sintomatici o per le comorbidità.

Tra i diversi **obiettivi** da perseguire qui troviamo: garantire per i malati rari l'accesso ai trattamenti non farmacologici compresi nei piani di presa in carico definiti dai Centri di riferimento per malattie rare, quando ritenuti dai clinici prescrittori essenziali e non sostituibili in base a esplicite evidenze scientifiche e/o dati presenti in letteratura e/o esperienze ampiamente condivise; organizzare le reti regionali/interregionali per malattie rare in modo che tali trattamenti siano erogati ed eventualmente messi in atto nei luoghi, negli ambiti assistenziali e nei servizi più adeguati alla complessità clinica e particolarità del trattamento e contemporaneamente più vicini al luogo di vita del paziente; raccogliere le informazioni in real world circa la consistenza e gli esiti dei piani terapeutici integrati comprendenti solo o anche trattamenti non farmacologici. Quanto alle **azioni** possiamo menzionare la definizione di un percorso amministrativo che dalla prescrizione del trattamento all'interno del piano di presa in carico redatto dal Centro di riferimento per malattie rare porta all'eventuale approvvigionamento e alla erogazione del trattamento in modo che siano stabiliti ruoli e compiti di ciascun decisore coinvolto, ambito di discrezionalità della decisione o della sua mandatorietà. E poi, definire linee guida condivise che possano essere applicate nella valutazione di essenzialità e non sostituibilità dei trattamenti non farmacologici per i quali spesso sono carenti solide evidenze scientifiche; Effettuare una ricognizione dei trattamenti non farmacologici più frequentemente erogati, al fine di predisporre un elenco nazionale che comprenda tali trattamenti; favorire la sperimentazione di tecnologie Hta.

PERCORSI ASSISTENZIALI

L'assistenza alle persone con malattie rare richiede una molteplicità di competenze, interventi e prestazioni erogate in setting assistenziali (ambiente, ricovero ospedaliero, ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, domiciliare, etc.) diversi e presso servizi spesso anche geograficamente molto lontani tra loro. Tutto ciò implica spostamenti del malato tra più sedi, servizi e vari specialisti per gli interventi necessari al trattamento e al monitoraggio della sua patologia. Questo collegamento tra i vari setting assistenziali definisce il percorso assistenziale individuale di ciascuna persona, che dipende dalla complessità dei problemi assistenziali e dei bisogni diversificati di ogni paziente. Il percorso assistenziale si deve svolgere all'interno di una rete che deve congiungere in modo ordinato e programmato i centri per l'assistenza ai malati rari anche lontani dalla loro residenza, gli ospedali più prossimi al loro luogo di vita e i servizi territoriali, fino all'assistenza al domicilio del paziente stesso, secondo l'assetto organizzativo previsto in un dato territorio. La rete è composta da nodi che si articolano essenzialmente in due macro-ambiti: setting ospedaliero dei Centri di riferimento e ospedali ad essi collegati, e setting territoriale, comprendente il distretto, l'ospedale di comunità, le altre residenze non ospedaliere, le case di comunità e il luogo di vita della persona con malattia rara.

Tra gli **obiettivi** da perseguire, dal punto di vista della persona con malattia rara troviamo: assicurare la continuità assistenziale, diminuire i tempi di latenza tra esordio della patologia e diagnosi e garantire cure appropriate nei luoghi più adatti di erogazione; garantire la miglior qualità di vita possibile in funzione delle condizioni cliniche, la maggior inclusione e ruolo sociale possibile e le maggiori opportunità di realizzazione nella dimensione educativa, lavorativa e di vita sociale; assicurare l'accompagnamento e il supporto psicologico alla persona con malattia rara e alla sua famiglia verso l'acquisizione di un ruolo consapevole e partecipativo nella gestione della propria salute e nelle scelte della propria vita; accompagnare la transizione delle cure dall'età pediatrica all'età adulta.

A questi si vanno poi a sommare ulteriori obiettivi riguardanti in senso più stretto non la persona malata ma la Rete Nazionale ed i suoi nodi.

Anche in questo caso troviamo numerose **azioni**, tra queste ad esempio: estendere, migliorare e completare la concreta realizzazione del modello di Centro di riferimento come unità funzionale comprendente più UU.OO. necessarie per completare il percorso diagnostico e il trattamento del paziente in ogni fase della malattia; verificare ed eventualmente aggiornare i compiti, le funzioni dei centri di coordinamento regionali, dei centri di riferimento per malattie rare e degli ospedali dove essi sono incardinati, alcuni dei quali partecipano come Centri di eccellenza (Health Care Providers) alle Ern; identificare all'interno delle reti per malattie rare, anche attraverso accordi tra Regioni/PPAA, unità specificamente dedicate alle terapie geniche, cellulari e tissutali.

Inoltre, nell'ambito della nuova organizzazione dell'assistenza territoriale si propone di orientare alcune **Case della Comunità hub** che si andranno a costituire per la presa in carico del malato raro con una formazione specifica per i professionisti ivi impegnati in modo da facilitare il rapporto tra Centri di riferimento per i malati rari e attività e servizi che se ne devono far carico a livello distrettuale. Questi nodi territoriali o unità territoriali per malati rari potrebbero costituire una rete adatta a fornire una presa in carico territoriale e domiciliare ad alta intensità assistenziale ed avrebbero il compito di orientare le attività per malati rari che si svolgono sul territorio. Si propone poi di attrezzare alcuni Ospedali di Comunità alla presa in carico temporanea del malato raro in situazioni di particolare complessità e carico assistenziale, di norma supportato dalla famiglia, con un rapporto di e-health diretto con i Centri di riferimento, in modo da poter effettuare ricoveri di sollievo per alcune settimane all'anno.

FORMAZIONE

Gli operatori sanitari non hanno sufficiente conoscenza delle singole malattie rare e il numero di specialisti in questo settore rimane inadeguato; ciò comporta il rischio di un ritardo nella formulazione della diagnosi e nell'offerta di cure appropriate per i pazienti, oltre alla difficoltà per i medici e di tutte le altre professioni sanitarie, socio-sanitarie di sviluppare una relazione corretta con la persona che ne soffre.

Il Piano propone tra gli **obiettivi** da perseguire: aumentare le conoscenze e le competenze sulla tematica delle malattie rare nella formazione universitaria; inoltre è necessario implementare azioni al fine di rendere più omogenea la formazione nelle scuole di specializzazione a livello nazionale; aumentare le competenze metodologiche di sanità pubblica nell'ambito delle malattie rare; migliorare ed aumentare le conoscenze e le competenze sulle MR dei MMG in formazione e dei MMG/PLS già formati; promuovere la Formazione Continua ECM sulle malattie rare; promuovere la formazione delle Associazioni dei pazienti e dei loro Rappresentanti; aumentare le conoscenze e le competenze di medici, infermieri di tutte le altre professioni sanitarie e socio-sanitarie coinvolti nelle cure domiciliari.

Tra le **azioni** da mettere in campo troviamo la promozione di corsi di formazione dei formatori sugli aspetti metodologici di sanità pubblica applicata alle malattie rare d'intesa tra i diversi livelli di competenza; la realizzazione di corsi di formazione sulle malattie rare dei MMG e dei PLS; nell'ambito della formazione continua ECM, promuovere ed aumentare il numero di corsi FAD disponibili sulle malattie rare.

INFORMAZIONE

La Raccomandazione del Consiglio Europeo dell'8 giugno 2009 su un'azione nel settore delle malattie rare (2009/C 151/02) parla esplicitamente della necessità di garantire l'accessibilità dell'informazione alle persone con malattia rara. Sono presenti sistemi consolidati e qualificati di informazione sulle malattie rare.

In questo caso tra gli **obiettivi** da perseguire troviamo: mantenere e implementare le attività dei portali informativi nazionali e regionali, favorendone l'aggiornamento dei contenuti e l'utilizzo da parte dei portatori di interesse; incentivare l'uso dell'informazione dei portali informativi europei; sviluppare il Portale inter-istituzionale sulle malattie rare con il diretto coinvolgimento fin dalle fasi di progettazione e gestione dei contenuti dei principali attori istituzionali quali Ministero della Salute, ISS, Regioni., oltre che delle Associazioni di utenza; mantenere e implementare l'interfaccia italiana del portale Orphanet.

Quanto alle **azioni**, il Piano punta a: favorire la coerenza delle informazioni sulle Malattie Rare riportate nei portali esistenti; implementare e armonizzare i contenuti del Portale inter-istituzionale coinvolgendo attivamente il Centro Nazionale Malattie Rare, le Regioni, le Province Autonome, Orphanet e la Federazione Uniamo e le Associazioni dei malati rari, e altri selezionati attori competenti con specifica esperienza nella comunicazione nell'ambito delle malattie rare, anche rimandando a siti specifici di competenza dei soggetti coinvolti; individuare le modalità sistematiche ed eventualmente strutturali che consentono la verifica della qualità e corrispondenza dei dati pubblicati; porre le basi per rafforzare la partnership tra enti istituzionali, organizzazioni di pazienti ed altre organizzazioni coinvolte nell'ambito delle malattie rare, della disabilità e della fragilità in generale per migliorare l'ampiezza delle informazioni fornite; utilizzare anche le help line e i servizi di supporto al cittadino e al professionista per contribuire a monitorare l'efficacia dell'offerta assistenziale; monitorare, anche attraverso siti informativi (siti web, help line, punti informativi ecc.) le

aspettative di cittadini, pazienti e professionisti; censire e pubblicizzare gli organi informativi esistenti, comprese le loro attività.

REGISTRI E MONITORAGGIO DELLA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RARE

Il lavoro effettuato negli anni in Italia, ha permesso di mettere a punto un sistema di sorveglianza delle malattie rare esentate, ma esso attualmente non costituisce un sistema di monitoraggio completo della rete nazionale delle malattie rare. Infatti, si spiega nel documento, nonostante il sistema complesso di monitoraggio sulle malattie rare presente in Italia abbia numerosi aspetti positivi e abbia consentito di avere a livello regionale e nazionale informazioni di grande rilievo per quanto attiene le malattie rare e le persone con malattia rara, permangono tuttora rilevanti criticità sia nella persistente eterogeneità dei sistemi informativi che si sono via via sviluppati per alimentare i registri a livello regionale, sia nell'organizzazione e gestione dell'informazione raccolta a livello nazionale.

Tra gli **obiettivi** troviamo quello di adeguare il sistema di monitoraggio per le malattie rare esistente in Italia in modo da realizzare un flusso informativo delle reti regionali/interregionali per le malattie rare al fine di: produrre nuove conoscenze scientifiche sulle malattie rare; supportare la rete di assistenza per i malati rari e facilitare le attività cliniche e di presa in carico realizzate e contemporaneamente permettere la valutazione di quanto realmente attivato dai servizi; promuovere l'integrazione a livello regionale e nazionale con i flussi informativi correnti, con il nucleo minimo del Fascicolo Sanitario Elettronico e con il profilo Sanitario Sintetico (PSS) o carta d'identità sanitaria dell'assistito; favorire l'accesso ai dati aggregati raccolti nel RNMR ai decisori (sia a livello nazionale che regionale), ai ricercatori ed alle associazioni di pazienti; garantire l'integrazione con altri flussi e basi di dati provenienti da realtà europee, quali ad esempio i registri degli ERN e registri di patologia internazionali, attraverso l'impiego di linguaggi per l'inserimento dati sempre più standardizzati ed univoci (es. Human Phenotype Ontology) seguendo l'approccio Fair.

Tra le diverse azioni proposte possiamo menzionare: incrementare la completezza della rilevazione; l'istituzione di un gruppo di lavoro formato da rappresentanti dell'Iss, del Ministero della Salute, delle Regioni; definire un set condiviso di indicatori sintetici di performance delle intere reti regionali/interregionali.

RICERCA

Qui si inizia subito a dire che la ricerca sulle malattie rare deve essere una priorità per il sistema paese. Devono essere aumentati gli incentivi alla ricerca, in particolare per le aree che meno hanno beneficiato di progetti di ricerca specifici, assegnati attraverso procedure competitive e trasparenti e deve essere assicurato il necessario sostegno alle infrastrutture di ricerca abilitanti. A fronte del patrimonio di competenze e del valore della ricerca sulle malattie rare svolta in Italia, l'indicazione fondamentale di questo piano è di costruire su quanto già disponibile, investendo nel mettere a sistema infrastrutture fisiche e non, competenze scientifiche e di programmazione, risorse pubbliche e private. La ricerca sulle malattie rare dovrà puntare su maggiori sinergie tra i vari attori presenti nel paese per avere una visione unitaria sulla governance della ricerca nel campo delle MR.

I contenuti di questo capitolo tengono conto degli indirizzi strategici, presenti nei vari documenti programmatici nazionali e delle varie iniziative a livello europeo sul tema di ricerca nelle malattie rare.

Tra gli **obiettivi** troviamo quindi: ottimizzare l'utilizzo dei fondi disponibili per le malattie rare, attraverso processi di prioritizzazione degli investimenti, al fine di assicurare il più alto livello di qualità e massimizzare l'impatto dei risultati della ricerca; promuovere la sinergia tra investimenti nella direzione di una partnership pubblico-privata per le malattie rare e l'allargamento della platea dei soggetti pubblici e privati che, in base a criteri di competenza e qualità dell'esperienza già svolta, possano accedere ai bandi nazionali e internazionali tra cui quelli delle azioni indicate nella premessa; incentivare la condivisione dei dati di ricerca; c) Creare una rete che incentivi, faciliti e semplifichi il trasferimento tecnologico e il collegamento tra la ricerca, la produzione e la distribuzione del prodotto; promuovere l'utilizzo dello Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare per la produzione di molecole da utilizzare in studi clinici indipendenti.

Molte le **azioni** contemplate in questo capitolo che vengono diversificate tra quelle riguardanti il coordinamento e la governance della ricerca sulle malattie rare a livello nazionale, quelle riferite alle infrastrutture di ricerca e quelle sulla condivisione dei dati.

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=113513

In Europa 1,6 casi ogni 100 interventi. In Italia incidenza più bassa rispetto alla media europea

Monitorati circa 2.500 ospedali di 13 Paesi per un totale di 1,2 milioni di interventi. In tutto poco meno di 20mila casi di infezione con una percentuale variabile dallo 0,6% per la chirurgia della protesi del ginocchio al 9,5% per la chirurgia del colon aperto. Sotto osservazione nove tipi di procedure chirurgiche: innesto di bypass coronarico, colecistectomia a cielo aperto e laparoscopica, chirurgia del colon a cielo aperto e laparoscopica, taglio cesareo, protesi dell'anca, protesi del ginocchio e laminectomia. La situazione italiana migliore o in media per tutti gli indicatori.

09 MAG -

Tra il 2018 e il 2020, sono state segnalate quasi 20.000 infezioni del sito chirurgico (SSIs) su un totale di oltre 1,2 milioni di interventi chirurgici in 13 paesi UE/SEE che partecipano alla sorveglianza sulle SSIs coordinata dall'ECDC e che ha monitorato oltre 2.500 ospedali che fanno parte di questa rete di sorveglianza. L'incidenza è quindi di circa 1,6 casi ogni cento interventi.

Table 1. Number of reporting hospitals and reported surgical procedures by country/network and type of surgical procedure, EU/EEA, 2018–2020

Country/network	Number of reporting hospitals	Number of procedures									Total
		CABG	Laparoscopic CHOL	Open CHOL	Laparoscopic COLO	Open COLO	CSEC	HPRO	KPRO	LAM	
Austria	35	1 196	5 545	2 282	106	1 057	9 395	18 372	12 621		50 574
Estonia	2	119					441				560
Finland	18							28 530	25 198		53 728
France	330	1 055	6 666		1 283		12 624	15 605	11 486	1 227	49 946
Germany	1 711	28 985	62 190	3 961	14 642	22 361	82 206	221 138	139 245	23 384	598 112
Hungary	41	308	2 904	699	245	978	5 470	1 092	982	686	13 364
Italy	126	4 022	12 140	3 421	4 538	6 224	15 834	26 435	18 341	7 331	98 286
Lithuania	51	479	1 879	102	91	246	1 580	1 480	1 159		7 016
Malta	2				40	213		371	663		1 287
Netherlands	82	1 107	24 246	123	9 380	3 890	25 124	97 012	83 363	5 354	249 619
Norway	61	3 624	17 725	579	5 539	3 917	23 810	38 405			93 599
Portugal	73	79	9 806	88	4 343	530	8 720	7 235	6 732	1 825	39 358
Slovakia	5		381	128							509
EU/EEA	2 537	40 974	143 482	11 383	40 207	39 416	185 204	455 675	299 810	39 807	1 255 958

Source: Country reports from Austria, Estonia, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia.

CABG: coronary artery bypass graft, CHOL: cholecystectomy, COLO: colon surgery, CSEC: caesarean section, HPRO: hip prosthesis, KPRO: knee prosthesis, LAM: laminectomy.

Le SSIs sono tra le più comuni infezioni nosocomiali acquisite dai pazienti durante la loro degenza in ospedale o in altre strutture sanitarie. Le SSIs sono associate a degenze ospedaliere postoperatorie più lunghe, possono richiedere ulteriori procedure chirurgiche, possono richiedere cure intensive e possono comportare una maggiore morbilità e mortalità.

Il protocollo dell'ECDC per la sorveglianza delle SSIs comprende nove tipi di procedure chirurgiche: innesto di bypass coronarico, colecistectomia a cielo aperto e laparoscopica, chirurgia del colon a cielo aperto e laparoscopica, taglio cesareo, protesi dell'anca, protesi del ginocchio e laminectomia.

La percentuale di SSIs variava a seconda del tipo di procedura chirurgica, variando dallo 0,6% per la chirurgia della protesi del ginocchio al 9,5% per la chirurgia del colon aperto. Quasi un terzo di tutte le SSIs sono state diagnosticate negli ospedali, mentre la metà è stata rilevata dopo la dimissione dall'ospedale. Per il restante 20%

circa delle SSIs, la data di dimissione era sconosciuta e non è stato possibile stabilire il luogo di rilevamento delle SSIs.

Complessivamente, le specie *Enterococcus* (17,6%), *Escherichia coli* (17,2%) e *Staphylococcus aureus* (15,2%) sono stati i microrganismi più frequentemente riportati che causano le SSIs.

Il numero di paesi UE/SEE partecipanti è rimasto lo stesso nel 2018-2019 rispetto al 2017, ma sia il numero di paesi segnalanti che il numero di procedure chirurgiche segnalate sono diminuiti nel 2020.

Questo perché la pandemia di COVID-19 ha influenzato la raccolta di dati come è accaduto anche per altre attività di sorveglianza della salute pubblica in tutti i paesi dell'UE/SEE.

In proposito l'Ecd rileva che il fatto che non tutti i paesi UE/SEE partecipino a questo sistema di sorveglianza limita la rappresentatività dei risultati. Tuttavia, osserva sempre l'Ecdc, la sorveglianza rimane una componente chiave nella prevenzione delle infezioni nosocomiali e uno strumento prezioso per monitorare l'efficacia delle misure di prevenzione e controllo.

I dati italiani a confronto con gli altri Paesi monitorati

Complessivamente l'Italia presenta una situazione migliore rispetto alla media per i primi otto indicatori, mentre sul nono, quello della chirurgia della protesi del ginocchio, è in perfetta media europea, come si può riscontrare dalle tabelle seguenti del rapporto Ecd.

In Italia si rileva una media di 1,2 casi di infezione su 100 interventi chirurgici effettuati a fronte della media europea di 1,6 casi.

Table A2.1. Coronary artery bypass graft (CABG): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	1 196	24	2.0 [1.3-3.0]	833	11 574	14 (58.3)	1.2 [0.7-2.0]
Estonia	119	1	0.8 [0.0-4.7]	119	1 495	1 (100)	0.7 [0.0-3.7]
France	1 055	42	4.0 [2.9-5.4]	1 055	10 841	12 (28.6)	1.1 [0.6-1.9]
Germany	28 985	516	1.8 [1.6-1.9]	18 807	246 133	146 (28.3)	0.6 [0.5-0.7]
Hungary	308	15	4.9 [2.7-8.0]	308	2 592	7 (46.7)	2.7 [1.1-5.6]
Italy	4 022	37	0.9 [0.6-1.3]	4 017	46 937	19 (51.4)	0.4 [0.2-0.6]
Lithuania	479	24	5.0 [3.2-7.5]	479	7 324	24 (100)	3.3 [2.1-4.9]
Netherlands	1 107	18	1.6 [1.0-2.6]	1 107	7 991	5 (27.8)	0.6 [0.2-1.5]
Norway	3 624	115	3.2 [2.6-3.8]	3 624	24 374	18 (15.7)	0.7 [0.4-1.2]
Portugal	79	0	0.0 [0.0-4.7]	79	835	0 (-)	0.0 [0.0-4.4]
EU/EEA	40 974	792	1.9 [1.8-2.1]	30 428	360 096	246 (31.1)	0.7 [0.6-0.8]

Source: Country reports from: Austria, Estonia, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, the Netherlands, Norway and Portugal

(1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation + 1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A3.1. Laparoscopic cholecystectomy (CHOL): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs) by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	5 545	21	0.4 [0.2-0.6]	4 062	16 468	13 (61.9)	0.8 [0.4-1.3]
France	6 666	48	0.7 [0.5-1.0]	6 664	18 295	16 (33.3)	0.9 [0.5-1.4]
Germany	62 190	585	0.9 [0.9-1.0]	51 050	239 828	138 (23.6)	0.6 [0.5-0.7]
Hungary	2 904	32	1.1 [0.8-1.6]	2 904	10 791	10 (31.3)	0.9 [0.4-1.7]
Italy	12 140	89	0.7 [0.6-0.9]	12 071	42 707	18 (20.2)	0.4 [0.2-0.7]
Lithuania	1 879	4	0.2 [0.1-0.5]	1 879	7 410	4 (100)	0.5 [0.1-1.4]
Netherlands	24 246	642	2.6 [2.4-2.9]	24 246	47 866	66 (10.3)	1.4 [1.1-1.8]
Norway	17 725	497	2.8 [2.6-3.1]	17 724	38 789	48 (9.7)	1.2 [0.9-1.6]
Portugal	9 806	230	2.3 [2.1-2.7]	9 806	39 488	122 (53.0)	3.1 [2.6-3.7]
Slovakia	381	11	2.9 [1.4-5.2]	381	1 232	3 (27.3)	2.4 [0.5-7.1]
EU/EEA	143 482	2 159	1.5 [1.4-1.6]	130 787	462 874	438 (20.3)	0.9 [0.9-1.0]

Source: Country reports from: Austria, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia

(1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation + 1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A4.1. Open cholecystectomy (CHOL): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	2 282	20	0.9 [0.5- 1.4]	1 312	6 529	14 (70.0)	2.1 [1.2- 3.6]
Germany	3 961	223	5.6 [4.9- 6.4]	3 090	32 062	115 (51.6)	3.6 [3.0- 4.3]
Hungary	699	43	6.2 [4.5- 8.3]	699	3 788	26 (60.5)	6.9 [4.5-10.1]
Italy	3 421	56	1.6 [1.2- 2.1]	3 418	28 476	40 (71.4)	1.4 [1.0- 1.9]
Lithuania	102	3	2.9 [0.6- 8.6]	102	507	2 (66.7)	3.9 [0.5-14.2]
Netherlands	123	13	10.6 [5.6-18.1]	123	642	5 (38.5)	7.8 [2.5-18.2]
Norway	579	72	12.4 [9.7-15.7]	577	5 182	36 (50.0)	6.9 [4.9- 9.6]
Portugal	88	4	4.5 [1.2-11.6]	88	775	1 (25.0)	1.3 [0.0- 7.2]
Slovakia	128	3	2.3 [0.5- 6.8]	128	493	2 (66.7)	4.1 [0.5-14.7]
EU/EEA	11 383	437	3.8 [3.5- 4.2]	9 537	78 454	241 (55.1)	3.1 [2.7- 3.5]

Source: Country reports from: Austria, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, the Netherlands, Norway, Portugal and Slovakia.

(1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation + 1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A5.1. Laparoscopic colon surgery (COLO): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	106	5	4.7 [1.5-11.0]	91	858	5 (100)	5.8 [1.9-13.6]
France	1 283	92	7.2 [5.8-8.8]	1 283	12 338	70 (76.1)	5.7 [4.4-7.2]
Germany	14 642	703	4.8 [4.5-5.2]	11 621	120 182	257 (36.6)	2.1 [1.9-2.4]
Hungary	245	16	6.5 [3.7-10.6]	245	2 236	11 (68.8)	4.9 [2.5-8.8]
Italy	4 538	159	3.5 [3.0-4.1]	4 537	43 340	96 (60.4)	2.2 [1.8-2.7]
Lithuania	91	11	12.1 [6.0-21.6]	91	1 024	11 (100)	10.7 [5.4-19.2]
Malta	40	6	15.0 [5.5-32.6]	40	309	4 (66.7)	12.9 [3.5-33.1]
Netherlands	9 380	626	6.7 [6.2-7.2]	9 380	66 063	311 (49.7)	4.7 [4.2-5.3]
Norway	5 539	352	6.4 [5.7-7.1]	5 538	36 927	178 (50.6)	4.8 [4.1-5.6]
Portugal	4 343	713	16.4 [15.2-17.7]	4 343	53 612	539 (75.6)	10.1 [9.2-10.9]
EU/EEA	40 207	2 683	6.7 [6.4-6.9]	37 169	336 889	1 482 (55.2)	4.4 [4.2-4.6]

Source: Country reports from: Austria, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway and Portugal
 (1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation +1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A6.1. Open colon surgery (COLO): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	1 057	38	3.6 [2.5-4.9]	749	7 556	37 (97.4)	4.9 [3.4-6.7]
Germany	22 361	1 984	8.9 [8.5-9.3]	15 889	232 224	930 (46.9)	4.0 [3.8-4.3]
Hungary	978	102	10.4 [8.5-12.7]	978	10 468	81 (79.4)	7.7 [6.1-9.6]
Italy	6 224	367	5.9 [5.3-6.5]	6 215	87 974	290 (79.0)	3.3 [2.9-3.7]
Lithuania	246	26	10.6 [6.9-15.5]	246	3 142	23 (88.5)	7.3 [4.6-11.0]
Malta	213	57	26.8 [20.3-34.7]	213	2 878	35 (61.4)	12.2 [8.5-16.9]
Netherlands	3 890	627	16.1 [14.9-17.4]	3 890	46 880	471 (75.1)	10.0 [9.2-11.0]
Norway	3 917	459	11.7 [10.7-12.8]	3 916	42 101	273 (59.5)	6.5 [5.7-7.3]
Portugal	530	77	14.5 [11.5-18.2]	530	6 749	61 (79.2)	9.0 [6.9-11.6]
EU/EEA	39 416	3 737	9.5 [9.2-9.8]	32 626	439 972	2 201 (58.9)	5.0 [4.8-5.2]

Source: Country reports from: Austria, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway and Portugal
 (1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation +1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

* Austria not included as no discharge dates provided.

Table A7.1. Caesarean section (CSEC): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	9 395	48	0.5 [0.4-0.7]	6 799	36 143	20 (41.7)	0.6 [0.3-0.9]
Estonia	441	9	2.0 [0.9-3.9]	441	1 966	2 (22.2)	1.0 [0.1-3.7]
France	12 624	210	1.7 [1.4-1.9]	12 624	74 773	57 (27.1)	0.8 [0.6-1.0]
Germany	82 206	526	0.6 [0.6-0.7]	67 113	324 947	85 (16.2)	0.3 [0.2-0.3]
Hungary	5 470	69	1.3 [1.0-1.6]	5 470	28 969	6 (8.7)	0.2 [0.1-0.5]
Italy	15 834	114	0.7 [0.6-0.9]	15 821	72 639	20 (17.5)	0.3 [0.2-0.4]
Lithuania	1 580	10	0.6 [0.3-1.2]	1 580	8 592	9 (90.0)	1.0 [0.5-2.0]
Netherlands	25 124	380	1.5 [1.4-1.7]	25 124	98 690	50 (13.2)	0.5 [0.4-0.7]
Norway	23 810	854	3.6 [3.4-3.8]	23 809	114 926	162 (19.0)	1.4 [1.2-1.6]
Portugal	8 720	136	1.6 [1.3-1.8]	8 720	39 768	21 (15.4)	0.5 [0.3-0.8]
EU/EEA	185 204	2 356	1.3 [1.2-1.3]	167 501	801 413	432 (18.3)	0.5 [0.5-0.6]

Source: Country reports from: Austria, Estonia, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, the Netherlands, Norway and Portugal

(1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation + 1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A8.1. Hip prosthesis (HPRO): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	18 372	145	0.8 [0.7-0.9]	12 160	122 638	64 (44.1)	0.5 [0.4-0.7]
Finland	28 530	471	1.7 [1.5-1.8]	8 265	33 509	4 (0.8)	0.1 [0.0-0.3]
France	15 605	233	1.5 [1.3-1.7]	15 605	106 423	41 (17.6)	0.4 [0.3-0.5]
Germany	221 138	2 301	1.0 [1.0-1.1]	161 103	1 699 534	397 (17.3)	0.2 [0.2-0.3]
Hungary	1 092	10	0.9 [0.4-1.7]	1 092	9 832	8 (80.0)	0.8 [0.4-1.6]
Italy	26 435	203	0.8 [0.7-0.9]	26 386	247 218	67 (33.0)	0.3 [0.2-0.3]
Lithuania	1 480	0	0.0 [0.0-0.2]	1 480	13 280	0 (-)	0 [0-0.3]
Malta	371	11	3.0 [1.5-5.3]	371	3 428	4 (36.4)	1.2 [0.3-3.0]
Netherlands	97 012	1 205	1.2 [1.2-1.3]	97 012	322 824	58 (4.8)	0.2 [0.1-0.2]
Norway	38 405	674	1.8 [1.6-1.9]	38 405	169 335	38 (5.6)	0.2 [0.2-0.3]
Portugal	7 235	99	1.4 [1.1-1.7]	7 235	63 639	41 (41.4)	0.6 [0.5-0.9]
EU/EEA	455 675	5 352	1.2 [1.1-1.2]	369 114	2 791 660	722 (13.5)	0.3 [0.2-0.3]

Source: Country reports from: Austria, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Malta, the Netherlands, Norway and Portugal

(1) Only superficial SSIs diagnosed within 30 days or deep or organ/space SSIs diagnosed within 90 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation + 1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A9.1. Knee prosthesis (KPRO): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
Austria	12 621	57	0.5 [0.3-0.6]	8 334	71 950	9 (15.8)	0.1 [0.1-0.2]
Finland	25 198	268	1.1 [0.9-1.2]	7 465	30 022	2 (0.7)	0.1 [0.0-0.2]
France	11 486	114	1.0 [0.8-1.2]	11 486	75 500	8 (7.0)	0.1 [0.0-0.2]
Germany	139 245	560	0.4 [0.4-0.4]	100 129	948 325	58 (10.4)	0.1 [0.0-0.1]
Hungary	982	11	1.1 [0.6-2.0]	982	9 563	3 (27.3)	0.3 [0.1-0.9]
Italy	18 341	114	0.6 [0.5-0.7]	18 333	150 718	39 (34.2)	0.3 [0.2-0.4]
Malta	1 159	2	0.2 [0.0-0.6]	1 159	10 017	1 (50.0)	0.1 [0.0-0.6]
Lithuania	663	28	4.2 [2.8-6.1]	663	3 476	3 (10.7)	0.9 [0.2-2.5]
Netherlands	83 383	658	0.8 [0.7-0.9]	83 383	266 032	20 (3.0)	0.1 [0.0-0.1]
Portugal	6 732	79	1.2 [0.9-1.5]	6 732	49 932	28 (35.4)	0.6 [0.4-0.8]
EU/EEA	299 810	1891	0.6 [0.6-0.7]	238 666	1 615 535	171 (9.0)	0.1 [0.1-0.1]

Source: Country reports from: Austria, Finland, France, Germany, Hungary, Italy, Lithuania, Malta, the Netherlands and Portugal (1) Only superficial SSIs diagnosed within 30 days or deep or organ/space SSIs diagnosed within 90 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation +1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

Table A10.1. Laminectomy (LAM): percentage of SSIs and incidence density of in-hospital SSIs by country, EU/EEA, 2018–2020

Country	No. of operations	No. of SSIs (1)	Percentage of SSIs per 100 operations [95% CI] (2)	No. of operations with a known discharge date	No. of post-operative patient-days (3)	No. of in-hospital SSIs (% of all SSIs) (4)	Incidence density of SSIs per 1 000 post-operative patient-days [95% CI] (5)
France	1 227	23	1.9 [1.2-2.8]	1 227	6 904	5 (21.7)	0.7 [0.2-1.7]
Germany	23 384	103	0.4 [0.4-0.5]	14 845	93 129	20 (19.4)	0.2 [0.1-0.3]
Hungary	686	18	2.6 [1.6-4.1]	686	3 760	11 (61.1)	2.9 [1.5-5.2]
Italy	7 331	44	0.6 [0.4-0.8]	7 331	38 315	14 (31.8)	0.4 [0.2-0.6]
Netherlands	5 354	75	1.4 [1.1-1.8]	5 354	13 827	1 (1.3)	0.1 [0.0-0.4]
Portugal	1 825	10	0.5 [0.3-1.0]	1 825	8 549	5 (50.0)	0.6 [0.2-1.4]
EU/EEA	39 807	273	0.7 [0.6-0.8]	31 268	164 484	56 (20.5)	0.3 [0.3-0.4]

Source: Country reports from: France, Germany, Hungary, Italy, the Netherlands and Portugal (1) Only SSIs diagnosed within 30 days after the operation are included; (2) percentage of SSIs = (number of SSIs × 100)/number of operations; (3) post-operative patient-days = date of discharge – date of operation +1; (4) SSIs reported after discharge from hospital or with an unknown discharge date are excluded; (5) incidence density of SSIs = (number of in-hospital SSIs × 1000)/number of post-operative patient-days.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113574



PNRR e opportunità di rilancio sul territorio: uno studio rivela il percorso di sviluppo dei servizi sanitari territoriali in quattro regioni. IL Sole24 ore

Alberto Ricci e Valeria D. Tozzi

Associate professor of practice SDA Bocconi School of management, Cergas Bocconi

La Missione 6 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) rappresenta un'importante opportunità di investimento e rinnovamento per il Servizio sanitario nazionale. La Componente 1 della stessa Missione prevede 7 miliardi destinati a rafforzare l'assistenza territoriale, finanziando la realizzazione di Case di Comunità (CdC), Ospedali di comunità (Osco) e centrali operative territoriali (Cot) per la continuità delle cure con il mondo ospedaliero.

Una fotografia dell'attuale stato di sviluppo dell'assistenza sanitaria territoriale viene restituita da uno studio del Cergas, Sda Bocconi che, grazie a un grant incondizionato di Viatrix, un'azienda globale che opera nell'ambito della salute, ha analizzato i servizi sanitari offerti in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Campania: quattro regioni che rappresentano oltre il 40% della popolazione italiana. Oltre al quadro dell'esistente, è stato approfondito il processo implementativo del Pnrr e del Dm 77/22 che ciascuna regione sta sviluppando, ognuna con una storia molto eterogenea rispetto alla rete dei servizi territoriali.

L'individuazione dei siti e degli importi degli investimenti infrastrutturali è stato il primo passo affrontato, e raggiunto, a livello regionale e aziendale. Questo passaggio, essendo un cosiddetto "milestone", rappresentava un prerequisito per lo sblocco delle risorse europee e dunque un'assoluta priorità. CdC, Osco e Cot sono state localizzate in maniera tendenzialmente proporzionale alla popolazione, con alcune fisiologiche particolarità regionali. Ad esempio, in Lombardia si registra una maggiore numerosità di CdC e Osco nella porzione montana della regione, mentre nel Lazio si osserva una rilevante presenza di Ospedali di comunità in alcune aree sub-urbane della provincia di Roma.

Un altro importante elemento è la propensione a riconvertire e ristrutturare le strutture invece che a costruirne di nuove: a livello nazionale il 78% delle strutture del Pnrr (considerando CdC e OSCO) deriva da una revisione dell'offerta esistente. Emergono comunque alcune differenze regionali, con Emilia-Romagna e Campania più propense alle nuove costruzioni, soprattutto per gli ospedali di comunità, con rispettivamente il 50% e il 40% circa di nuove strutture da edificare. In Lombardia i nuovi edifici rappresenteranno un quarto di Osco e CdC oggetto di investimento, mentre il Lazio interverrà in gran parte sulle strutture già presenti.

Questo approccio principalmente orientato alla riconversione delle strutture è coerente con un'offerta di strutture ambulatoriali consistente e molto frammentata. Già oggi il Ssn dispone di 4,4 ambulatori pubblici extra-ospedalieri ogni 100.000 abitanti, a cui si aggiungono 1,5 ambulatori in strutture ospedaliere e ben 9 in strutture private accreditate. Se l'obiettivo prefigurato dai nuovi standard territoriali è di 4 Case della comunità (tra Hub e Spoke) e di un OSCO ogni 100.000 abitanti, è evidente come il Ssn disponga già di molte delle strutture necessarie. Lo sforzo dovrà riguardare principalmente la riorganizzazione dell'offerta pubblica, ma anche la maggiore integrazione con gli operatori privati già attivi sul territorio e che costituiscono una quota molto rilevante dell'offerta del Ssn.

La Missione 6 prevede inoltre l'espansione dei servizi di assistenza domiciliare, anche attraverso la telemedicina. A oggi in Italia sono in media il 6% gli over 65 trattati in assistenza domiciliare integrata (Adi) rispetto all'obiettivo del 10% previsto dal Pnrr, ad eccezione dell'Emilia-Romagna che ha già superato questa soglia.

Regioni e aziende hanno avviato anche una riflessione profonda sui modelli organizzativi della rete dei servizi territoriali, a partire dal ruolo del Distretto socio-sanitario (Dss), già oggetto del Rapporto Oasi 2022 pubblicato da Sda Bocconi. Oggi parlare di Dss evoca almeno quattro accezioni diverse: una partizione territoriale dell'Asl; una popolazione di riferimento; una responsabilità organizzativa; un sistema di relazioni con i soggetti istituzionali di ciascun territorio, come gli enti locali e il Terzo settore.

Un quadro messo in discussione dalla trasformazione delle aziende sanitarie e dalla spinta innovativa del Pnrr e del Dm 77/22, che stanno facendo emergere nuovi fabbisogni legati all'arricchimento della rete di offerta dei Dss. Emergono anche nuove funzioni e quindi nuove competenze necessarie: quelle di Population Health Management e di gestione operativa nei setting territoriali; capacità di change management per "dare gambe" alle innovazioni organizzative; abilità

nella gestione delle relazioni interistituzionali e nel community building. Quella in corso potrebbe quindi trasformarsi in una stagione di rilancio del Dss anche se l'assenza di un dibattito ampio sul tema non aiuta i processi trasformativi in atto. Al contempo, la riorganizzazione territoriale dovrà tenere conto dei nuovi rapporti di coordinamento tra ospedale e territorio, tra soggetti nuovi ed esistenti (Mmg, specialisti, farmacie, ecc), così come della creazione di nuovi potenziali Pdta per rispondere al fabbisogno epidemiologico locale.

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/aziende-e-regioni/2023-05-04/pnrr-e-opportunita-rilancio-territorio-studio-rivela-percorso-sviluppo-servizi-sanitari-territoriali-quattro-regioni-italiane-160633.php?uuid=AEgSMepD&cmpid=nlqf>

PNRR. Corte dei conti denuncia ritardi su assistenza domiciliare, Centrali operative territoriali e telemedicina. In ballo 4 miliardi. *quotidianosanita.it*

Gli interventi sono quelli compresi nel progetto "Casa come primo luogo di cura e telemedicina". Il progetto è avviato ma anche in questo caso, come rilevato in generale per molti progetti del PNRR (non solo sanitari), la tabella di marcia non è stata rispettata. Il progetto prevede diversi interventi per ottimizzare le cure a domicilio con l'ausilio delle nuove tecnologie. Ora il Ministero ha 30 giorni per individuare misure idonee a recuperare il tempo perduto.

27 APR - In ballo ci sono 4 miliardi dei circa 15 destinati alla sanità dal PNRR. Stiamo parlando del progetto "Casa come primo luogo di cura e telemedicina" per il quale nel dettaglio sono previsti nel dettaglio oltre 2 miliardi e 700 milioni per interventi nel campo dell'assistenza domiciliare, 280 milioni per le Centrali operative territoriali e un miliardo per la telemedicina.

Il progetto è avviato ma anche in questo caso, come rilevato in generale per molti progetti del PNRR (non solo sanitari), la tabella di marcia non è stata del tutto rispettata.

A rilevarlo è la Corte dei conti che ha stilato una dettagliata relazione inviata al Ministero della Salute; al Ministro per gli affari europei, il Sud, le politiche di coesione e il PNRR; alla residenza del Consiglio dei Ministri-Cabina di Regia PNRR; alla Ragioneria Generale dello Stato- IGRUE- Autorità di Audit PNRR e alle Commissioni parlamentari competenti.

Quattro gli obiettivi del progetto come sintetizzati dallo stesso Ministero della Salute:

- Identificare un modello condiviso per l'erogazione delle cure domiciliari che sfrutti al meglio le possibilità offerte dalle nuove tecnologie, come la telemedicina, la domotica, la digitalizzazione.
- Realizzare presso ogni Azienda Sanitaria Locale (ASL) un sistema informativo in grado di rilevare dati clinici in tempo reale.
- Attivare Centrali Operative Territoriali (COT), una in ogni distretto, con la funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.
- Utilizzare la telemedicina per supportare al meglio i pazienti con patologie croniche.

Nella sua relazione la Corte dei conti rileva i seguenti ritardi nel conseguimento degli obiettivi fissati:

per la sub-misura -1.2.1 - Assistenza domiciliare (ADI):

- mancato conseguimento dell'obiettivo al 31.12.2022 di erogazione di prestazioni in assistenza domiciliare in favore di 292.000 nuovi pazienti;

- mancata verifica e consolidamento al 31.03 2023 (target ITA) dei dati relativi alle prestazioni di assistenza domiciliare rese al 31.12.2022;

- mancato accertamento dell'avvenuta attivazione o adeguamento, ai sensi dell'art. 8-ter e dell'art. 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i., del sistema di autorizzazione e di accreditamento delle organizzazioni pubbliche e private per l'erogazione di cure domiciliari;
- conseguente rischio di ritardo nell'erogazione ai soggetti attuatori delle risorse finanziarie per il 2023;

per la sub-misura 1.2.2 – Centrali operative territoriali (COT):

- Per il sub-intervento 1.2.2.1 Implementazione C.O.T.:
 - mancato raggiungimento del target ITA di Assegnazione di almeno 600 progetti idonei per indizione della gara per l'implementazione delle centrali Operative territoriali al T4 2022;
 - mancato raggiungimento del target ITA di Assegnazione di almeno 600 codici CIG al T1 2023;
 - conseguente rischio di ritardo sul target ITA di Stipula dei contratti per la realizzazione degli interventi al T2 2023;
- per il sub-intervento 1.2.2.2 Interconnessione aziendale:
 - mancato raggiungimento del target ITA di "Approvazione di almeno 70 progetti idonei per l'indizione della gara per l'interconnessione aziendale al T4 2022;
 - mancato raggiungimento del target ITA di Assegnazione di almeno 70 codici CIG/Provvedimenti di convenzione per l'interconnessione aziendale al T1 2023;
 - conseguente rischio di ritardo sul target ITA di Stipula dei contratti per la realizzazione degli interventi al T2 2023.
- Per il sub-intervento 1.2.2.4 Strumenti di intelligenza artificiale:
 - mancato raggiungimento del target ITA di "Assegnazione di un codice CIG/ provvedimento di convenzione per la realizzazione del progetto di intelligenza artificiale al T1 2023;
 - conseguente rischio di ritardo su target ITA di "Stipula contratto per gli strumenti di intelligenza artificiale a supporto dell'assistenza primaria al T2 2023".

Sulla base di questi ritardi e mancanze la Corte dei conti ha quindi raccomandato al Ministero della Salute di:

- 1) adottare tutte le opportune iniziative ed attività allo stesso rimesse ai sensi degli articoli 8 e 12 del D.L. 31/05/2021, n. 77 come convertito dalla legge 29 luglio 2021, n. 108 e ss.mm. ii. ed, in particolare, vigilare sulla corretta ed efficace attuazione degli interventi da parte dei Soggetti attuatori - nel rispetto del cronoprogramma procedurale previsto in ambito europeo, nazionale o anche solamente interno alla stessa Amministrazione in ogni caso finalizzato a garantire un numero adeguato di punti di controllo - in conformità alle "Linee Guida per lo svolgimento delle attività connesse al monitoraggio del PNRR" (allegate alla citata circolare MEF n. 27/2022);
- 2) monitorare con continuità l'attuazione, da parte dei Soggetti attuatori, delle ulteriori fasi del Progetto, al fine di scongiurare eventuali ritardi che possano pregiudicare il raggiungimento degli imminenti target europei.

Ora il Ministero della Salute avrà 30 giorni per illustrare quali misure si intendono adottare "per superare le criticità segnalate".

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=113243

PNRR. Regioni in ritardo su Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità. Al 31 dicembre 2022 ne risultano attive meno di una su dieci. I dati AGENAS. quotidiano sanita.it

Giovanni Rodriquez

A fine 2022, risultano complessivamente attive 8,5% case della comunità POR (finanziate dal ONRR) e l'11,6% di quelle EXTRA POR (finanziate con altri fondi); 2,3% centrali operative territoriali attive POR e 25% centrali operative territoriali Extra POR; 7,1% ospedali di comunità POR attivi e 27,8% ospedali di comunità Extra POR. Questi alcuni dei dati emersi dall'Audizione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali dello scorso 4 maggio di fronte alla Commissione Affari sociali e Lavoro del Senato.

08 MAG - Il primo monitoraggio semestrale di Agenas sull'attuazione degli standard del DM 77/2022 riguardante il semestre giugno-dicembre 2022, per quanto concerne gli interventi previsti dalla missione 6 component 1 del ONRR, fa segnare diversi ritardi da parte delle Regioni nell'attivazione delle previste Case della comunità, Centrali operative territoriali e Ospedali di comunità la cui scadenza è per il 2026.

Questo quanto emerso dall'Audizione dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali dello scorso 4 maggio di fronte alla Commissione Affari sociali e Lavoro del Senato.

Questi interventi vengono divisi in due macrocategorie: interventi previsti nei POR (Piano Operativo Regionale) allegati ai CIS (Contratti Istituzionali di sviluppo) sottoscritti tra le Regioni/PA e il Ministero della Salute in attuazione del ONRR; interventi Extra POR che utilizzano altre fonti di finanziamento (art.20, Fondi regionali, Fesr etc.).

Ebbene, al 31/12/2022 risultano complessivamente **8,5% case della comunità POR attive e 11,6% case della comunità Extra POR attive**. Solo in cinque Regioni (Emilia Romagna, Lombardia, Molise, Piemonte e Toscana) risultano case della comunità previste nei POR già avviate e operanti e solo tre Extra POR (Lombardia, Piemonte e Umbria).

Regioni	Case della Comunità				Totale
	POR		EXTRA POR		
	Attive	Non attive	Attive	Non attive	
Abruzzo	-	40	-	-	40
Basilicata	-	19	-	-	19
Calabria	-	61	-	4	65
Campania	-	172	-	19	191
Emilia-Romagna	43	42	-	7	92
Friuli-Venezia Giulia	-	23	-	4	27
Lazio	-	135	-	-	135
Liguria	-	32	-	-	32
Lombardia	36	163	2	10	211
Marche	-	29	-	-	29
Molise	6	7	-	-	13
P.A. Bolzano	-	10	-	-	10
P.A. Trento	-	10	-	-	10
Piemonte	31	51	7	2	91
Puglia	-	121	-	-	121
Sardegna	-	50	-	30	80
Sicilia	-	156	-	-	156
Toscana	6	71	-	-	77
Umbria	-	17	2	3	22
Valle d'Aosta	-	4	-	-	4
Veneto	-	95	-	5	100
Italia	122	1308	11	84	1525

Al 31/12/2022 risultano complessivamente **2,3% centrali operative territoriali POR attive e 25% centrali operative territoriali Extra POR attive**. Solo in tre Regioni (Lombardia, Piemonte e Umbria) risultano case della comunità previste nei POR già avviate e operanti e solo due Extra POR (Lombardia e Veneto).

Regioni	Centrali Operative territoriali				Totale
	POR		EXTRA POR		
	Attive	Non attive	Attive	Non attive	
Abruzzo	-	13	-	-	13
Basilicata	-	6	-	-	6
Calabria	-	21	-	2	23
Campania	-	65	-	18	83
Emilia-Romagna	-	45	-	-	45
Friuli-Venezia Giulia	-	12	-	-	12
Lazio	-	59	-	-	59
Liguria	-	16	-	-	16
Lombardia	9	92	1	2	104
Marche	-	15	-	-	15
Molise	-	3	-	-	3
P.A. Bolzano	-	5	-	-	5
P.A. Trento	-	5	-	-	5
Piemonte	4	39	-	-	43
Puglia	-	40	-	-	40
Sardegna	-	16	-	8	24
Sicilia	-	49	-	-	49
Toscana	-	37	-	-	37
Umbria	1	8	-	-	9
Valle d'Aosta	-	1	-	-	1
Veneto	-	49	9	-	58
Italia	14	596	10	30	650

Al 31/12/2022 risultano complessivamente **7,1% ospedali di comunità POR attivi e 27,8% ospedali di comunità Extra POR attivi**. Solo in sei Regioni (Calabria, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Molise e Veneto) risultano case della comunità previste nei POR già avviate e operanti e solo due Extra POR (Lombardia e Veneto).

Quanto alle risorse stanziare per l'edilizia sanitaria ex art. 20 (34.113.807.991 euro), le principali criticità, spiega Agenas, "si riscontrano nella complessità e nella durata della procedura che non consentono un agevole e tempestivo impiego delle risorse pubbliche rese disponibili, le quali rimangono per lungo tempo immobilizzate con evidenti riflessi negativi sulla gestione finanziaria e contabile della Regione e dell'intero SSR, (fattore anche evidenziato dalla Corte dei Conti).

La lunghezza dell'iter determina spesso un parziale superamento della programmazione che non risulta sempre coerente con la normativa che nel frattempo interviene, inoltre l'aumento dei costi degli interventi e/o l'emergere di nuovi/diversi fabbisogni potrebbero richiedere variazioni degli interventi stessi e, quindi, la conseguente necessità di procedere a rimodulazioni dell'Accordo per aggiornarne i contenuti, nonché a revoche di interventi già approvati e relativa richiesta di sostituzione con nuovi interventi".

Regioni	Ospedali di Comunità				
	POR		EXTRA POR		Totale
	Attivi	Non attivi	Attivi	Non attivi	
Abruzzo	-	11	-	-	11
Basilicata	-	5	-	-	5
Calabria	1	19	-	3	23
Campania		48	-	9	57
Emilia-Romagna	5	22	-		27
Friuli-Venezia Giulia	-	7	-	2	9
Lazio	-	36	-	-	36
Liguria	1	10	-	-	11
Lombardia	9	57	1	3	70
Marche	-	9	-	-	9
Molise	2	-	-	-	2
P.A. Bolzano	-	3	-	-	3
P.A. Trento	-	3	-	-	3
Piemonte	-	27	-	3	30
Puglia	-	38	-	-	38
Sardegna	-	13	-	20	33
Sicilia	-	43	-	-	43
Toscana	-	24	-	-	24
Umbria	-	5	-	12	17
Valle d'Aosta	-	1	-	1	2
Veneto	13	22	24	12	71
Italia	31	403	25	65	524

https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=113538

Deliberazione n. 13/2023/CCC



CORTE DEI CONTI

COLLEGIO DEL CONTROLLO CONCOMITANTE
PRESSO LA SEZIONE CENTRALE DI CONTROLLO SULLA GESTIONE
DELLE AMMINISTRAZIONI DELLO STATO

composto dai magistrati

Massimiliano Minerva

Alessandro Forlani

Giuseppina Vecchia

Stefania Dorigo

Raimondo Nocerino

Presidente

Consigliere

Consigliere relatore

Primo Referendario

Referendario

nella camera di consiglio del 13 aprile 2023

ha assunto la seguente

DELIBERAZIONE

VISTO l'art. 100, secondo comma, della Costituzione;

VISTA la legge 14 gennaio 1994, n. 20 e s.m.i.;

VISTO il testo unico delle leggi sulla Corte dei conti, approvato con R.D. 12 luglio 1934, n. 1214 e s.m.i.;

VISTO l'art. 11 della legge 4 marzo 2009, n. 15;

VISTO l'art. 22 del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 settembre 2020, n. 120;



Commissione X del Senato – Patrimonio sanitario pubblico

INDAGINE CONOSCITIVA SULLA RISTRUTTURAZIONE EDILIZIA E L'AMMODERNAMENTO TECNOLOGICO DEL PATRIMONIO SANITARIO PUBBLICO, ANCHE NEL QUADRO DELLA MISSIONE 6 DEL PNRR



Sommario

Risorse stanziare per l'edilizia sanitaria ex art. 20 L 67/1988	3
Normativa di riferimento per l'attivazione dei programmi di investimento in edilizia sanitaria	3
• Conferenza Stato-Regioni Seduta del 19 dicembre 2002	3
• Conferenza Stato-Regioni Seduta del 28 febbraio 2008	3
Iter per la stipula degli accordi di programma	4
Fase di programmazione regionale	4
Attivazione degli accordi di programma	5
Richiesta di ammissione al finanziamento da parte della Regione/PA	6
Gara d'appalto	6
Condizioni di revoca degli interventi:	7
Conclusioni	7
Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria	7
Attività Agenas nell'ambito del Tavolo tecnico interistituzionale in materia di edilizia sanitaria	8
Possibili soluzioni di miglioramento dei processi relativi agli Accordi di programma	11
MISSIONE 6 component 1 PNRR	12
Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022	13
Strutture Missione 6 component 1 PNRR- Situazione al 31/12/2022	13

Monitoraggio Agenas sull'attuazione del DM 77/2022

Strutture Missione 6 component 1 PNRR- Situazione al 31/12/2022

(Fonte: Monitoraggio Agenas DM 77)

Di seguito le tabelle riassuntive di quanto emerso dalla prima fase del Monitoraggio sull'attuazione degli standard del DM 77/2022 riguardante il semestre giugno-dicembre 2022 (Fonte: Monitoraggio Agenas DM 77).

Ricognizione dei Distretti per ogni regione (ad oggi tali informazioni non sono attualmente disponibili a livello nazionale).

Regione	Nr. Distretti	Pop. Media per distretto	coincidenza con ATS Sì	coincidenza con ATS No
ABRUZZO	20	61.683	6	14
BASILICATA	6	90.003	6	0
CALABRIA	14	132.533	0	14
CAMPANIA	73	77.045	73	0
EMILIA-ROMAGNA	38	117.316	38	0
FRIULI-VENEZIA GIULIA	20	59.184	20	0
LAZIO	46	124.243	41	5
LIGURIA	19	79.289	19	0
LOMBARDIA	84	117.452	55	29
MARCHE	13	116.359	6	7
MOLESE	3	98.058	0	3
PIEMONTE	33	128.354	28	5
PUGLIA*	45	87.176	n.d.	n.d.
P.A. BOLZANO	4	133.944	4	0
P.A. TRENTO	3	180.719	0	3
SARDEGNA	24	65.799	22	2
SICILIA	55	87.726	55	0
TOSCANA	28	129.364	28	0
UMBRIA	12	72.261	12	0
VALLE D'AOSTA	2	61.660	2	0
VENETO	26	186.741	17	9
Italia	568	105.192	432	91

Per quanto concerne gli interventi previsti dalla missione 6 component 1 PNRR, possiamo dividere due macrocategorie:

- Interventi previsti nei POR (Piano Operativo Regionale) allegati ai CIS (Contratti Istituzionali di sviluppo) sottoscritti tra le Regioni/PA e il Ministero della Salute
- Interventi EXTRA POR che utilizzano altre fonti di finanziamento (art.20, Fondi regionali, FESR...)

OSPEDALE CHE CAMBIA

Aziende ospedaliere. Più di una su 5 registra un basso di livello performance. Al Centro-Sud i dati peggiori. La nuova analisi di AGENAS. quotidianosanita.it

Ester Maragò

Presentato dall'Agenzia il nuovo Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere pubbliche. Sotto la lente le attività, nel triennio 2019, 2020 e 2021, di 30 Aziende Ospedaliere Universitarie e 23 Aziende Ospedaliere. Dai dati emerge anche come la stabilità del management influisca positivamente sui risultati delle strutture. Livello alto solo nel 17% dei casi.

24 MAG -

Alza l'asticella l'Agenas. Non solo quelle dei clinici, ora anche le performance del management delle Aziende Ospedaliere pubbliche sono finite sotto la lente degli analisti. E le sorprese non mancano.

Messe alla prova dei fatti, meno di un'Azienda su 5 conquista, nel 2021, alti livelli di performance (17%), più della metà si attesta su un livello medio (60%), mentre più di una su 5 non supera l'asticella degli obiettivi da raggiungere (23%). Le "promosse" sono concentrate in cinque regioni Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Marche, mentre le regioni del sud segnano il passo.

In particolare Lazio, Campania Calabria e Sicilia annoverano le Aziende con più bassi livelli di performance.

A fare la differenza è anche la durata dei mandati dei Direttori Generali: più sono stabili nel tempo e più secondo le risultanze dell'analisi migliorano le loro performance.

Di certo la pandemia ha sicuramente giocato un ruolo.

Nel bene e nel male.

Rispetto la 2019 il numero di aziende con alti livelli di performance era infatti quasi il doppio rispetto al 2021, ma tante realtà sono riuscite ad alzare la testa imprimendo uno scatto per raggiungere gli obiettivi.

Sono questi, in estrema sintesi, gli esiti emersi dal **"Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle aziende ospedaliere pubbliche"** presentato oggi da Agenas, presso la sede della Unioncamere a Roma e illustrati dalla Dott.ssa **Antonella Guerrieri** Direttore Uoc Controllo di Gestione, Risultati economici SSR e Aziende sanitarie di Agenas e la Dott.ssa **Maria Pia Randazzo** Responsabile Uosd statistica e flussi informativi sanitari di Agenas.

Per la prima volta l'Agenzia ha infatti valutato, nell'ambito delle Aziende Ospedaliere, la capacità di raggiungere obiettivi assistenziali - esiti delle cure e accessibilità ai servizi - coerentemente con le risorse disponibili siano esse di tipo finanziario, professionale e tecnologiche.

Un Sistema di valutazione spiega l'Agenzia, previsto dalla Legge 31 dicembre 2018 n. 145 (Art. 1 comma 513) che assegna ad Agenas la realizzazione di un sistema di analisi e monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie, con l'obiettivo di segnalare eventuali e significativi scostamenti relativi alle componenti economico-gestionali, organizzative oltre che della qualità, della sicurezza ed esito delle cure senza trascurare l'equità e la trasparenza dei processi.

Per il momento gli analisti si sono concentrati sulle performance di 30 Aziende Ospedaliere Universitarie e 23 Aziende Ospedaliere, nel triennio 2019, 2020 e 2021, ma l'obiettivo futuro è passare al setaccio anche quelle territoriali.

La metodologia.

Le 53 Aziende sono state differenziate in base al numero di posti letto disponibili, ovvero maggiore/minore di 700 posti letto. Per la loro valutazione state individuate cinque aree di performance: l'accessibilità; la governance dei processi organizzativi; la sostenibilità economico-patrimoniale; il personale; gli investimenti.

Per ogni area sono state individuate delle sub aree e indicatori ad hoc.

Ad esempio per quanto riguarda l'accessibilità, gli analisti hanno preso in considerazione i tempi di attesa riferiti a protesi d'anca entro 180 giorni, tumore alla mammella, colon retto, polmone e prostata entro 30 giorni e il pronto soccorso, accessi con permanenza superiore a 8 ore e gli abbandoni del Ps.

Per quanto riguarda la governance dei processi organizzativi sono stati valutati: l'appropriatezza (ricoveri ad altro rischio di inappropriatazza, Dh diagnostici su Dh medici, ecc); l'efficienza (interventi in sala operatoria, degenza media pre-operatoria, ecc.);

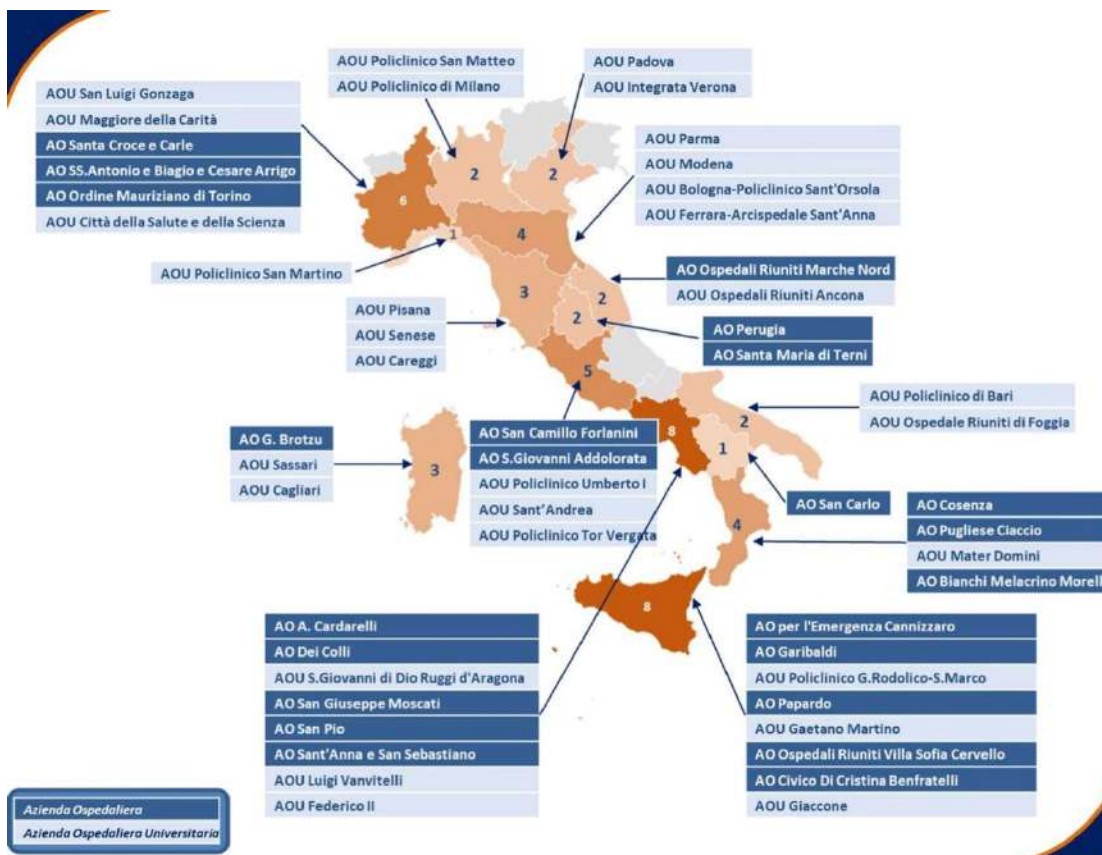
l'attrattività (la mobilità attiva di alta complessità e quella degli interventi chirurgici).

L'area della sostenibilità economico finanziaria ha guardato, tra le varie sub-aree, alla sintesi di gestione delle Aziende, ai margini di ricavi dell'attività intramoenia, ai costi operativi, ecc.

Per quanto riguarda il personale è stato considerato il numero di medici e infermieri per posto letto. Presa in considerazione anche l'obsolescenza dei macchinari e delle attrezzature, quindi la capacità della Aziende di rinnovare le dotazioni.

Le aziende sotto la lente.

Vediamo quali sono le aziende passate al setaccio



I risultati: nove le Aziende promosse a pieni voti.

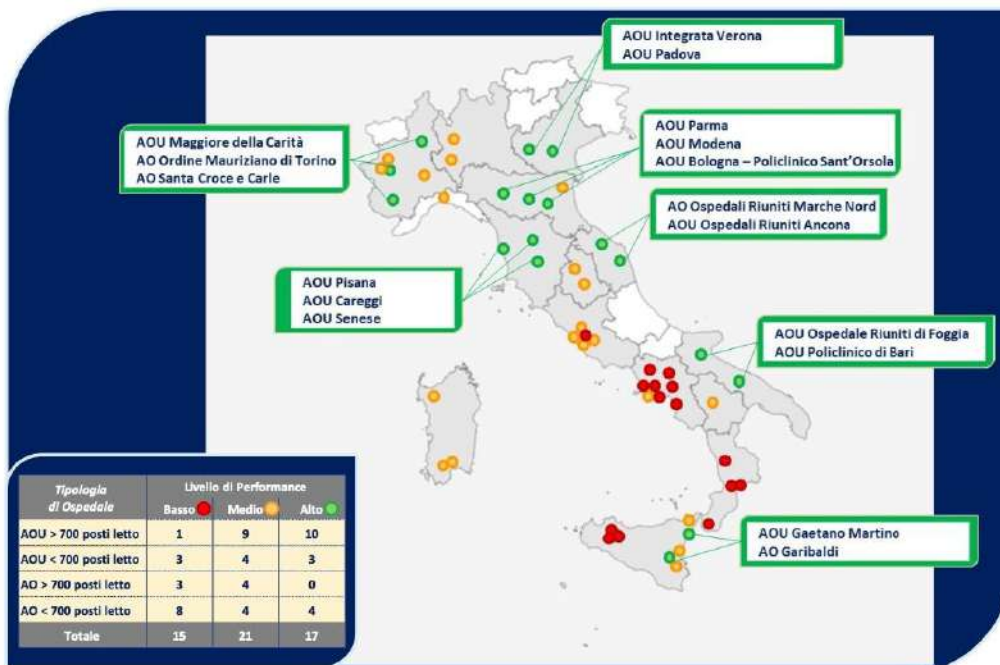
Nel 2019 erano 17 le aziende con un punteggio medio complessivo della performance alto, ma solo 9 sono riuscite a mantenere nel 2021 il proprio status. E sono tutte concentrate nel Centro Nord. In Piemonte l'Ao Ordine Mauriziano e l'Ao Santa Croce e Carle; in Veneto l'Aou integrata di Verona e l'Aou di Padova; in Emilia Romagna l'Aou di Bologna-Policlinico Sant'Orsola; in Toscana tre Aou, quella pisana, il Careggi e quella senese. Infine nelle Marche, l'Ao Ospedali riuniti Marche Nord.

Nel Sud hanno invece perso terreno 4 Aziende che nel 2019 raggiungevano alte performance (l'Aou Ospedali Riuniti di Foggia e l'Aou Policlinico di Bari in Puglia e l'Aou Gaetano Martino e l'Ao Garibaldi in Sicilia).

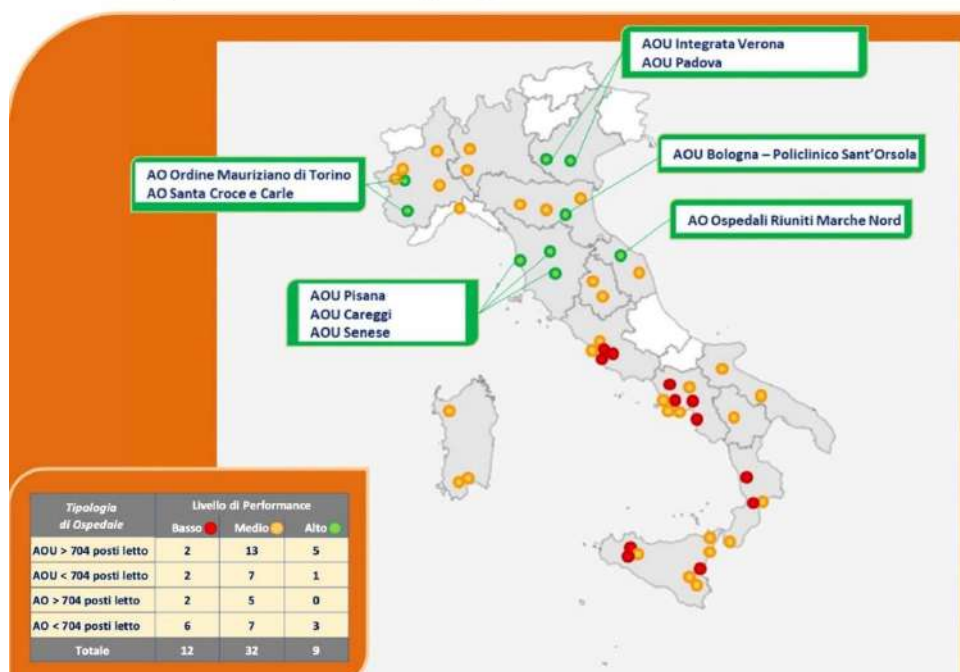
Non brillano in quanto a performance 12 Aziende collocate nel Lazio, in Campania, Calabria e Sicilia.

Sono invece 32 le realtà con un livello medio di performance e sono distribuite in quasi tutte le Regioni considerate.

Nel 2019 le Aziende con un livello di *performance* alto risultano 17



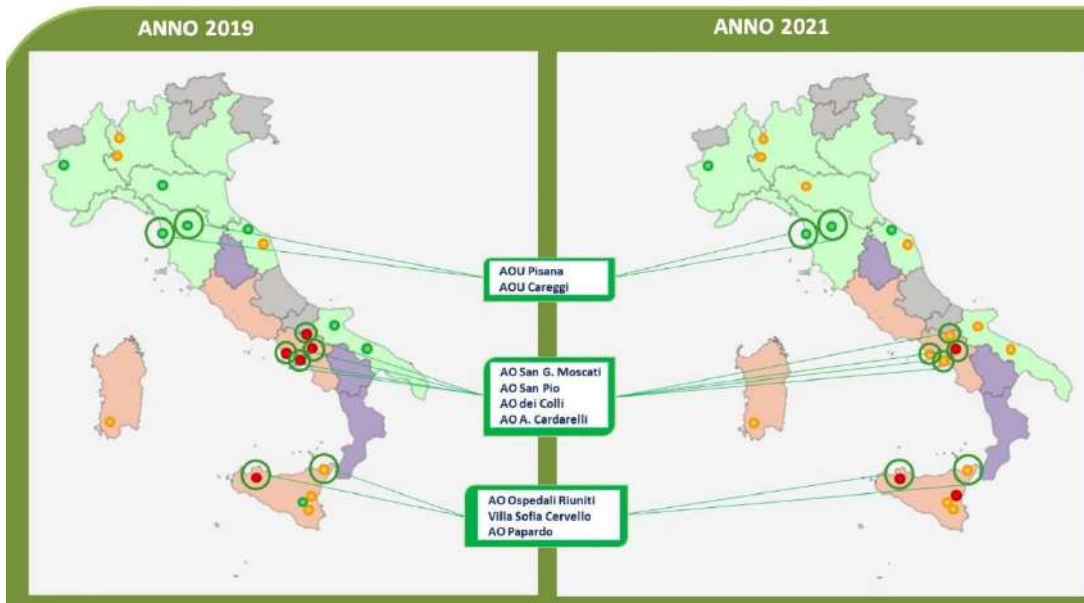
Nel 2021 le Aziende con un punteggio medio complessivo della *performance* alto sono 9



Stabilità nella direzione fa rima con miglioramento delle performance.

Nel triennio considerato 20 Aziende hanno avuto continuità di mandato e di queste 8 hanno migliorato la loro performance: l'Aou Pisana e l'Aou Careggi in Toscana; l'Ao San Giovanni Moscati, l'Ao San Pio e l'Ao dei Colli, l'Ao Cardarelli in Campania; gli Ospedali Riuniti, Villa Sofia Cervello e l'Ao Papardo in Sicilia.

Nel triennio 2019-2021 20 Aziende hanno continuità di mandato: di queste, 8 migliorano la loro performance



https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=114078



Roma | **24 maggio 2023**

Modello di valutazione multidimensionale della performance manageriale nelle Aziende Ospedaliere

Dott.ssa Maria Pia Randazzo | **Dott.ssa Antonietta Guerrieri**
Dirigente UOSD Statistica e Flussi Informativi Sanitari | *Direttore UOC Controllo di Gestione, Risultati economici SSR e Aziende sanitarie*

 AGENZIA NAZIONALE PER I SERVIZI SANITARI REGIONALI

Il sistema di valutazione di Agenas è previsto dalla Legge di Bilancio 2019



Legge 31.12.2018, n. 145 - Art. 1, comma 513

AGENAS «realizza, a supporto del Ministero della salute e delle regioni e province autonome, un sistema di analisi e monitoraggio delle performance delle aziende sanitarie che segnali, in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti relativamente alle componenti economico-gestionale, organizzativa, finanziaria e contabile, clinico-assistenziale, di efficacia clinica e dei processi diagnostico-terapeutici, della qualità, della sicurezza e dell'esito delle cure, nonché dell'equità e della trasparenza dei processi [...]»



Decreto Legislativo 04.08.2016 n. 171 - Art. 2, comma 3

Al fine di assicurare omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali [...] sono definiti i criteri e le procedure per valutare e verificare tale attività tenendo conto:

a) del raggiungimento di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari e al rispetto degli obiettivi economico-finanziari e di bilancio concordati, avvalendosi anche dei dati e degli elementi forniti dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali [...]

Nel sistema di valutazione sono state individuate cinque aree di *performance*



Le aree della *performance* sono rappresentative degli obiettivi dei Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere

	Piemonte	Lombardia	Veneto	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Lazio	Umbria	Marche	Campania	Basilicata	Puglia	Sicilia	Sardegna
Accessibilità	Tempi di attesa, accessibilità P.S.	✓ 23%	✓ 35%	✓ 8%	✓ 65%	✓	✓ 19%	✓ 25%	✓	✓	✓ 11%		✓ 20%	
	Qualità, appropriatezza, esiti	✓ 9%		✓ 20%		✓	✓ 13%	✓ 10%	✓	✓	✓ 29%	✓	✓ 34%	✓ 25%
Governance processi	Governo clinico, sicurezza, umanizzazione cure				✓		✓ 9%	✓ 15%			✓ 6%		✓ 5%	✓ 10%
	Farmaceutica e dispositivi medici	✓ 3%		✓ 20%	✓ 35%	✓	✓ 13%	✓ 10%	✓		✓ 19%	✓		
Sostenibilità econ.patrim.	Incremento mobilità attiva/recupero mobilità passiva			✓ 3%							✓ 20%			
	Tempi di pagamento	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Investimenti	Equilibrio di bilancio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
	Efficienza finanziaria e ademp.ti econ-amm.vi			✓ 4%		✓	✓	✓ 30%	✓ 10%	✓		✓	✓ 10%	✓ 30%
	Digitalizzazione	✓ 2%		✓ 13%		✓			✓	✓	✓ 5%	✓	✓ 17%	
Personale	Patrimonio edilizio e tecnologico	✓ 9%	✓ 15%			✓	✓ 13%					✓		
	PNRR	✓ 1%		✓ 15%		✓		✓ 10%	✓			✓		✓ 10%
Adempimenti normativi, altro	Risorse umane			✓ 2%		✓			✓		✓ 2%			
	Contrasto Covid-19	✓ 50%	✓ 20%			✓						✓		
Adempimenti normativi, altro	Donazione organi e tessuti	✓ 3%	✓						✓				✓ 9%	✓ 15%
	Flussi informativi			✓ 4%		✓	✓		✓	✓	✓ 4%			
	Trasparenza e anticorruzione		✓	✓		✓							✓ 2%	
	Altro		✓ 30%	✓ 13%			✓ 4%	✓ 10%		✓	✓ 4%	✓	✓ 3%	

FONTE: Delibere Regionali, schemi contratto DG, anno 2022
 NOTE: Piemonte: obiettivi anno 2021; Lombardia: obiettivi sia ATS e ASST

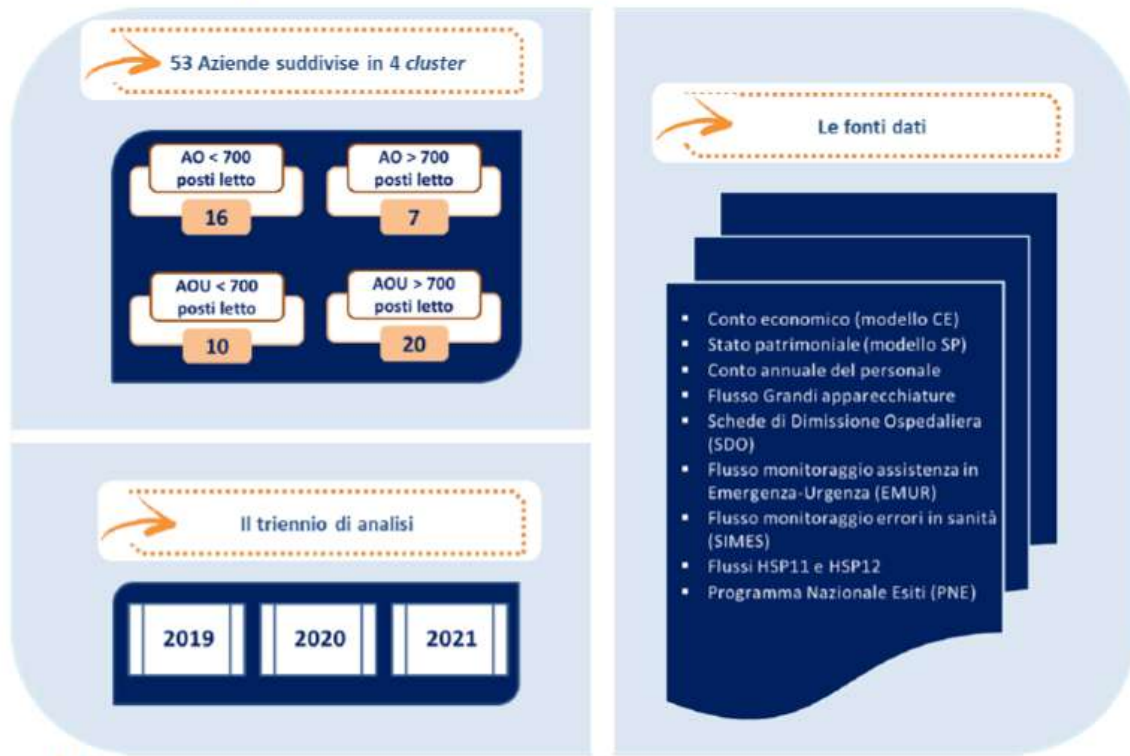
Le aree della *performance* sono state dettagliate in sub-aree ed indicatori (parte I)

Aree	Sub-aree	Indicatori
ACCESSIBILITÀ	TEMPI DI ATTESA	<ul style="list-style-type: none"> Protesi d'anca entro 180 giorni Tumore mammella entro 30 giorni Colon retto entro 30 giorni Polmone entro 30 giorni Prostata entro 30 giorni
	PRONTO SOCCORSO	<ul style="list-style-type: none"> Accessi con permanenza >8h Abbandoni del PS
GOVERNANCE PROCESSI ORGANIZZATIVI	APPROPRIATEZZA	<ul style="list-style-type: none"> Ricoveri alto rischio inappropri. DH diagnostici su DH medici Dimissioni DRG medici da reparti chirurgici
	EFFICIENZA	<ul style="list-style-type: none"> Interventi per sala operatoria Degenza media pre-operatoria Indice comparativo di performance (ICP)
	ATTRATTIVITÀ	<ul style="list-style-type: none"> Mobilità attiva alta complessità Mobilità attiva interventi oncologici
SOSTENIBILITÀ ECONOMICO- PATRIMONIALE		
GESTIONE PERSONALE		
INVESTIMENTI		

Le aree della *performance* sono state dettagliate in sub-aree ed indicatori (parte II)

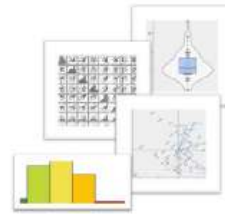
Aree	Sub-aree	Indicatori	
ACCESSIBILITÀ			
GOVERNANCE PROCESSI ORGANIZZATIVI			
SOSTENIBILITÀ ECONOMICO- PATRIMONIALE	SINTESI GESTIONI	<ul style="list-style-type: none"> Margine gestione caratteristica Incidenza gestione straordinaria su val.prod. 	
	RICAVI	<ul style="list-style-type: none"> Incidenza ricavi da prestaz. su val.prod. Utilizzo contributi vincolati 	
	INTRAMOENIA	<ul style="list-style-type: none"> Margine di ricavo attività intramoenia 	
	COSTI OPERATIVI	<ul style="list-style-type: none"> Incidenza costo personale su val.prod. Incidenza costo farmaci ed emod. su val.prod. Incidenza costo dispos. medici su val.prod. Incidenza costo servizi appaltati su val.prod. Incidenza costo annuo beni durevoli su val.prod. Costo giornata di degenza 	
	GESTIONE DEI RISCHI	<ul style="list-style-type: none"> Indice di sinistrosità Incidenza costi gestione rischi su val.prod. 	
	GESTIONE MAGAZZINO	<ul style="list-style-type: none"> Rotazione magazzino farmaci ed emod. Rotazione magazzino dispositivi medici 	
	DEBITI E SOLVIBILITÀ	<ul style="list-style-type: none"> Incidenza debiti vs fornitori su passività Giornate durata media debiti vs fornitori 	
	PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> DOTAZIONE PER PL Infermieri per posto letto Medici per posto letto 	
	INVESTIMENTI	GESTIONE PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> Assunzioni Costo pers. tempo det. e flessibili su tempo indet. Incidenza costo formazione su costo personale
		OBSOLESCENZA PATRIMONIO	<ul style="list-style-type: none"> Obsolescenza macchinari e attrezzature Vetustà apparecchiature (>10 anni)
	CAPACITÀ INVESTIMENTO	<ul style="list-style-type: none"> Incremento immobilizzazioni 	

Gli altri elementi metodologici: cluster omogenei, periodo di analisi, fonti dati...



...la metodologia statistica

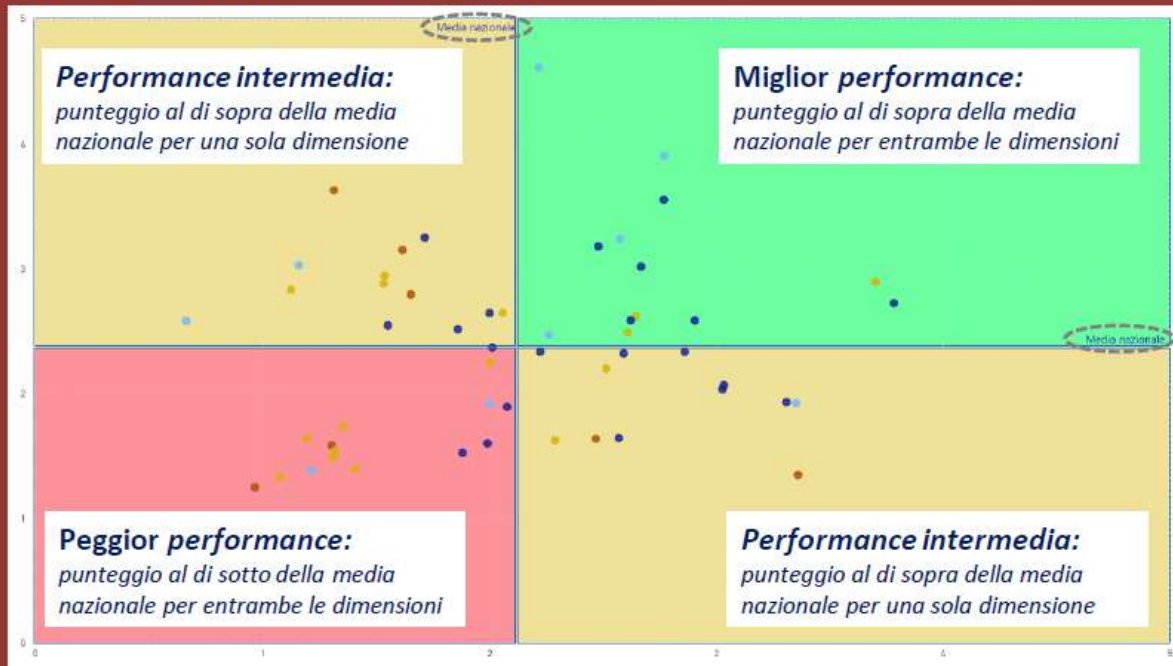
- Calcolo degli indicatori
- Analisi della variabilità e studio *outliers*
- Verifica della significatività statistica in termini di contributi informativo (analisi delle distribuzioni e delle correlazioni tra indicatori)
- Creazione di 5 livelli di performance
- Calcolo su scala standardizzata di indici di sintesi dei punteggi per aree e sub-aree
- Rappresentazione grafica dei livelli di performance



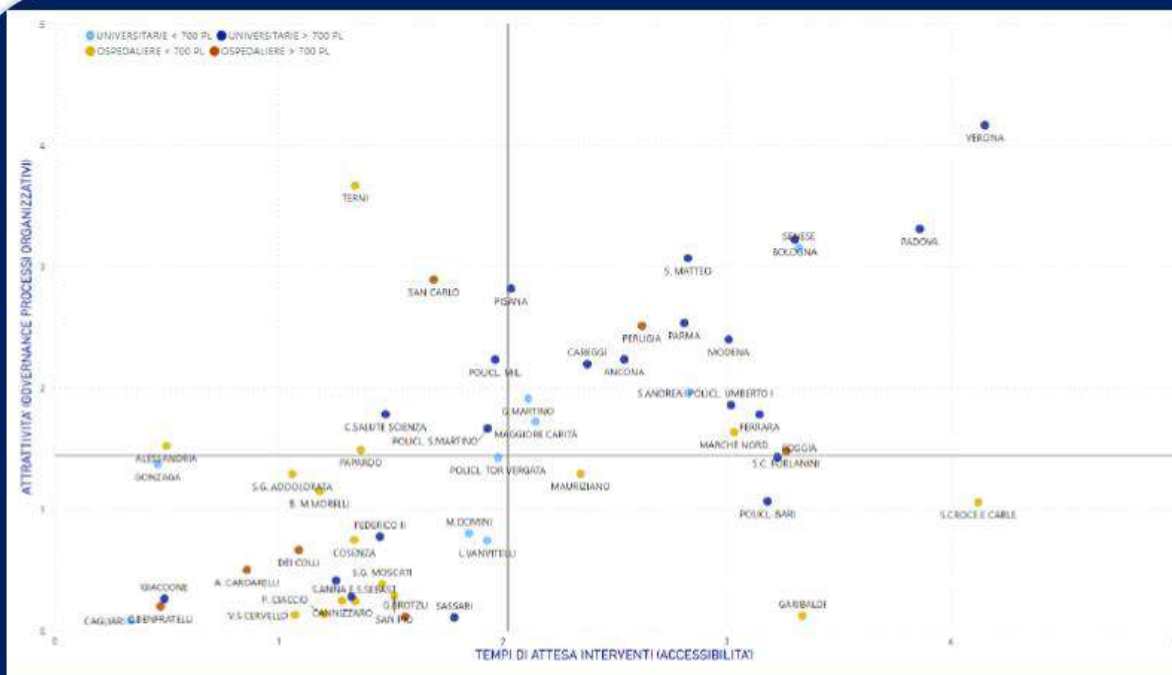
La lettura delle matrici di posizionamento

La legenda

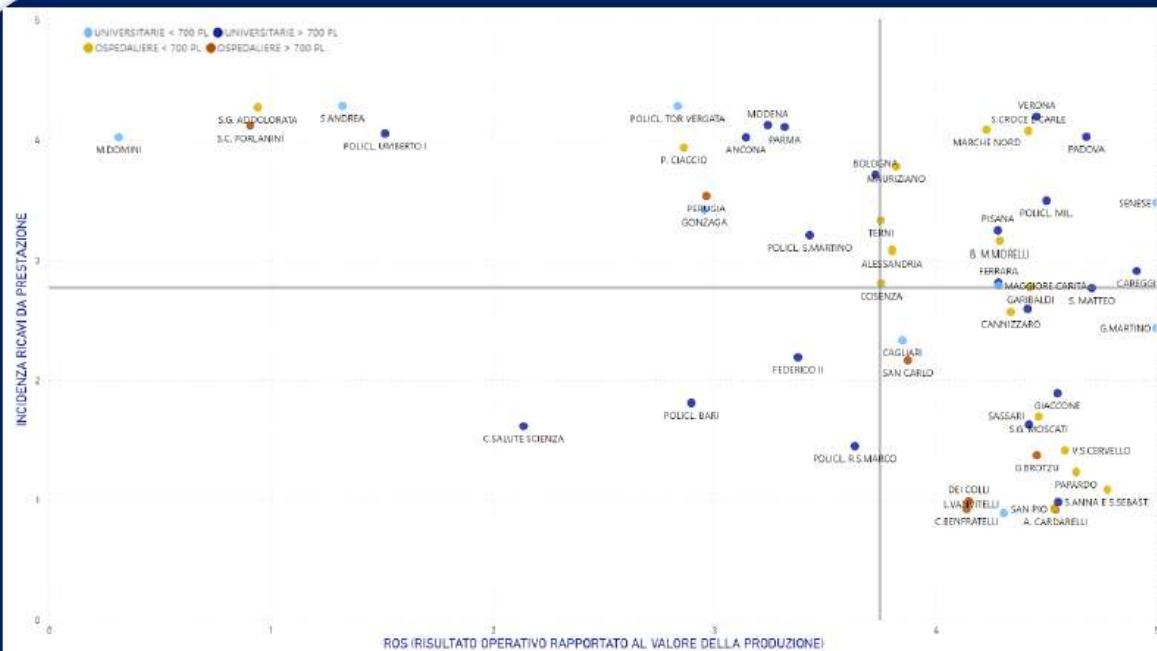
● UNIVERSITARE < 700 PL ● UNIVERSITARE > 700 PL
● OSPEDALIERE < 700 PL ● OSPEDALIERE > 700 PL



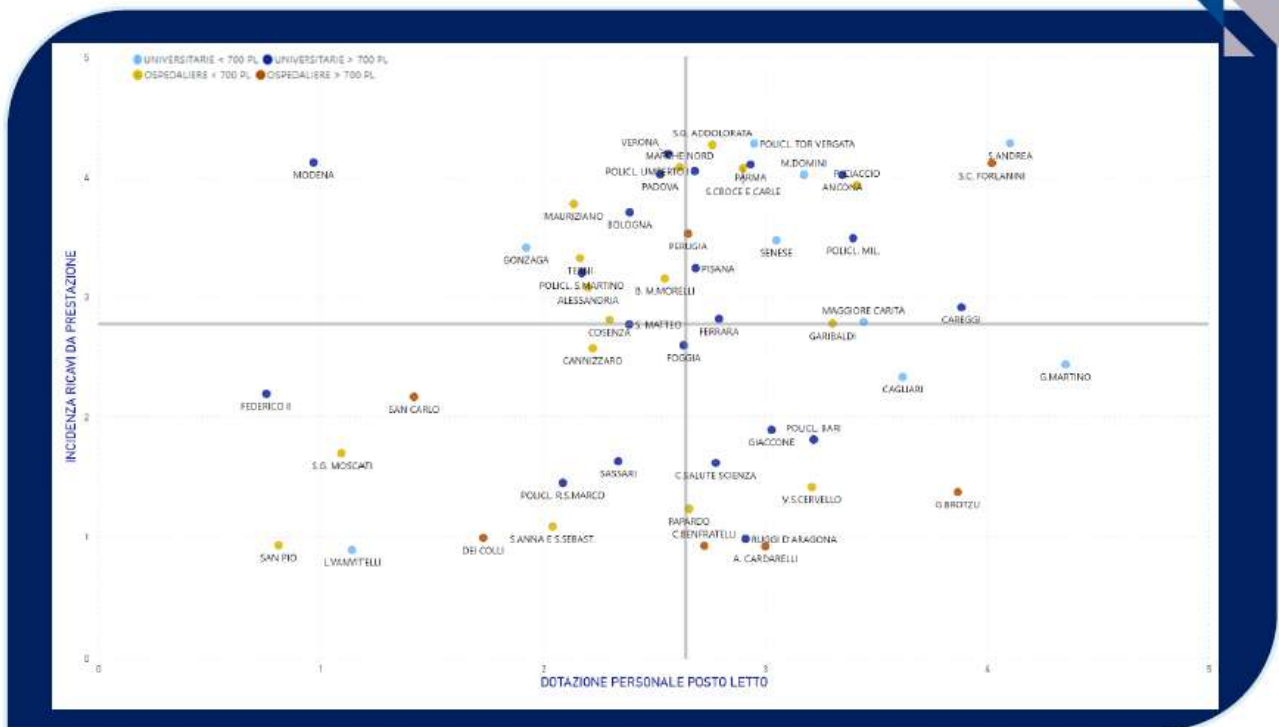
Tempi di attesa interventi e Attrattività (alta complessità e oncologia) - anno 2019



Risultato operativo e Incidenza ricavi da prestazione – anno 2019



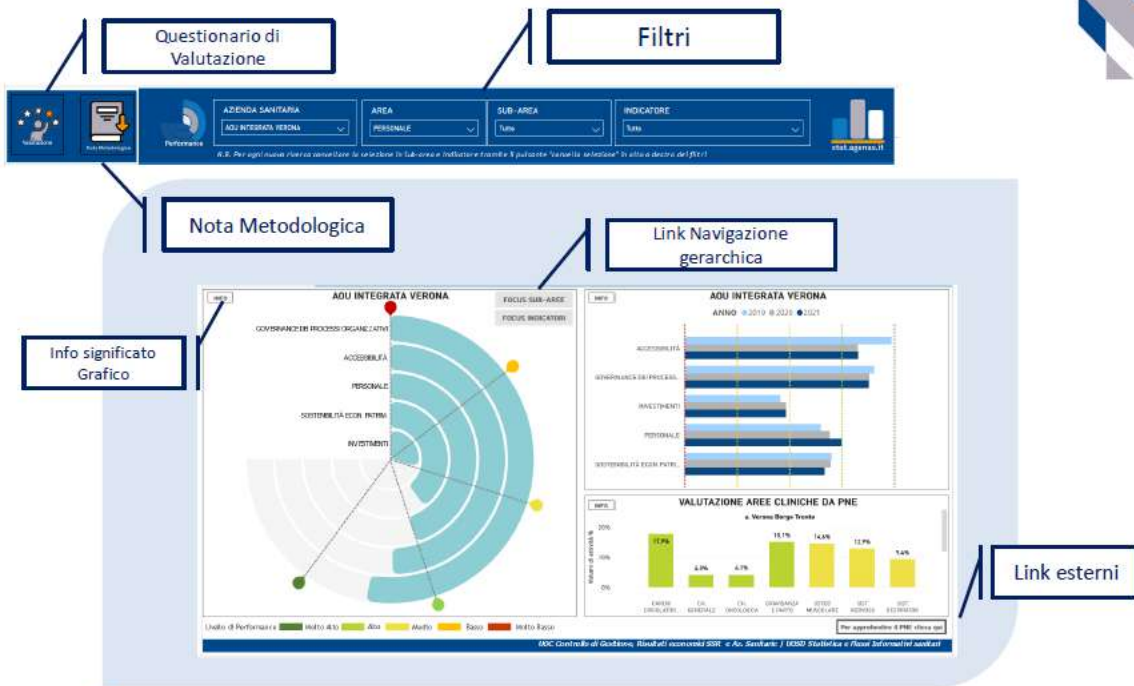
Ricavi da prestazione e Dotazione personale per posto letto - anno 2019



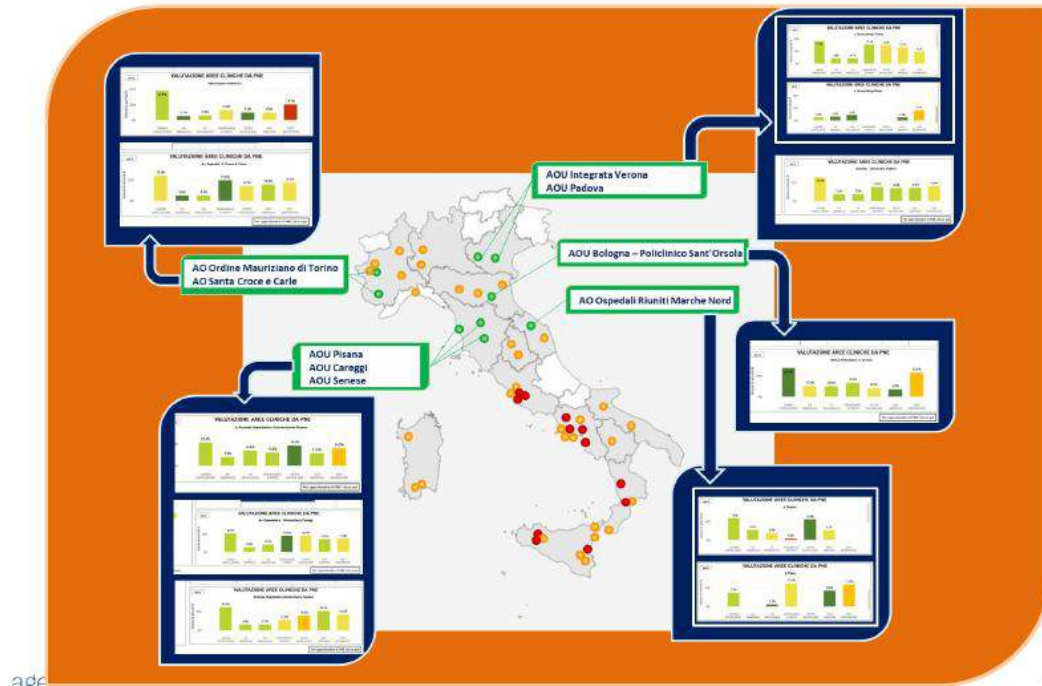
Le «viste» del modello multidimensionale nel Portale



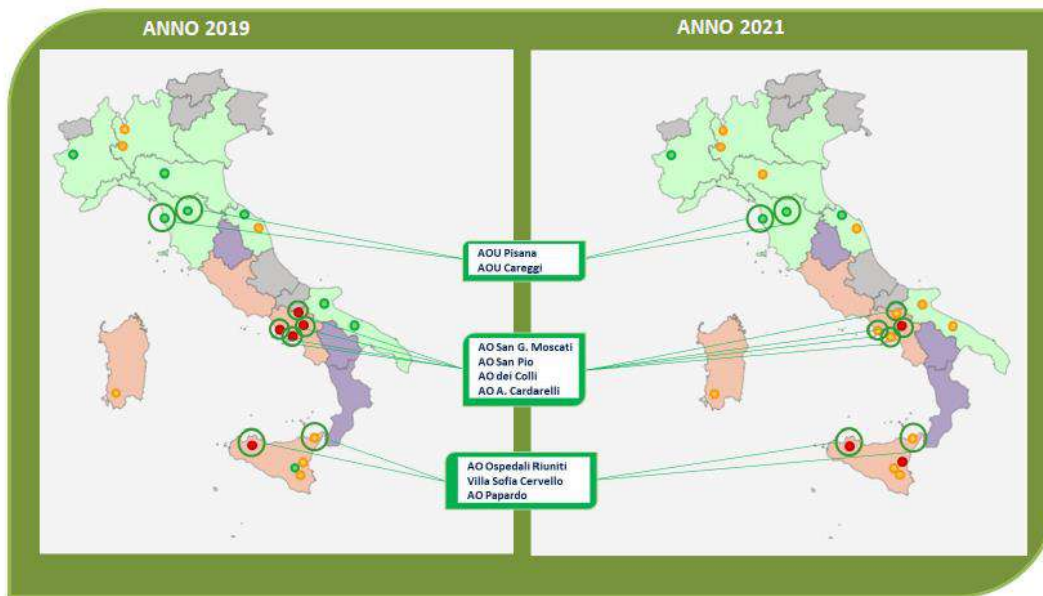
La struttura della dashboard



Buoni esiti di performance sono associabili a buoni esiti di cura



Nel triennio 2019-2021 20 Aziende hanno continuità di mandato: di queste, 8 migliorano la loro performance



GRANDI OSPEDALI. 2° OPEN MEETING. I grandi ospedali si confrontano per fare sistema. Roma, AOU Sant'Andrea e Policlinico Torvergata. 25/26 maggio 2023



2° OPEN MEETING

I **Grandi Ospedali Italiani**
si confrontano per fare Sistema

Roma, Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Andrea
e Fondazione Policlinico Tor Vergata

25/26 maggio 2023



**Contribuisci
da protagonista
all'evoluzione
della Sanità italiana**

Partecipa attivamente ai lavori dei più grandi ospedali italiani
e confrontati da pari a pari con i loro manager e decisori.
Porta il tuo contributo innovativo e diventa parte integrante del futuro
della sanità.

Non perdere quest'opportunità unica.

Irma D'Aria

In 10 anni (2011-2021), in Italia, sono stati chiusi 125 nosocomi. L'appello del Forum delle 30 Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani per mettere fine al depotenziamento del sistema sanitario

Non solo medici di medicina generale. In Italia mancano all'appello anche 30.000 medici ospedalieri, 70.000 infermieri e circa 100.000 posti letto. Carenze che mettono a rischio la salute dei cittadini che, nel momento del bisogno, potrebbero trovarsi senza la necessaria assistenza. A snocciolare dati e lanciare un appello è il Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri ed Universitari Italiani (FoSSC) che chiede al Presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, provvedimenti urgenti per salvare gli ospedali mettendo mano alla revisione dei parametri organizzativi degli ospedali sanciti dal Decreto Ministeriale 70 (DM 70 del 2 aprile 2015).

Stop al depotenziamento della sanità

A preoccupare le società scientifiche è il progressivo depotenziamento della sanità. In 10 anni (2011-2021), in Italia, sono stati chiusi 125 ospedali, ben il 12%. Nel 2011 (tra pubblici e privati) erano 1.120, per diminuire a 995 nel 2021, con un taglio più marcato per le strutture pubbliche (84 in meno). In un solo anno sono stati eliminati quasi 21.500 posti letto, incrementati solo per affrontare i mesi più duri della pandemia: nel 2020 erano 257.977, per poi scendere a 236.481 nel 2021. "Vogliamo far sentire la nostra voce – afferma Francesco Cognetti, Coordinatore del Forum. "Rappresentiamo i professionisti che assistono i cittadini nei reparti. Il diritto alla salute è in grave pericolo nel nostro Paese. La situazione degli ospedali è davvero pesante, non più tollerabile e necessita di interventi adeguati e tempestivi. La crisi del sistema ospedaliero, a causa delle politiche deliberatamente anti-ospedaliere dei precedenti Governi, paradossalmente ignorata dal PNRR, è innegabile ed ha raggiunto livelli di tale criticità da creare per la prima volta in tutti noi un enorme problema deontologico.

La carenza di personale

Mancano almeno 30mila medici specialisti ospedalieri: sono circa 130mila, 60mila unità in meno della Germania e 43mila in meno della Francia. Si assiste anche a un consistente esodo di medici neolaureati e specializzandi, più di 1.000 l'anno, perché all'estero gli stipendi e le condizioni di lavoro sono nettamente migliori. In particolare, nei Pronto Soccorso la carenza di personale è quantificabile in 4.200 camici bianchi (in sei mesi, da gennaio a luglio 2022, se ne sono dimessi 600, circa 100 al mese). Mancano inoltre circa 70.000 infermieri. La previsione della spesa sanitaria sul PIL per il periodo 2023-2026 registrerà già nel 2024 il ritorno al valore del 6,3% rispetto ad una media dell'8,8% dei 37 Paesi dell'OCSE e del 10% circa di Francia e Germania. "Il Ministro della Salute Schillaci - prosegue Cognetti - sta facendo la sua parte ed è finalmente in procinto di istituire un Tavolo Tecnico di confronto sulle criticità del DM 70 e del DM 77, che vedrà coinvolti fra gli altri gli autorevoli clinici proposti dal Forum. Ma esiste un problema di risorse. Non siamo più disposti ad assecondare, a scapito dei nostri doveri morali, le scelte politiche sbagliate che da anni, nostro malgrado, stiamo subendo come medici, con conseguenze estremamente dannose per i nostri 15 milioni di pazienti".

I campi d'applicazione del Pnrr

Le trenta Società Scientifiche riunite in FoSSC hanno appreso con interesse le intenzioni del Presidente del Consiglio di voler cambiare l'indirizzo e i campi d'applicazione del PNRR. "Riteniamo che questa sarebbe un'occasione unica per la sanità di impiegare una quantità cospicua di fondi già devoluti alla medicina territoriale e destinati purtroppo a non raggiungere i risultati attesi, proprio per l'estrema carenza di personale medico ed infermieristico", dichiarano aggiungendo che "non bastano le 1350 Case di Comunità previste dal PNRR a risolvere i problemi della sanità, se non si affrontano i nodi centrali della crisi profonda degli Ospedali e delle risorse per il reclutamento del personale. Nel caso sia impossibile stornare queste risorse economiche dal PNRR, si dovrà necessariamente provvedere altrimenti. Anche l'OCSE si è dichiarata molto preoccupata per nuove crisi sanitarie nei Paesi che investono minori risorse in sanità e per l'Italia prevede 'un investimento pari ad almeno l'1,4% in più rispetto al PIL 2021', che equivale ad un aumento annuo di ben 25 miliardi di euro".

La debolezza dei nostri ospedali

Per capire come mai siamo oggi in questa situazione di debolezza bisogna ricordare che il DM 70 del 2015 ha determinato standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera senza alcuna considerazione di quelli che erano già allora i parametri vigenti negli altri Paesi europei. "Tutto ciò - sottolineano le Società Scientifiche - ha inevitabilmente prodotto un'estrema debolezza del nostro Sistema ospedaliero, acuita dalla pandemia. In queste condizioni sarà impossibile attuare ciò che è previsto dal PNRR sulla medicina territoriale. Non basta la costruzione di nuovi edifici, come le Case di Comunità, che non rispondono affatto all'idea di prossimità delle cure e rischiano di restare cattedrali nel deserto senza alcun collegamento con l'ospedale. Il numero di posti letto di degenza ordinaria deve crescere ben oltre i 350 per 100.000 abitanti odierni fino a raggiungere almeno la media europea di 500. Anche il numero di posti letto di terapia intensiva deve superare i 14 posti letto, peraltro rimasti sulla carta e mai raggiunti, per arrivare almeno a 20-25 per 100.000 abitanti. In questa situazione riteniamo sia impensabile distrarre personale dai nosocomi verso le strutture territoriali previste dal PNRR, cioè Case od Ospedali di Comunità".

Un Servizio sanitario sempre meno pubblico

Il Servizio Sanitario Nazionale è sempre meno pubblico e la partecipazione dei privati cittadini alla spesa sanitaria è divenuta via via sempre più imponente fino a raggiungere lo scorso anno la cifra di 37 miliardi, con un numero inferiore di strutture ospedaliere e personale, senza un potenziamento adeguato del territorio. "Dobbiamo abbandonare definitivamente tutte le politiche di deospedalizzazione che hanno colpito il settore negli ultimi 40 anni – concludono le Società Scientifiche. Bisogna assumere un numero consistente di medici ed infermieri, per potenziare gli ospedali. Inoltre, va frenato l'esodo di neolaureati, che per specializzarsi vanno all'estero, e il prepensionamento di molti medici, cui vanno garantiti stipendi migliori per evitare, per esempio, la fuga dai Pronto Soccorso".

Il fenomeno dei medici gettonisti

Va risolto anche il vergognoso problema dei medici gettonisti, che rappresentano la risposta disperata a una drammatica carenza di personale. "I gettonisti sono mandati 'allo sbaraglio' nei Pronto Soccorso attraverso le assunzioni in cooperative private che contraggono rapporti con molti ospedali e con emolumenti doppi o tripli rispetto ai colleghi strutturati anche da molti anni. L'effetto di questa situazione, che sembra ormai incontrollabile, oltre a produrre un enorme esborso di risorse pubbliche, rappresenta un incentivo all'esodo dei dipendenti ospedalieri e può causare effetti dannosi incalcolabili per i pazienti".

https://www.repubblica.it/salute/dossier/frontiere/2023/05/25/news/ospedali_mancano_30mila_medici_e_100mila_posti letto-401640229/?ref=RHLB-BG-I291645183-P2-S6-T1

THE LANCET
Global Health

Dare priorità alla carenza di forza lavoro sanitaria e assistenziale: proteggere, investire, insieme. The Lancet. Global Health

Kwaku Agyeman-Manu, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Mohamed Maat, Alessandro Rafila, Lino Tom, Nisia Trindade Lima et al. Pubblicato: 17 maggio 2023 DOI: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00224-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00224-3)

Non ci possono essere salute, sistemi sanitari o risposta alle emergenze senza la forza lavoro sanitaria e assistenziale. Questa semplice verità è evidente, specialmente durante la pandemia di COVID-19. Circa 115.000 operatori sanitari sono morti di COVID-19; uno su tre soffre di ansia e depressione; e ben la metà ha sperimentato il burnout. I paesi ad alto reddito hanno 6,5 volte più operatori sanitari per popolazione rispetto ai paesi a basso reddito.

L'Africa ha una quota del 4% della forza lavoro globale nonostante si accolla un quarto del carico globale di malattie. La crescente migrazione di operatori sanitari verso paesi ad alto reddito minaccia di indebolire ulteriormente i sistemi sanitari in 55 paesi nell'elenco di supporto e salvaguardia della forza lavoro sanitaria dell'OMS del 2023 (SSL).

Il sotto investimento cronico nella forza lavoro sanitaria e assistenziale, gli squilibri tra domanda e offerta di forza lavoro e le cattive condizioni di lavoro hanno contribuito a carenze di lunga data. Le donne costituiscono il 67% della forza lavoro, ma affrontano un divario retributivo di genere del 24%. e sono sottorappresentati nel processo decisionale.

La domanda di forza lavoro è elevata e in evoluzione, in particolare di fronte al cambiamento climatico, ai grandi cambiamenti demografici (invecchiamento della popolazione e forza lavoro sanitaria e assistenziale che invecchia) e all'aumento del carico di malattie non trasmissibili ed emergenze sanitarie. Gli arretrati, il logoramento e il burnout a seguito di COVID-19 hanno aumentato la domanda di operatori sanitari e assistenziali. Si prevede che la forza lavoro sanitaria e assistenziale crescerà fino a 84 milioni entro il 2030. Tuttavia, un divario stimato simultaneo di 10 milioni di operatori sanitari e assistenziali si concentrerà nei paesi a basso e medio reddito (LMIC) dell'Africa e del Mediterraneo orientale regioni e nei piccoli Stati insulari in via di sviluppo.

Nel maggio 2023, The Lancet Global Health ha evidenziato che "l'assistenza sanitaria ha una pericolosa carenza di lavoratori"; tuttavia, la risposta a questo pericolo manca dell'urgenza e della portata giustificate. Come sei Ministri e Direttore Generale dell'OMS, crediamo che ci siano tre azioni chiave che dobbiamo intraprendere dal Quinto Forum Globale sulle Risorse Umane per la Salute, tenutosi dal 3 al 5 aprile 2023, presso la sede dell'OMS a Ginevra: proteggere, investire, insieme ([panel](#)).

Azioni per tutelare, investire, insieme nel personale sanitario e assistenziale

Proteggere

In Bhutan, dato il crescente logoramento della già scarsa forza lavoro sanitaria, il paese sta creando un sistema unico di gestione della carriera e delle prestazioni per la forza lavoro sanitaria. Questo sistema comporta lo sviluppo di una mappatura delle carriere nel settore sanitario per affrontare i problemi motivazionali e trattenere gli operatori sanitari.

Il Brasile sta attivamente stabilendo azioni cooperative e collaborative per un lavoro dignitoso nel settore sanitario riducendo la violenza sul posto di lavoro basata sulla discriminazione di genere, razza, etnia e classe sociale; e garantire che gli operatori sanitari siano apprezzati attraverso politiche umane e sostenibili che integrino lo sviluppo economico con la protezione e la dignità sociale nel lavoro sanitario. In occasione della Giornata internazionale della donna, l'8 marzo 2023, il Brasile ha lanciato il [Programa Nacional de Equidade de Gênero, Raça e Valorização das Trabalhadoras no Sistema Único de Saúde](#) per combattere le disuguaglianze di genere e razziali a sostegno di oltre 2,1 milioni di operatori sanitari e operatori sanitari studenti che sono donne.

In Egitto, sono state attuate misure mirate con la maggiore consapevolezza che gli aumenti sostenibili degli investimenti nel personale sanitario e il miglioramento delle condizioni sono fondamentali per mantenere il personale sanitario nel settore pubblico e rafforzare la loro fiducia nel sistema per combattere la migrazione. L'Egitto ha recentemente introdotto un pacchetto per alleviare l'effetto dell'aumento del costo della vita per coloro che lavorano in settori specifici come l'istruzione e la sanità. Gli investimenti aumenteranno le indennità degli operatori sanitari e di coloro che lavorano negli ospedali universitari. Questo investimento include l'aumento dell'indennità di rischio per gli operatori sanitari di quasi il 40%, per un costo di £ 3 miliardi (circa US \$ 97 milioni); aumentare del 100% le indennità di emergenza e simili con un investimento di 1 miliardo di sterline (circa 323 milioni di dollari);

Investire

La Papua Nuova Guinea sta investendo nell'assunzione di oltre 7000 operatori sanitari e assistenziali aggiuntivi entro il 2024, un aumento del 34% della forza lavoro attiva, molti dei quali saranno impiegati per supportare le strutture sanitarie primarie.

La Romania è impegnata in un notevole sforzo di investimento in infrastrutture sanitarie, che comprende la costruzione di nuovi centri ambulatoriali, ospedali e strutture sanitarie primarie. Per garantire la durabilità di questi investimenti, è necessario uno sforzo concomitante per formare, trattenere e motivare la forza lavoro sanitaria e assistenziale essenziale. Pertanto, il governo rumeno ha adottato la Strategia pluriennale per lo sviluppo della forza lavoro sanitaria 2022-2030, un piano completo di azioni e politiche a cui deve essere data priorità.

Nel marzo 2023, il Brasile ha annunciato un investimento di 712 milioni di R\$ (circa 141,3 milioni di USD) attraverso il suo [programma Mais Médicos para o Brasil](#) per reclutare 15.000 medici in nuovi posti di lavoro entro la fine del 2023 ed espandere i team di assistenza sanitaria primaria nel 2028 comuni. Il Brasile sta inoltre formando 200.000

operatori sanitari della comunità e agenti di malattie endemiche e ampliando i programmi di residenza per aumentare l'accesso agli specialisti.

Insieme

L'investimento nella produzione di forza lavoro sanitaria del Ghana consentirà al Ghana di gestire la migrazione in modo più efficiente attraverso il quadro di accordi bilaterali. Tale approccio genererà investimenti per rafforzare il reclutamento di operatori sanitari e assistenziali in Ghana, che altrimenti sarebbero stati limitati da uno spazio di spesa inadeguato, riducendo al contempo la disoccupazione.

Il Ghana sta adottando la carta per gli investimenti della forza lavoro sanitaria africana che delinea principi basati su prove per affrontare le sfide della forza lavoro sanitaria.

La governance intersettoriale è fondamentale per l'azione strategica del Brasile per l'attuazione delle politiche pubbliche. Il Ministero della Salute e il Ministero dell'Istruzione brasiliani hanno recentemente varato un decreto interministeriale sulla formazione degli operatori sanitari che rafforzerà e aprirà nuovi programmi di formazione professionale sanitaria.

La Romania, insieme a 50 paesi della regione europea, ha adottato la Dichiarazione di Bucarest il 22 marzo 2023, per sollecitare l'azione politica e l'impegno a proteggere, sostenere e investire negli operatori sanitari e assistenziali in Europa e nell'Asia centrale.

La Papua Nuova Guinea continuerà a collaborare con i vicini piccoli stati insulari in via di sviluppo e altri paesi della regione, per espandere la formazione e le opportunità di lavoro internazionali, per aumentare la capacità e la capacità del suo personale sanitario.

Dobbiamo proteggere la forza lavoro esistente e ridurre l'attrito. Per attrarre e trattenere gli operatori sanitari e assistenziali, dobbiamo fornire condizioni di lavoro dignitose, una retribuzione equa e salvaguardare i diritti dei lavoratori ([panel](#)). Dobbiamo prevenire danni da rischi professionali, discriminazioni, molestie e violenza. Dobbiamo affrontare le disuguaglianze di genere con politiche sensibili al genere ed eliminare il divario retributivo di genere. Chiediamo a tutti i paesi di attuare le raccomandazioni del Global Health and Care Worker Compact dell'OMS per fornire condizioni di lavoro sicure, salutari, di supporto e dignitose per gli operatori sanitari e assistenziali.

Dobbiamo dare la priorità agli investimenti e posizionare l'azione per affrontare la carenza di personale sanitario e assistenziale in cima all'agenda. Posizionare la forza lavoro sanitaria e assistenziale come investimento prioritario potrebbe non essere facile a fronte dell'attuale contesto macroeconomico e dei vincoli fiscali, soprattutto considerando che 54 paesi sono in crisi del debito.

Eppure questo investimento può e deve essere fatto per sbloccare guadagni sanitari e socio-economici. Gli operatori sanitari e assistenziali dovrebbero essere classificati come un investimento di capitale umano che migliora la salute della popolazione, accelera il progresso socioeconomico e contribuisce all'equità di genere e ai diritti umani.

Gli investimenti di capitale autonomi nella salute avranno scarso effetto a meno che non si prendano in considerazione i necessari investimenti in capitale umano ([pannello](#)). Gli investimenti ad hoc, frammentari ea breve termine non hanno e non risolveranno fundamentalmente le carenze e le sfide della forza lavoro. Abbiamo bisogno di una nuova formula per investire in modo più strategico nell'istruzione, nell'apprendimento permanente, nell'occupazione e nel mantenimento degli operatori sanitari e assistenziali, con un'attenzione particolare all'assistenza sanitaria di base. Un finanziamento a lungo termine e intersettoriale maggiore, più intelligente e sostenuto è fondamentale, compresi i fondi nazionali, sovvenzioni, agevolati e del settore privato. Le banche di sviluppo, le agenzie bilaterali e multilaterali e le fondazioni filantropiche devono lavorare insieme come co-investitori a sostegno di un piano nazionale.

Infine, dobbiamo agire con la solidarietà globale e il sostegno intersettoriale e realizzare co-investimenti nei LMIC. Tutti i paesi devono rispettare il Codice di condotta globale sul reclutamento internazionale di personale sanitario, produrre forza lavoro sufficiente per soddisfare le esigenze nazionali e dare la priorità agli investimenti nei paesi nel SSL dell'OMS per rafforzare i loro sistemi sanitari e la forza lavoro.

Gestire meglio la migrazione e il co-investimento nei LMIC per raddoppiare la loro forza lavoro sanitaria e assistenziale nei prossimi 10 anni è finanziariamente e tecnicamente fattibile, ma solo lavorando nei settori della salute, della finanza, dello sviluppo economico, dell'istruzione e dell'occupazione ([panel](#)). Sottolineiamo le geografie, le risorse e i contesti unici dei piccoli stati insulari in via di sviluppo e il maggiore impatto della migrazione e le sfide specifiche nell'istruzione, nella regolamentazione e nell'accesso alla salute della forza lavoro sanitaria e assistenziale nelle isole remote. Dovrebbe essere esplorata la collaborazione regionale e subregionale per riunire risorse e sfruttare le capacità di advocacy, istruzione e regolamentazione, investimenti e azioni collettive ([panel](#)).

È tempo che i governi e gli investitori diano la priorità agli investimenti nella forza lavoro sanitaria e assistenziale come fondamento della nostra salute e prosperità future.

Possiamo e dobbiamo. Urgentemente.

KA-M, MM, AR, LT e DW riferiscono del supporto dell'OMS per i viaggi per partecipare al Quinto Forum globale sulle risorse umane per la salute, tenutosi dal 3 al 5 aprile 2023, presso la sede dell'OMS, Ginevra, Svizzera. K AM è il Ministro della Salute in Ghana. TAG è il direttore generale dell'OMS e non dichiara altri interessi concorrenti. MM è il ministro delle finanze in Egitto. AR è il Ministro della Salute in Romania. LT è il Ministro della Salute in Papua Nuova Guinea. NTL è il Ministro della Salute in Brasile. DW è il Ministro della Salute in Bhutan.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00224-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00224-3/fulltext?dgcid=raven_jbs_aip_email)



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Supportare un solido lavoro di squadra: collegare tecnologia e scienza organizzativa. N Engl J Med 2023

Anna T. Mayo, Ph.D., Christopher G. Myers, Ph.D., John C. Bucuvalas, MD, Sandy Feng, MD, Ph.D., e Courtney E. Juliano, MD, N Engl J Med 2023; 388:2019-2021. DOI: 10.1056/NEJMp2300172

Le organizzazioni sanitarie stanno soddisfacendo le esigenze associate alla cura di popolazioni di pazienti con esigenze sempre più complesse facendo leva su team più grandi che includono medici con competenze diverse e specializzate. Allo stesso tempo, l'elevato turnover e la carenza di manodopera significano che le strutture spesso impiegano una forza lavoro temporanea e mobile più che in epoche passate. Il risultato è che la struttura dei team sanitari spesso sfida decenni di saggezza dalla ricerca sulla progettazione del team sulle condizioni che supportano le migliori prestazioni possibili.

Piuttosto che strutture con team ben definiti con confini chiari che determinano chi è incluso, i confini del team sono sfocati, con i singoli medici che hanno ruoli in più team di assistenza le cui composizioni possono evolvere nel tempo a causa dei cambi di turno, dei tempi delle rotazioni e delle mutevoli esigenze dei pazienti. Inoltre, invece di far parte di team stabili con una storia di collaborazione, i medici che condividono un paziente spesso hanno una storia di collaborazione limitata, se non nulla.

Queste caratteristiche limitano il coordinamento e la comunicazione all'interno e tra i team, ostacolano i processi di apprendimento collettivo e possono portare a risultati subottimali e talvolta devastanti per i pazienti.¹

Riconoscendo le sfide poste da queste condizioni, molte organizzazioni hanno implementato tecnologie costose per supportare il lavoro collettivo. I medici in precedenza comunicavano direttamente, ma negli ultimi anni la complessità del lavoro clinico è aumentata in concomitanza con l'adozione di vari strumenti di comunicazione, dalle applicazioni di messaggistica ai sistemi di cartelle cliniche elettroniche. Sebbene queste soluzioni tecnologiche possiedano il potenziale per facilitare la comunicazione, spesso non affrontano le sfide umane fondamentali coinvolte nella promozione di un lavoro di squadra efficace, come la gestione dell'attenzione e delle relazioni.

L'implementazione di soluzioni efficaci per i moderni team sanitari richiede una profonda comprensione del comportamento umano, non solo tecnologie più avanzate. Ma i risultati di decenni di ricerca nelle scienze organizzative e nei campi correlati (ad esempio, ingegneria e psicologia dei fattori umani), che hanno incluso studi rigorosi sul comportamento umano in ambito sanitario, non sono stati incorporati nella maggior parte della ricerca sanitaria.^{1,2} Riteniamo che vi siano promettenti opportunità di integrazione in questi campi. Recenti scoperte della scienza organizzativa fanno luce sui vincoli di coordinamento e di apprendimento collettivo nell'assistenza sanitaria. L'integrazione di questi risultati con lo sviluppo tecnologico potrebbe creare potenti leve per supportare un solido lavoro di squadra.

Ci sono numerose sfide associate alla promozione di un lavoro di squadra efficace nell'assistenza sanitaria. Il passaggio alla comunicazione prevalentemente asincrona tramite note e piattaforme di messaggistica, con occasionali telefonate o conversazioni di persona, aveva lo scopo di facilitare la comunicazione tra medici dispersi. Ma quando qualcuno è fuori vista, spesso è fuori di testa.

In linea con una ricerca sostanziale sulla collaborazione transfrontaliera nelle organizzazioni, uno di noi ha scoperto in un recente studio sui team medici ospedalieri presso un centro medico accademico che i team tendevano a chiudersi verso l'interno quando svolgevano il loro lavoro, escludendo altri medici che potrebbero svolgere un ruolo critico nel fornire cure di alta qualità, come infermieri, specialisti e farmacisti, così come i pazienti e le loro famiglie.³ Anche quando le informazioni sono state raccolte dall'esterno del team (ad esempio, si è verificato un consulto e una nota è stata rispedita), il team potrebbe non aver fornito ad altri medici tutte le informazioni rilevanti a livello di paziente, il che ha limitato l'utilità del loro contributo. Inoltre, i team concentrati su se stessi spesso non sono riusciti a compiere il passaggio fondamentale di sintetizzare l'input ricevuto da queste persone fuori vista. Questo schema di lavoro isolato ha provocato passi indietro e ritardi quando sono venuti alla luce input precedentemente mancanti da parte di persone esterne al team e hanno reso necessario rielaborare i piani o quando i medici hanno scoperto di essere stati ignari di decisioni importanti (p. es., quando gli infermieri erano in ritardo nel vedere gli avvisi elettronici di ordini "STAT", rallentando così la consegna del farmaco).

Nello stesso studio, tuttavia, è stato riscontrato che circa il 25% dei team di degenti integra dinamicamente persone con altri ruoli nei processi del team, se necessario. Per facilitare questa integrazione, i team hanno sostanzialmente spostato i propri confini nel tempo: il confine che circonda il team medico principale si è ampliato man mano che i suoi membri hanno raccolto input da altri medici, pazienti e famiglie e si sono incontrati con loro in tempo reale, spesso di persona, per sintetizzare collettivamente le informazioni e condurre processi decisionali complessi durante i turni; il confine del team si è poi ridotto di nuovo quando il team medico principale si è riunito per delegare i compiti internamente e passare al paziente successivo. In superficie, questi team si sono impegnati in un lavoro di coordinamento più dispendioso in termini di tempo, ma hanno sfruttato le competenze disponibili per ciascun paziente, e sono tornati indietro meno spesso e hanno completato i turni giornalieri più velocemente rispetto ai team che non integravano costantemente le persone con altri ruoli in tempo reale. I pazienti assegnati a questi team hanno avuto anche periodi di degenza più brevi rispetto ai pazienti assegnati ad altri team.³

La struttura sempre più fluida dei team sanitari e la dipendenza dalla comunicazione mediata dalla tecnologia non riguardano solo la cura dei pazienti attuali; possono anche erodere le opportunità di imparare dagli altri, che è una componente fondamentale del lavoro di squadra nell'assistenza sanitaria ed è necessaria per migliorare l'assistenza ai futuri pazienti. Ad esempio, l'evoluzione delle tecnologie cliniche e dei loro usi (ad esempio, l'integrazione dei robot in chirurgia) ha modificato i ruoli e le routine professionali dei tirocinanti, riducendo così le opportunità per i tirocinanti di apprendere lavorando con esperti.¹ Le opportunità di apprendimento post-formazione sono inoltre limitate dalla natura sempre più mobile del personale sanitario, che ostacola la formazione di relazioni chiave che potrebbero altrimenti essere importanti fonti di trasferimento di conoscenze.^{4,5} La ricerca sull'apprendimento nelle organizzazioni rivela il potere di creare spazi per la conversazione informale o l'osservazione degli altri e l'apprendimento sul posto di lavoro, che potrebbe promuovere la condivisione delle conoscenze e l'apprendimento necessari per il lavoro collettivo. Ad esempio, la costante riconfigurazione degli equipaggi del trasporto medico aereo limita la collaborazione e interferisce con i tradizionali meccanismi di apprendimento, ma la ricerca di uno di noi ha scoperto che i membri dell'equipaggio usano routine di narrazione durante i periodi di inattività per imparare dalle esperienze di altri equipaggi.⁴ Questa scoperta, insieme a un corposo lavoro sull'apprendimento organizzativo, evidenzia che sebbene l'insegnamento didattico sia spesso enfatizzato nell'assistenza sanitaria (in particolare nei centri medici accademici), l'apprendimento è un processo sociale. L'apprendimento indiretto e l'apprendimento facendo (insieme) sono pratiche critiche che le

organizzazioni possono supportare attraverso sforzi dedicati per riunire i professionisti per condividere esperienze e competenze.

Una migliore comprensione dei vincoli incentrati sull'uomo e delle opportunità per il lavoro di squadra nell'assistenza sanitaria può aiutare a guidare interventi basati sulla tecnologia più efficaci per monitorare e aumentare il coordinamento e l'apprendimento. Ad esempio, l'intelligenza artificiale che elabora le conversazioni in tempo reale potrebbe supportare la gestione delle informazioni durante il processo decisionale del team, anche invitando il contributo di persone (ad esempio, infermieri, specialisti o pazienti) che non hanno contribuito a una discussione ma che probabilmente dovrebbero. L'identificazione di modelli di interazione clinica (ossia, chi è coinvolto e quando) che sono associati a esiti critici potrebbe anche informare lo sviluppo di metriche e strumenti migliori relativi al lavoro di squadra per incoraggiare la collaborazione. Tali strumenti potrebbero includere algoritmi che forniscono raccomandazioni sulle interazioni, chiedendo, ad esempio, un team di cure primarie per connettersi con un particolare consulente. Allo stesso modo, le tecnologie di pianificazione potrebbero basarsi sui dati di interazione e sui risultati per creare incarichi di team di assistenza ideali, bilanciando l'inclusione di membri che hanno più familiarità tra loro (il che potrebbe migliorare la comunicazione e la collaborazione) con quelli che hanno meno familiarità tra loro e potrebbero fornire nuove prospettive o storie relative alle proprie esperienze disparate (che sarebbero in linea con la ricerca sul valore potenziale di lavorare con più persone nello stesso ruolo, ad esempio residenti che lavorano con un numero maggiore di infermieri, per migliorare l'apprendimento).⁵

Naturalmente, ci sono rischi associati all'implementazione di nuove tecnologie. Gli algoritmi utilizzati per supportare il processo decisionale umano possono mancare di trasparenza, il che, insieme alle preoccupazioni sulla sicurezza dei dati, può creare sfiducia. Possono anche perpetuare pregiudizi, il che è particolarmente rischioso quando non sono disponibili dati di alta qualità. Queste carenze potrebbero ostacolare l'innovazione. Inoltre, scalare le soluzioni e integrarle in siti eterogenei può essere una sfida. Anche in questo caso, la ricerca della scienza organizzativa e dei campi correlati potrebbe aiutare le organizzazioni a raccogliere i dati giusti e utilizzare metriche significative per identificare importanti fattori contestuali che potrebbero informare la modifica e l'integrazione tra i siti e per gestire meglio il cambiamento e implementare nuove soluzioni.¹²

Le chiamate per migliorare le pratiche relative al lavoro di squadra nell'assistenza sanitaria non sono nuove. Tuttavia, nel dinamico panorama sanitario odierno, in cui il design del team spesso è in conflitto con le best practices, riteniamo fondamentale che ricercatori, sviluppatori e professionisti integrino le conoscenze della ricerca nelle scienze organizzative con lo sviluppo tecnologico per coltivare un lavoro di squadra più solido.

https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2300172?query=TOC&ssotoken=U2FsdGVkX1%2BTRx3PE5J18fyqQ47dAHGjjkwHntrocjRjnuNhpbX0e4%2FXcPTKL24M%2BRp7cjQydm7Hy4RyHg7D6wLkeWwgT7%2Bn4yryV%2BTg%2B5DaG7rrJqmBWIN%2BF1K0kMnWH7n3NPUZrOvLAcMrIoYewFA%2FrIrxEw2TaJtswSxkLQjHocamvV%2Fgh%2BukOMQ43tAyJhYahgmXUg5wvvyiDX2%2FrHw%3D%3D&cid=NEJM+eToc%2C+June+1%2C+2023+DM2222596_NEJM_Non_Subscriber&bid=1588788225



Distretti sanitari: pieno sviluppo all'infermiere di famiglia e comunità. Protocollo d'intesa FNOPI-CARD. FNOPI

Disponibile online il 21 aprile 2021

Protocollo di intesa tra FNOPI, la Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche e CARD, la Confederazione delle Associazioni Regionali di Distretto – Società Scientifica delle Attività Territoriali –, per potenziare i distretti sanitari grazie alla figura soprattutto dell'infermiere di famiglia e comunità, non solo quale modello professionale, ma anche come riferimento culturale e organizzativo per le nuove politiche della sanità territoriale.

Per incentivare il ruolo dell'Infermiere all'interno degli ambiti distrettuali, a partire dalla figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità, le attività che il protocollo intende promuovere sono;

1. valorizzare le competenze acquisite dal professionista, per rispondere alle nuove esigenze della popolazione, innanzitutto per disporre di servizi di prossimità;
2. favorire l'integrazione tra i diversi professionisti della sanità, anche nell'ambito dell'organizzazione delle strutture di direzione;
3. favorire la diffusione e l'accessibilità di dati epidemiologici tra tutti i professionisti del territorio per sviluppare modelli di cura sempre più rispondenti alle esigenze della popolazione;
4. favorire l'implementazione del modello di **community building**, e, così, i valori di coinvolgimento, proattività, promozione delle connessioni sociali e coprogettazione;
5. favorire la creazione di percorsi di formazione, rivolti in particolare all'Infermiere di famiglia e di comunità, perché possa acquisire un maggior grado di preparazione nei diversi ambiti di intervento e valorizzare, così, le proprie competenze trasversali.

Il protocollo prevede specifici accordi attuativi in relazione ai singoli progetti di collaborazione e dovrà garantire la collaborazione per la divulgazione dell'attività ai livelli nazionali, regionali e provinciali e una continua e costante collaborazione tra gli eventuali rispettivi gruppi di lavoro, necessaria alla ottimale realizzazione delle rispettive attività.

“Il ruolo dei distretti in questo momento e in questo assetto che si sta dando al sistema salute del Paese – afferma Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI – è un ruolo strategico, un punto chiave, la cerniera di congiunzione tra l'ospedale per acuti e la necessità di garantire quella che nel PNRR è chiamata sanità di prossimità, salute di prossimità. Il distretto gioca questo ruolo di connessione: un momento peculiare e anche un luogo fisico e virtuale, grazie alle nuove tecnologie d'incontro, confronto, definizione di percorsi, di integrazione multiprofessionale e di integrazione dei setting assistenziali. Il distretto è quell'elemento che aiuta a ricomporre la frammentazione del nostro sistema salute, anche inserendo il sociale, e gli infermieri sono al centro e motore di questo cambiamento”.

“Senza il Distretto – è il commento del presidente Card, Gennaro Volpe – Sanità e Salute Pubblica non potranno superare la fase post pandemica ed essere pronte ad entrare in una nuova era che non lascia

indietro nessuno, resta vicino a tutti, in cui ciascuno potrà sentirsi protetto e proiettato in un futuro meno temibile. Per realizzare tutto questo, la nuova organizzazione del territorio esige risorse umane adeguate, ben retribuite e ricche di competenze e capacità .

Il sistema distrettuale deve essere attrattivo dei migliori e deve essere chiaro che per organizzare servizi e strutture territoriali attive h24, non può accettare personale di quantità insufficiente e qualità marginale. Il Distretto deve porre al primo posto l'attenzione alle persone/famiglie assistite e a coloro che le prendono in carico. Solo questa duplice, costante attenzione ci permetterà di avere una sanità 'person and community centred'".

<https://www.fnopi.it/2023/04/21/protocollo-fnopi-card/>



Cooperative sanitarie, infermieri e medici assieme su carenza di personale e speculazioni contro il SSN. FNOPI

Pubblicazione online 29 marzo 2023

Ormai è un dato di fatto: la carenza di infermieri e medici rischia di far saltare la riforma della sanità territoriale messa in campo con il PNRR e il decreto 77/2022 e crea seri problemi anche all'assistenza ospedaliera, soprattutto per quanto riguarda l'emergenza-urgenza, ma non solo.

E l'attuale organizzazione del Ssn, con i suoi finanziamenti e le sue regole, non basta a risolvere a breve termine il problema che si ripercuote sull'assistenza ai cittadini.

Per questo le Federazioni degli infermieri (FNOPI), dei medici (FNOMCeO) e delle Cooperative sanitarie e sociosanitarie rappresentate da Confcooperative Sanità hanno costituito un gruppo di lavoro congiunto per affrontare il tema della carenza, con lo sviluppo delle professioni mediche e infermieristiche anche attraverso lo strumento cooperativo.

L'accordo, formalizzato ufficialmente oggi, prende da subito le distanze dalle modalità di ingaggio del personale medico e infermieristico con metodi che favoriscono pratiche speculative ai danni del Servizio Sanitario Nazionale, senza programmazione, con impatti negativi sugli assistiti, sui professionisti, sugli operatori privati e sul sistema nel complesso e si pone anche l'obiettivo di sorvegliare sulle norme che distinguono l'appalto di servizi dalla somministrazione di personale per evitare il ricorso a procedure di gara al massimo ribasso, applicando i minimi contrattuali previsti dai contratti sottoscritti dalle parti sociali più rappresentative a livello nazionale.

Questo a tutela dei professionisti, della cooperazione tra di essi, ma soprattutto degli assistiti, per preservare qualità, disponibilità, metodi di ingaggio degli operatori e tempestività dei servizi.

Per farlo, Confcooperative Sanità, FNOPI e FNOMCeO metteranno a punto proposte condivise, anche normative, per contribuire alla soluzione della carenza di professionalità sanitarie, soprattutto sul territorio (domicilio, centri diurni, residenze ecc.) seguendo quattro direttrici: la valorizzazione dell'attività libero professionale; la revisione degli attuali vincoli di esclusività con il SSN; lo sviluppo di aggregazioni e organizzazioni degli operatori in cooperativa; la definizione di nuove professionalità sanitarie di aiuto e supporto, in particolare al personale infermieristico.

Non dimenticando, però, la necessità di sostenere, riconoscere e implementare i percorsi formativi per valorizzare le professioni impegnate nell'assistenza sul territorio, comprese le collaborazioni con il mondo imprenditoriale e con le relative associazioni di rappresentanza. Confcooperative Sanità, già dal 2010, ha realizzato un modello integrato "multi professionale" per mettere in rete il know-how e le professionalità coinvolte nell'assistenza (in tutto oltre un milione di professionisti),

"il tradizionale modello organizzativo è ormai inefficace per rispondere alle esigenze di salute della popolazione – sottolinea Barbara Mangiacavalli, presidente FNOPI -. Il nuovo paradigma sanitario si fonda sulla costruzione di reti di prossimità territoriale, determinando uno spostamento dei setting assistenziali dai luoghi tradizionali di cura, come gli ospedali, verso strutture territoriali più sostenibili e accessibili che possano favorire l'integrazione sociosanitaria e la continuità dei percorsi. L'assistenza nel complesso deve essere caratterizzata dalla multi-professionalità e interdisciplinarietà delle attività assistenziali e questo accordo ne è uno strumento proposto da chi è in prima linea nell'assistenza, che politica e istituzioni non potranno ignorare".

"L'accordo siglato oggi – afferma Filippo Anelli, presidente FNOMCeO – si propone di far fronte alla carenza di professionisti, in ospedale e sul territorio, mediante la messa a punto di modelli organizzativi innovativi, flessibili, non lucrativi, sostenibili e sussidiari al sistema pubblico a beneficio dei cittadini. Modelli che rifuggano dalle distorsioni quali, ad esempio, le gare di appalto al massimo ribasso o i metodi che favoriscono pratiche speculative. Lo strumento è percorribile ma dobbiamo stabilire delle regole".

"Una netta presa di distanza da forme improprie di ingaggio del personale medico ed infermieristico nel SSN, la valorizzazione in chiave integrata del lavoro dei medici, degli infermieri e degli altri professionisti sanitari attraverso il modello cooperativo e una riflessione condivisa sul fronte della carenza di personale. Con l'alleanza siglata oggi su questi tre punti – spiega Giuseppe Milanese Presidente di CONFSCOOPERATIVE Sanità – intendiamo dare un contributo concreto in un momento di affanno, ma anche di profonda innovazione, del nostro sistema di welfare sociosanitario. Sono convinto che tre Organizzazioni come le nostre che decidono di lavorare insieme per proporre soluzioni concertate non può che essere una buona notizia per i professionisti che rappresentiamo, per il SSN e, soprattutto, per le persone che assistiamo.

<https://www.fnopi.it/2023/03/29/confcooperative-fnopi-fnomceo/>



Esaminando la risposta normativa infermieristica globale alla pandemia di COVID-19. Journal of Nursing Regulation

N. Kaminski-Ozturk, B. Martin. Disponibile online: aprile 2023

DOI: [https://doi.org/10.1016/S2155-8256\(23\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S2155-8256(23)00071-6)

Background

Durante la pandemia di COVID-19, gli organismi di regolamentazione infermieristica di tutto il mondo hanno adottato una serie di misure per rafforzare la forza lavoro infermieristica e garantire la sicurezza dei pazienti.

Scopo

Esaminare la pletera di azioni intraprese dalla comunità infermieristica globale in risposta all'emergenza sanitaria pubblica in modo che gli organismi di regolamentazione infermieristica possano aumentare la trasparenza e prepararsi meglio per le crisi future.

Metodi

All'inizio del 2021, il National Council of State Boards of Nursing ha sviluppato un sondaggio online per acquisire dati sulla risposta normativa globale alla pandemia di COVID-19. L'indagine si è concentrata su cinque domini specifici: (a) governance, (b) pratiche di telemedicina, (c) mobilità degli infermieri, (d) formazione e (e) processo disciplinare. Lo strumento è stato tradotto in 11 lingue prima di essere distribuito a 150 rappresentanti normativi non statunitensi. Le frequenze e le proporzioni sono state generate per tutte le risposte con elementi fissi e le analisi descrittive del contenuto sono state applicate alle risposte tradotte con testo aperto.

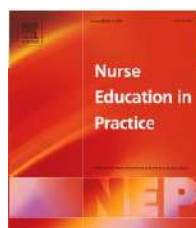
Risultati

Le autorità di regolamentazione che rappresentano 27 giurisdizioni hanno fornito risposte valide al sondaggio. La maggior parte delle giurisdizioni ha riferito che le componenti della formazione infermieristica sono state adattate in qualche modo durante la pandemia. Più della metà (53,8%, $n = 14$) degli intervistati ha indicato che sono state apportate modifiche ai curricula clinici e didattici per garantire che gli studenti si laureassero in tempo. Circa un terzo (30,8%, $n = 8$) dei rappresentanti ha rivelato che la propria giurisdizione aveva apportato modifiche alle normative sulla telemedicina, con molti che concedevano licenze infermieristiche specifiche per la telemedicina. La maggior parte delle giurisdizioni (88,5%, $n = 23$) ha anche segnalato un numero inferiore o circa lo stesso di reclami normativi rispetto a prima della pandemia.

Conclusioni

I risultati di questo studio evidenziano la gamma di azioni adottate dai regolatori infermieristici in tutto il mondo, a cui si può attingere per informare le migliori pratiche per garantire che le giurisdizioni siano pronte per la prossima emergenza sanitaria pubblica.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2155825623000716>



Nurse Education in Practice

Supports open access

Ragioni degli errori di somministrazione dei farmaci, ostacoli alla loro segnalazione e numero di errori di somministrazione dei farmaci segnalati dal punto di vista degli infermieri: un'indagine trasversale. Nurse Education in Practice

I. Brabcová, H. Hajduchová, V. Tóthová, I. Chloubová, M. Červený, R. Prokešová, J. Malý, J. Vlček, M. Doseděl, K. Malá-Ládová, O. Tesař, S. O'Hara

Pubblicazione: 11 aprile 2023

DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103642

Lo scopo dello studio era identificare le ragioni degli errori di somministrazione dei farmaci, descrivere gli ostacoli nella loro segnalazione e stimare il numero di errori di somministrazione dei farmaci segnalati.

Background: fornire un'assistenza sanitaria di qualità e sicura è una priorità fondamentale per tutti i sistemi sanitari. L'errore di somministrazione del farmaco appartiene agli errori più comuni commessi nella pratica infermieristica. La prevenzione degli errori di somministrazione dei farmaci deve quindi essere parte integrante della formazione infermieristica.

Disegno: per questo studio è stato utilizzato un disegno descrittivo e trasversale.

Metodi: la ricerca sociologica rappresentativa è stata condotta utilizzando l'indagine standardizzata sugli errori di somministrazione dei farmaci. Lo studio di ricerca ha coinvolto 1205 infermieri che lavorano negli ospedali della Repubblica ceca. Le indagini sul campo sono state condotte a settembre e ottobre 2021. Per analizzare i dati sono state utilizzate statistiche descrittive, rilevamento automatico dell'interazione di Pearson e Chi-quadrato. È stata utilizzata la linea guida STROBE.

Risultati: Tra le cause più frequenti di errori nella somministrazione dei farmaci figurano il nome ($4,1 \pm 1,4$) e la somiglianza del packaging tra farmaci diversi ($3,7 \pm 1,4$), la sostituzione dei farmaci di marca con generici più economici ($3,6 \pm 1,5$), le frequenti interruzioni durante la preparazione e somministrazione di farmaci ($3,6 \pm 1,5$) e cartelle cliniche illeggibili ($3,5 \pm 1,5$). Non tutti gli errori di somministrazione dei farmaci vengono segnalati dagli infermieri. Le ragioni per la mancata segnalazione di tali errori includono la paura di essere incolpati per un peggioramento della salute del paziente ($3,5 \pm 1,5$), la paura di sentimenti negativi da parte dei pazienti o della famiglia nei confronti dell'infermiere o della responsabilità legale ($3,5 \pm 1,6$) e le risposte repressive da parte dell'ospedale gestione ($3,3 \pm 1,5$). La maggior parte degli infermieri (due terzi) ha dichiarato che sono stati segnalati meno del 20% degli errori di somministrazione dei farmaci. Gli infermieri più anziani hanno riportato un numero statisticamente significativo di errori di somministrazione dei farmaci relativi ai farmaci non endovenosi rispetto agli infermieri più giovani ($p < 0,001$). Allo stesso tempo, gli infermieri con maggiore esperienza clinica (≥ 21 anni) forniscono stime significativamente inferiori degli errori di somministrazione dei farmaci rispetto agli infermieri con minore pratica clinica ($p < 0,001$).

Conclusioni: la formazione sulla sicurezza del paziente dovrebbe avvenire a tutti i livelli della formazione infermieristica. Il sondaggio standardizzato sull'errore di somministrazione di farmaci è utile per i responsabili della pratica clinica. Consente l'identificazione delle cause di errore nella somministrazione dei farmaci e offre misure preventive e correttive che possono essere implementate. Le misure per ridurre gli errori di somministrazione dei farmaci includono lo sviluppo di un sistema di segnalazione degli eventi avversi non punitivo, l'introduzione di prescrizioni elettroniche di farmaci, il coinvolgimento dei farmacisti clinici nel processo di farmacoterapia e la fornitura agli infermieri di una formazione regolare e completa.

<https://www.sciencedirect.com/journal/nurse-education-in-practice>

Motivazione degli infermieri per la sottostima della violenza sul posto di lavoro perpetrata da pazienti e visitatori: una revisione sistematica. BMC Nursing. Part Springer Nature

C. Spencer, J. Sitarz, June Fouse & Kristen DeSanto. Pubblicazione: 23 aprile 2023

DOI: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01226-8>

Background:

La violenza sul posto di lavoro perpetrata da pazienti e visitatori è un problema all'interno dell'assistenza sanitaria ed è noto per essere sottostimata da infermieri e altri operatori sanitari. Tuttavia, ci sono molteplici e diverse ragioni identificate in letteratura sul motivo per cui gli infermieri non riferiscono. Questa revisione sistematica mirava a indagare le ragioni e le motivazioni degli infermieri relative alla sottostima della violenza che si verifica sul posto di lavoro.

Metodi

Seguendo le linee guida PRISMA per la segnalazione di revisioni sistematiche, gli studi condotti tra il 2011 e l'inizio del 2022 sono stati identificati da MEDLINE, CINAHL, APA PsychInfo e Psychological and Behavioral Sciences Collection tramite EBSCOHost. Sono stati inclusi studi quantitativi relativi alla violenza perpetrata da pazienti e visitatori contenenti spiegazioni, ragioni o motivazioni relative alla sottostima.

Risultati

Dopo le valutazioni della qualità, sono stati inclusi 19 studi in rappresentanza di 16 paesi. Le categorie risultanti hanno identificato fattori infermieristici, gestionali e organizzativi. I fattori infermieristici più importanti includevano la paura delle conseguenze degli infermieri dopo la segnalazione, le percezioni degli infermieri e la loro mancanza di conoscenza del processo di segnalazione. Fattori di gestione comuni che hanno contribuito alla sottostima delle segnalazioni infermieristiche includevano la mancanza di cambiamenti visibili dopo la segnalazione, la cultura non di supporto in cui segnalare e la mancanza di sanzioni per i colpevoli. I fattori organizzativi includevano la mancanza di politiche/procedure/formazione relativa alla violenza sul posto di lavoro, nonché la mancanza di un sistema di segnalazione efficiente e di facile utilizzo. Gli interventi di supporto da parte della direzione, delle organizzazioni e delle fonti della comunità sono stati riassunti per fornire informazioni per migliorare la segnalazione degli eventi di violenza sul posto di lavoro da parte degli infermieri.

Conclusione

La sottostima della violenza sul posto di lavoro è un problema complesso e sfaccettato. Un'indagine sulla logica della sottostima di un evento violento sul posto di lavoro illustra che infermieri, dirigenti e organizzazioni contribuiscono al problema. Si raccomandano interventi chiari e attuabili come il supporto educativo per il personale e lo sviluppo di processi di segnalazione chiari e concisi per incoraggiare la segnalazione del personale e per aiutare ad affrontare la violenza sul posto di lavoro nell'assistenza sanitaria.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-023-01226-8#Abs1>

Per la medicina di base: 30 anni passati inutilmente. quotidianosanita.it

Roberto Polillo

Trenta anni di medicina di base, in molte realtà del paese compreso il quartiere dove ho vissuto per decenni, sono purtroppo passati inutilmente. Oggi il MMG svolge, e non per sua colpa, una medicina di carta in cui l'urgenza clinica diventa un problema insormontabile dal punto di vista assistenziale e un consumo di tempo per la presenza di un'attività amministrativa ormai totalizzante.

12 MAG -

A distanza di 30 anni circa, una giovane collega di medicina generale, alla cui formazione ho contribuito essendo stato uno dei docenti del corso che la ha abilitata, sta svolgendo la sua professione nello stesso quartiere dove ho esercitato per sei anni la stessa attività.

Parlando con lei ho potuto rendermi conto delle differenze e delle similitudini esistenti tra queste due esperienze maturate nello stesso contesto, ma molto lontane nel tempo. Provo a riassumerle per arrivare ad alcune considerazioni su ruolo e funzioni del MMG

La diversità più eclatante: l'acquisizione di pazienti

Alla fine della mia attività, durata 6 anni circa, avevo accumulato circa 450 scelte, contando anche sul fatto che in quella stessa strada risiedevo.

La mia collega, capitata in quel quartiere per caso, in due anni è a quota 1200 e ben presto diventerà massimalista. Ricordo ancora la pleora di medici dei miei anni e le difficoltà di incrementare il numero di assistiti; impresa ardua perché, come ripeteva l'allora presidente della FNOMCEO Parodi, gli MMG erano diventati "medici di condominio" tanti ce ne erano. Oggi la medicina generale è una landa disabitata e gli MMG sono sopraffatti da un numero esorbitante di pazienti che per inesperienza non sanno gestire e che non riescono a seguire.

Complessità clinica e casistica

Ricordo perfettamente i casi clinici di maggior impegno che affrontai come MMG: un infarto miocardico acuto confermato dal mio tracciato ECG di cui avevo grande pratica (lavoravo come assistente medico presso la clinica Villa Irma, oggi Policlinico Casilino, e leggevamo da soli gli ECG senza ricorrere ai cardiologi); uno scompenso ad alta frequenza (in corsia se ne vedeva uno e più a settimana); uno scompenso a bassa portata e marcata ipotensione con successiva diagnosi di miocardiopatia dilatativa; una fibrillazione ad alta frequenza che trattai a domicilio; un pneumotorace spontaneo, una rickettsiosi in un soggetto anziano; una pericardite in un ragazzo con intensa precordialgia; un precoma iperosmolare.

Patologie impegnative che riconobbi e affrontai con quello che avevo, non senza timore, ma potendo contare sulla mia esperienza di medico ospedaliero. Ovviamente a questo si aggiungevano patologie meno impegnative come infezioni respiratorie, urinarie e sintomatologie dolorose di tipo somatico o viscerale

La clinica difettiva

La mia collega tratta solo questo secondo tipo di patologie e non affronta le altre più impegnative per diversi motivi: lo scarso tempo residuo per effettuare visite a domicilio; la mancanza di un riscontro ospedaliero quotidiano, il possibile contenzioso medico legale sempre in agguato in caso di errore e soprattutto la condizione di solitudine in cui si trova. Unica soluzione rimastale per questi casi rinviare il paziente in PS o chiamare il 118

Integrazione con altri professionisti

Trenta anni fa non esisteva alcuna integrazione con altri professionisti e il mio lavoro era in solitudine. La mia collega è nell'identica condizione e la sua partecipazione alla UCP di cui è membro è solo una perdita di tempo perché una volta

a settimana deve spostarsi nella sede per fare le identiche cose che farebbe nel suo studio. Senza contare che i pazienti non sono neanche adeguatamente informati su tale servizio.

Carico burocratico.

Quasi assente ai miei tempi, oggi assorbe grandissime energie in termini di tempo necessario e difficoltà realizzative per la complessità delle procedure informatiche. La digitalizzazione invece di diventare un supporto e uno strumento di semplificazione è diventata una complicazione che sottrae tempo al lavoro clinico.

Attività di medicina dell'iniziativa.

Il termine ai miei tempi non era stato ancora coniato, oggi è una espressione verbale come tante altre. Il massimo che la mia collega riesce a fare per i suoi pazienti è la vaccinazione anti influenzale e niente altro. Non molto di più di quanto si faceva trenta anni fa.

Un fallimento storico a causa di una visione miope.

Trenta anni di medicina di base, in molte realtà del paese compreso il quartiere dove ho vissuto per decenni, sono purtroppo passati inutilmente. Anzi il minor carico burocratico di quei tempi rendeva possibile svolgere un'attività clinica di tutto rispetto che oggi è quasi impossibile.

Oggi il MMG svolge, e non per sua colpa, una medicina di carta in cui l'urgenza clinica diventa un problema insormontabile dal punto di vista assistenziale e un consumo di tempo per la presenza di un'attività amministrativa ormai totalizzante.

Esistono per questo stato di cose precise responsabilità. E queste sono addebitabili in parti eguali alla miopia del decisore politico e al corporativismo delle rappresentanze sindacali dei MMG. Alle prime per la mancanza di determinazione, alle seconde per non volere abbandonare posizioni di ruolo e di potere. E per tale motivo queste ultime non hanno esitato a scegliere la via dell'isolamento e dell'autosufficienza condannando i più volenterosi all'esercizio di una medicina povera di clinica.

La clinica moderna, infatti, ha un senso solo nell'integrazione tra professionisti perché la gestione delle patologie è ormai talmente complessa da diventare impossibile senza un lavoro inter-professionale che i MMG, anche se aggregati, da soli non possono svolgere. Certo il supporto della telemedicina con la refertazione da remoto di indagini strumentali come ECG o spirometria e domani ecografia potrebbe fare la differenza. Anche questo tuttavia non sarebbe sufficiente. Nulla infatti può sostituire quel lavoro collettivo che i medici ospedalieri svolgono ogni giorno attraverso le loro reti relazionali formali e informali con gli altri specialisti. Si supera l'isolamento tragico dei MMG, caratteristica immutata nel tempo, solo se si entra a pieno titolo in un contesto multiprofessionale fatto di personale infermieristico, personale di segreteria e specialisti; un lavoro in team che solo le case della salute o della comunità possono garantire

Le carenze del percorso formativo.

Un problema altrettanto evidente è quello del corso di formazione per la medicina generale di cui ho sufficiente esperienza essendone stato per anni un docente. La sua attuale organizzazione infatti è fortemente rivolta a dare un ruolo da protagonisti ai sindacati della medicina generale che di fatto ne sono i gestori e i formatori esclusivi.

Il MMG in formazione riceve una preparazione orientata a problemi di relazione, sicuramente importanti, ma questa è totalmente carente della parte clinica. Ho potuto notare, ospitando i MMG in formazione per due settimane presso il mio ambulatorio pubblico di allergologia, che molti di loro non erano in grado di svolgere un accurato esame obiettivo e che erano altrettanto carenti nel percorso clinico-diagnostico. Per superare questo stato di fatto, allora, bisogna partire da un assunto diverso: i futuri MMG devono frequentare le corsie ospedaliere per tutto il corso di formazione in modo organico e non come avviene adesso da semplici frequentatori. Solo in corsia infatti si osservano i veri casi clinici e si affinano le capacità diagnostiche apprendendo il ragionamento clinico e scontrandosi con la complessità della diagnosi differenziale. Insieme ovviamente alla parte, altrettanto importante e oggi, altrettanto carente, della medicina di comunità nelle sue diverse competenze e problematiche

Una nuova organizzazione del lavoro.

Il MMG è ormai di fronte a una scelta da cui non può sottrarsi, se non vuole rassegnarsi a trattare le malattie banali e a sbrigare pratiche di ufficio; un lavoro che è comunque parte del tutto, che potrebbe e dovrebbe essere svolto da infermieri specializzati nella cura delle patologie minori o da personale amministrativo e che però dovrebbe avvenire in un contesto necessariamente diverso dallo studio privato in cui il MMG si è inutilmente arroccato.

Se questo fosse, la presenza di un team di varie figure il MMG darebbe le indicazioni generali per l'implementazione della medicina dell'iniziativa, i cui referenti sarebbero gli infermieri e altre figure professionali del distretto e potrebbe concentrare la sua attenzione sui casi difficili, mantenendo un contatto formalizzato con l'ospedale di riferimento.

Per ottenere questo ovviamente non solo il percorso formativo del MMG dovrebbe essere totalmente diverso ma anche l'aggiornamento delle competenze cliniche che dovrebbe necessariamente avvenire nelle corsie ospedaliere. Gran parte di crediti ECM dunque dovrebbero essere vincolati alla partecipazione alle attività cliniche ospedaliere e non a fantomatici corsi dei quali spesso si conoscono i quiz.

Un processo lungo, probabilmente irrealizzabile perché troppo forti sono gli interessi in gioco ma che è l'unico per dare un senso compiuto alla medicina generale

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113692

La rivisitazione del Dm 70 tenga conto degli insegnamenti della pandemia.
quotidianosanita.it

Claudio Maria Maffei

In attesa che il Ministro esca dal porto delle nebbie e faccia uscire non dichiarazioni ma documenti su "suo" DM 70, confermo che questa tendenza a scegliersi interlocutori prevalentemente clinici con una forte rappresentanza universitaria è sbagliata e certo non casuale.

09 MAG -

In occasione di una iniziativa della FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti) a Milano il Ministro Schillaci nel [suo intervento in videocollegamento](#) ha tra le altre cose dichiarato che "Siamo tutti consapevoli di quanto sia prioritaria la riforma dell'assistenza territoriale che costituisce il primo punto di contatto del cittadino con il Servizio Sanitario, anche per evitare il ricorso inappropriato negli ospedali. Ma dobbiamo contestualmente portare a compimento l'aggiornamento del DM 70 tenendo conto dei recenti insegnamenti emersi nella gestione della pandemia e delle istanze di chi ogni giorno lavora nelle corsie degli ospedali. Professionisti che meritano di poter lavorare con serenità e di veder riconosciute prospettive di crescita economica e professionale."

Credo di essere ormai tra i pochi a prendere costantemente ed esplicitamente posizione a favore di una applicazione del DM 70 del 2015 alla rete ospedaliera delle Regioni italiane. Mi sento ormai come uno di quei caratteristi che nei film di genere c'era sempre, come [Tiberio Murgia](#) che pur sardo veniva sempre chiamato a fare "il tipo siciliano" dopo la sua prima straordinaria apparizione in queste vesti nei soliti ignoti. Il mio ruolo di caratterista nel dibattito su QS è "quello che tira sempre fuori il DM 70 per chiudere gli ospedali e togliere i posti letto". Per la precisione il caratterista ritiene essenziale la applicazione di una rivisitazione del DM 70 che tenga conto sia degli insegnamenti della pandemia (più posti letto di area medica e critica a disposizione per le emergenze pandemiche o di altra natura) che delle enormi criticità legate alla dispersione delle reti ospedaliere regionali.

È uno dei grandi misteri della mia vita di pensionato appassionato di sanità pubblica il fatto che non ci si renda conto tra gli addetti ai lavori che alcuni dei fenomeni più distorsivi della attuale fase del SSN, e cioè il ricorso ai medici gettonisti e la fuga dei medici nel privato, dipendono in larga misura anche da quella dispersione che moltiplica il numero di turni di continuità assistenziale necessari e riduce gli spazi per l'attività programmata chirurgica e ambulatoriale.

In realtà quello che penso io lo pensa anche il Ministero, ma non il Ministro Schillaci. Il Ministero lo pensa, tanto è vero che nel recente [Decreto sui criteri di determinazione del fabbisogno di personale](#) per la parte ospedaliera si fa esplicito riferimento al DM 70. Il Ministro Schillaci la pensa invece diversamente, almeno questo sospetta fortemente il caratterista che è in me. Nell'intervento al Congresso della FADOI il Ministro ha parlato di voler

tenere conto “delle istanze di chi ogni giorno lavora nelle corsie degli ospedali”. Tradotto dal caratterista: delle istanze dei clinici che si riconoscono nel Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani (FoSSC), di cui la FADOI fa parte e cui [Schillaci ha già riconosciuto il ruolo di interlocutore privilegiato](#) . Riconoscimento che [i Sindacati della dirigenza medica e sanitaria hanno contestato](#).

Purtroppo il Forum riconosce un assoluto predominio dell'ospedale su territorio come ricavabile dalle [proposte del Forum del giugno scorso](#) , che si traducono in affermazioni come:

“serve un nuovo modello, in cui territorio e ospedale siano interconnessi. A partire da un ospedale adeguato, che sia esteso al territorio, ridefinendo i parametri che finora ne hanno caratterizzato l'organizzazione e che risalgono al 1968”;

“va superata la storica dualità fra ospedale e territorio, a favore di un unico sistema di servizi interconnesso, continuo e complementare in cui prevalga l'idea di ospedale esteso al territorio e adeguato alle necessità della popolazione, avendo ben presente la sua complessità scientifica, clinica e organizzativa”;

“il sistema complessivo dovrà configurare una sorta di logica dipartimentale con l'idea del vero e proprio ospedale (generale o specialistico classicamente inteso), che si estende funzionalmente anche alle realtà sanitarie territoriali”;

“ciò che è territoriale deve essere considerato pre e post-ospedaliero, in una visione integrata delle due realtà.”

In questa logica (se ce n'è una, e a me non pare) la rete ospedaliera del DM 70 viene definita come una rete da “ospedale minimo” per cui la rivisitazione del DM 70 per questi interlocutori privilegiati del Ministro è un suo superamento con un ulteriore potenziamento del livello ospedaliero, mai definito con precisione, ma sempre rivendicato.

In attesa che il Ministro esca dal porto delle nebbie e faccia uscire non dichiarazioni ma documenti su “suo” DM 70, confermo che questa tendenza a scegliersi interlocutori prevalentemente clinici con una forte rappresentanza universitaria è sbagliata e certo non casuale. Come gli è stato del resto ricordato di recente per il recente Tavolo Ministeriale sulla Salute Mentale da [Andrea Angelozzi](#), che in particolare a proposito della componente universitaria del tavolo scrive: “E' difficile tuttavia non porsi delle domande relativamente al ruolo importante riservato alla Università, a fronte di segnali che la vedono spesso lontana dalla organizzazione effettiva dei servizi e selettivamente orientata, per quanto riguarda ricerca e formazione, ad un modello a forte impronta biologistica.” Sottoscrivo in pieno sostituendo per la parte che mi compete “ospedaliera” a “biologica”.

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=113562

Farmacia dei servizi. Il futuro è il potenziamento della telemedicina e l'ampliamento delle vaccinazioni. Fofi: “Una rete interconnessa di presidi già esistente” [quotidianosanita.it](#)

Alla tavola rotonda ‘Farmacisti e farmacie nell’era post-Covid’ organizzata al Cosmofarma 2023 il punto sulla professionalità del farmacista. Gemmato: “Difendere le farmacie è difendere la salute degli italiani”.

06 MAG -

“Negli ultimi anni la farmacia dei servizi è diventata una realtà con la quale i farmacisti italiani hanno dato concretezza a quel concetto di assistenza di prossimità che permea la riforma del Ssn. La sfida, oggi, è quella di potenziare ulteriormente le vaccinazioni, i test diagnostici e la telemedicina, supportandone l'implementazione omogenea in tutte le Regioni: un obiettivo prioritario per rispondere alle aspettative degli italiani e alla necessità del sistema di rafforzare le attività di prevenzione e cura sul territorio”. Sono le parole di **Andrea Mandelli**, presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI), alla tavola rotonda ‘Farmacisti e farmacie nell’era post-Covid’ organizzata a Bologna, nell'ambito di Cosmofarma Exhibition 2023.

“La rete delle farmacie di comunità - ha aggiunto Mandelli - è già oggi una realtà interconnessa: oltre 7mila presidi garantiscono ai cittadini prestazioni di telemedicina utilizzando la stessa piattaforma per la raccolta dei dati sanitari e le stesse apparecchiature tecnologiche. Grazie alla telemedicina, i farmacisti possono favorire un accesso capillare all'assistenza sanitaria, anche nei contesti più difficili, e migliorare e rendere più efficiente la presa in carico dei pazienti cronici. Ma per dedicarci alle persone, che si aspettano risposte ai loro bisogni di salute, è necessario ridurre gli oneri

burocratici che gravano sul lavoro dei farmacisti: sburocratizzare per liberare tempo da investire sulle attività fondamentali della nostra professione: la promozione della salute e l'assistenza quotidiana ai pazienti", ha concluso il presidente Fofi.

"Difendere la farmacia significa difendere il diritto alla salute del popolo italiano – ha sottolineato il sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato** – e in pandemia, nel piccolo paese interno o di montagna, ci sono sempre stati un camice bianco e una croce verde a disposizione, che hanno contribuito a far sì che l'emergenza, come decretato ieri dall'Oms, finisse. Il governo Meloni e il ministro della Salute Schillaci in una finanziaria difficile hanno stanziato quasi mezzo miliardo di euro per una remunerazione aggiuntiva alle farmacie, uno straordinario risultato. Ora occorre un provvedimento per cristallizzare questa situazione, che ampli anche lo spettro e la tipologia di vaccinazioni possibili da eseguire in farmacia, che faccia sì che tutte le regioni si adeguino rendendo stabile questo tipo di servizio. La missione 6 del Pnrr prevede 15,6 mld per sanità, per la metà destinati all'assistenza territoriale e per l'altra alla telemedicina e qui la farmacia gioca un ruolo importante, perché potrebbe diventare un hub importante verso gli altri spoke, strutture previste sul territorio per le quali però abbiamo difficoltà a reperire personale sanitario. Stiamo ragionando su tutto questo, anche per evitare che negli ospedali arrivino pazienti che potrebbero essere trattati in altre strutture".

Secondo **Pasquale Perrone Filardi**, presidente della Società italiana di cardiologia (Sic), "la facilitazione della prevenzione e delle cure per il contrasto delle malattie cardiovascolari è un tema che ci è caro, anche per un equo accesso alle terapie ovunque in Italia, e a questo scopo occorre sfruttare la sinergia e la concretezza della farmacia dei servizi. Per esempio per misurare i fattori di rischio e per far capire che non esiste un colesterolo limite, ma esiste un colesterolo per ciascuno di noi in base al profilo di rischio, magari con una campagna ad hoc".

È d'accordo **Marco Cossolo**, presidente di Federfarma: "Le farmacie possono essere una importante fonte di informazioni attraverso il monitoraggio dei pazienti e la teleassistenza: se sfruttiamo il farmacista che interagisce con la persona dopo la dispensazione del farmaco, si potrebbe contribuire a ridurre la mancata aderenza alle cure.

Un'altra iniziativa che vorremmo sostenere è quella della tele-visita: raggiungere lo specialista non è sempre facile e non tutti hanno gli strumenti e le capacità tecnologiche per collegarsi da remoto: nelle farmacie potrebbe essere predisposto uno spazio ad hoc. La farmacia può fare molto: se non ci fossimo stati noi non si sarebbe fermata la pandemia, abbiamo portato avanti una enorme operazione di prevenzione primaria in situazione di difficoltà, ora possiamo portare avanti progetti simili in maniera organica".

https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=113524



Gimbe lancia l'allarme sui pediatri di libera scelta: ne mancano almeno 840 e tra il 2019 e il 2021 sono diminuiti del 5,5%. Il Sole24 ore

Fondazione Gimbe

Secondo quanto riportato sul sito del ministero della Salute, il pediatra di libera scelta (PLS) – cd. pediatra di famiglia – è il medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni. Ad ogni bambino, sin dalla nascita, deve essere assegnato un PLS per accedere a servizi e prestazioni inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). «L'allarme sulla carenza dei PLS – afferma Nino Cartabellotta, presidente della Fondazione GIMBE – oggi è lanciato da genitori di tutte le Regioni, da Nord a Sud con narrative dove s'intrecciano questioni burocratiche, mancanza di risposte da parte delle ASL, pediatri con numeri esorbitanti di assistiti, sino all'impossibilità di esercitare il diritto d'iscrivere i propri figli al pediatra di famiglia con potenziali rischi per la salute, in particolare dei più piccoli e dei più fragili».

Al fine di comprendere meglio le cause e le dimensioni del fenomeno, la Fondazione GIMBE ha analizzato le criticità insite nelle norme che regolano l'inserimento dei PLS nel SSN e stimato l'entità della carenza di PLS nelle diverse Regioni italiane.

«È bene precisare – spiega Cartabellotta – tre aspetti fondamentali. Innanzitutto le regole sulle fasce di età di assistenza esclusiva dei minori, quelle per definire il “massimale” degli assistiti e quelle per identificare le aree carenti di pediatri sono frutto di compromessi con i medici di medicina generale (MMG), oltre che delle politiche sindacali degli stessi PLS. In secondo luogo, su carenze e fabbisogno è possibile solo fare stime a livello regionale, perché la reale necessità di PLS viene stimata dalle singole Aziende Sanitarie Locali (ASL). Infine, sui numeri relativi ai nuovi specialisti in pediatria che intraprendono la carriera di PLS e su quelli che vanno in pensione possono solo essere fatte delle stime».

Criticità attuali

Fasce di età. Sino al compimento del 6° anno di età i bambini devono essere assistiti per legge da un PLS, mentre tra i 6 e 14 anni i genitori possono scegliere tra PLS e MMG. Al compimento dei 14 anni la revoca del PLS è automatica, tranne per pazienti con documentate patologie croniche o disabilità per i quali può essere richiesta una proroga fino al compimento del 16° anno. «Queste regole – spiega Cartabellotta – se da un lato contrastano con la definizione di PLS come medico preposto alla tutela della salute di bambini e ragazzi tra 0 e 14 anni, dall'altro rappresentano un enorme ostacolo per un'accurata programmazione del fabbisogno di PLS». Infatti, secondo i dati ISTAT al 1° gennaio 2022 la fascia 0-5 anni (iscrizione obbligatoria al PLS) include più di 2,6 milioni di bambini e quella 6-13 (iscrizione facoltativa al PLS) quasi 4,3 milioni: ovvero oltre il 62% della fascia 0-13 anni potrebbe iscriversi ad un MMG in base alle preferenze dei genitori.

Massimale di assistiti.

Secondo quanto previsto dal Ministero della Salute, il numero massimo di assistiti di un PLS è fissato a 800, ma esistono varie deroghe nazionali, regionali e locali che portano spesso a superare i 1.000 iscritti: indisponibilità di altri pediatri del territorio, fratelli di bambini già in carico ad un PLS, scelte temporanee (es. extracomunitari senza permesso di soggiorno, non residenti). «In tal senso – commenta il Presidente – le politiche sindacali locali hanno sempre mirato ad innalzare il massimale (e i compensi) dei PLS già in attività, piuttosto che favorire l'inserimento di nuovi colleghi».

Zone carenti.

I nuovi PLS vengono inseriti nel SSN previa identificazione da parte della Regione - o soggetto da questa individuato - delle cosiddette “zone carenti”, ovvero gli ambiti territoriali in cui occorre colmare un fabbisogno assistenziale e garantire una diffusione capillare degli studi dei PLS. Attualmente, tuttavia, la necessità della zona carente viene calcolata solo sulla fascia di età 0-6 anni tenendo conto di un rapporto ottimale di 1 PLS ogni 600 bambini. «È del tutto evidente – chiosa il Presidente – che questo metodo di calcolo sottostima il fabbisogno di PLS: paradossalmente, facendo riferimento alle regole vigenti, i PLS sarebbero addirittura in esubero perché il loro fabbisogno viene stimato solo per i piccoli sino al compimento dei 6 anni. Mentre di fatto assistono oltre l'80% di quelli della fascia 6-13 anni». Va segnalato che la bozza del nuovo Accordo Collettivo Nazionale propone di rivedere il calcolo del rapporto ottimale tenendo conto degli assistibili di età 0-14 anni, decurtati dagli assistiti di età >6 anni in carico ai MMG e di innalzare il massimale da 800 a 1.000 assistiti.

Pensionamenti.

Secondo le stime dell'ENPAM al 31 dicembre 2021 più del 50% dei PLS aveva oltre 60 anni di età ed è, quindi, atteso un pensionamento massivo nei prossimi anni: ovvero, considerando una età di pensionamento di 70 anni, entro il 2031 dovrebbero andare in pensione circa 3.500 PLS.

Nuovi pediatri.

Il numero di borse di studio ministeriali per la scuola di specializzazione in pediatria, dopo un decennio di sostanziale stabilità, è nettamente aumentato negli ultimi 5 anni: dai 440 nell'anno accademico 2016-2017 a 841 nel 2021-2022, con un picco di 973 nell'anno accademico 2020-2021. «Tuttavia – spiega Cartabellotta – se da un lato è impossibile sapere quanti specializzandi in pediatria sceglieranno la carriera di PLS e quanti quella ospedaliera, dall'altro è certo che i nuovi pediatri non saranno comunque sufficienti per colmare il ricambio generazionale». In particolare, l'ENPAM stima che il numero dei giovani formati o avviati alla formazione specialistica coprirebbe solo il 50% dei posti di PLS necessari.

Carenze e fabbisogno di pediatri

Trend 2019-2021.

Secondo l'ultimo aggiornamento del report Agenas Il Personale del Servizio Sanitario Nazionale nel 2021 in Italia i PLS in attività erano 7.022, ovvero 386 in meno rispetto al 2019 (-5,5%). Inoltre, secondo quanto riportato dall'Annuario Statistico del SSN 2021, i PLS con oltre 23 anni di specializzazione sono passati dal 39% nel 2009 all'80% nel 2021. «Un dato – commenta Cartabellotta – che aggiunge alla carenza di PLS il mancato ricambio generazionale che con i pensionamenti dei prossimi anni rischia di creare un vero e proprio “baratro” dell'assistenza pediatrica».

Numero di assistiti per PLS.

Secondo le rilevazioni della Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati (SISAC), al 1° gennaio 2022, 6.921 PLS avevano in carico quasi 6,2 milioni di iscritti, di cui il 42,3% (2,62 milioni) della fascia 0-5 anni e il 57,7% (3,58 milioni) della fascia 6-13 anni, pari all'83,3% della popolazione ISTAT al 1° gennaio 2022 di età 6-13 anni. In termini assoluti, la media nazionale è di 896 assistiti per PLS e a livello regionale solo Umbria (784), Sardegna (788), Sicilia (792) e Molise (798) rimangono al di sotto del massimale senza deroghe; 17 Regioni superano invece la media di 800 assistiti per PLS di cui Piemonte (1.092), Provincia Autonoma di Bolzano (1.060) e Toscana (1.057) vanno oltre la media di 1.000 assistiti per PLS. «Lo scenario – spiega Cartabellotta – è molto più critico di quanto lasciano trasparire i numeri: infatti, con un tale livello di saturazione non solo viene meno il principio della libera scelta, ma in alcune Regioni diventa impossibile trovare disponibilità di PLS, in particolare nelle aree interne o disagiate dove i bandi per le zone carenti vanno spesso deserti».

Fabbisogno di PLS.

«Tutte le criticità sopra rilevate – spiega Cartabellotta – permettono solo di stimare il fabbisogno di PLS in base al numero di assistiti attuali a livello regionale, in quanto la necessità di ciascuna zona carente viene identificata dalle ASL in relazione a numerose variabili locali, previa consultazione con i sindacati». Utilizzando i dati della SISAC al 1° gennaio 2022 e ipotizzando una media di 800 assistiti a PLS (pari all'attuale tetto massimo) si stima a livello nazionale una carenza di 840 PLS, con notevoli differenze regionali. Ma con una media di 700 assistiti per PLS, che garantirebbe l'esercizio della libera scelta, ne mancherebbero addirittura 1.935.

«La carenza di PLS – conclude Cartabellotta – deriva da errori di programmazione del fabbisogno, in particolare la mancata sincronia per bilanciare pensionamenti attesi e borse di studio per la scuola di specializzazione. Ma rimane fortemente condizionata sia da miopi politiche sindacali, sia da variabili locali non sempre prevedibili che rendono difficile calcolarne il fabbisogno. Innalzare l'età pensionabile a 72 anni e aumentare il massimale a 1.000 servono solo a mettere “la polvere sotto il tappeto” e non a risolvere il grave problema della carenza dei PLS. In tal senso servono un'adeguata programmazione, modelli organizzativi che puntino sul lavoro di team, grazie anche alle Case di comunità e alla telemedicina, oltre che accordi sindacali in linea con i reali bisogni della popolazione. Perché guardando ai numeri di pensionamenti attesi e dei nuovi pediatri è ragionevolmente certo che nei prossimi anni la carenza non potrà che acuirsi ulteriormente».

<https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2023-05-04/gimbe-lancia-allarme-pediatri-ne-mancano-almeno-840-e-il-2019-e-2021-sono-diminuiti-55percento-090814.php?uuid=AEdr5TPD&cmpid=nlqf>

Survey sui MMG 2023. Fondazione GIMBE

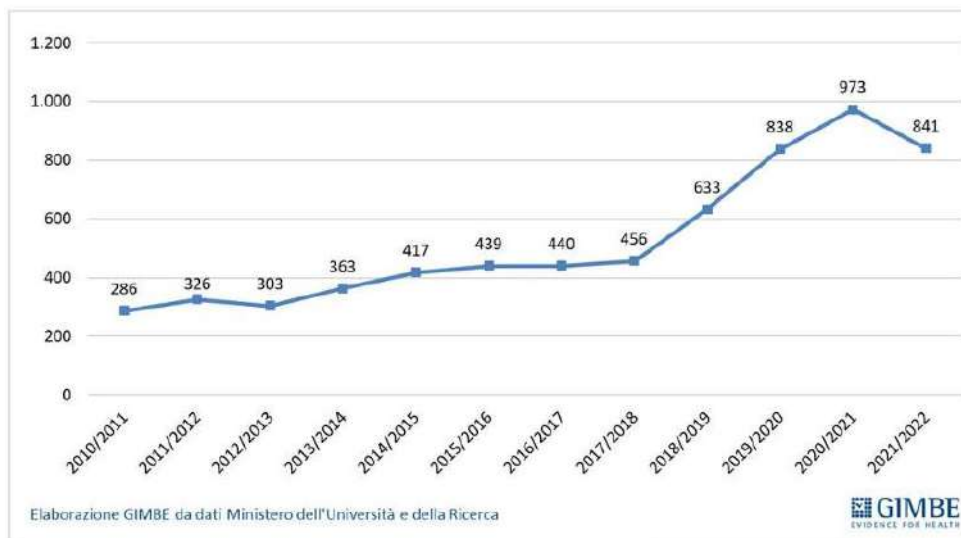


Figura 1. Trend n. borse di studio ministeriali per la specializzazione in pediatria per anno accademico

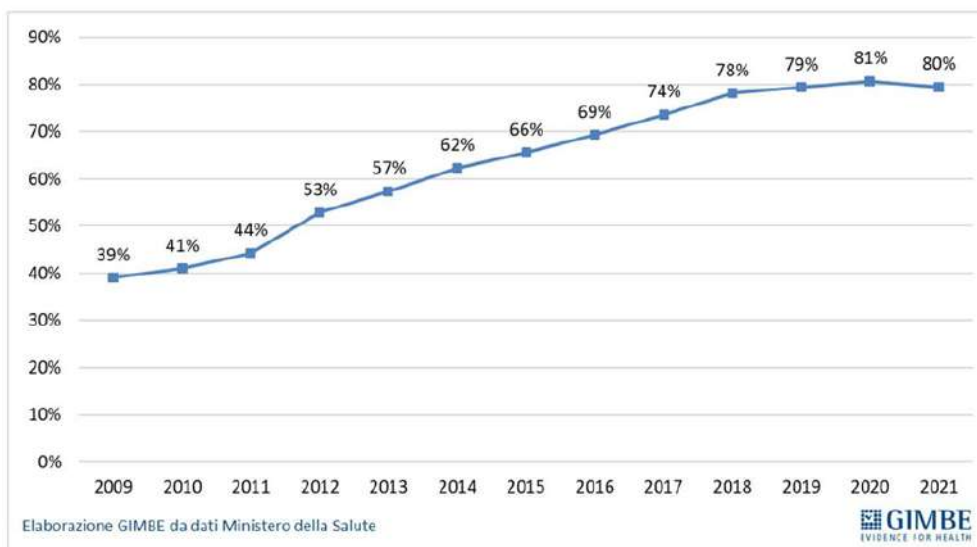


Figura 2. Pediatri con oltre 23 anni di specializzazione (% sul totale)

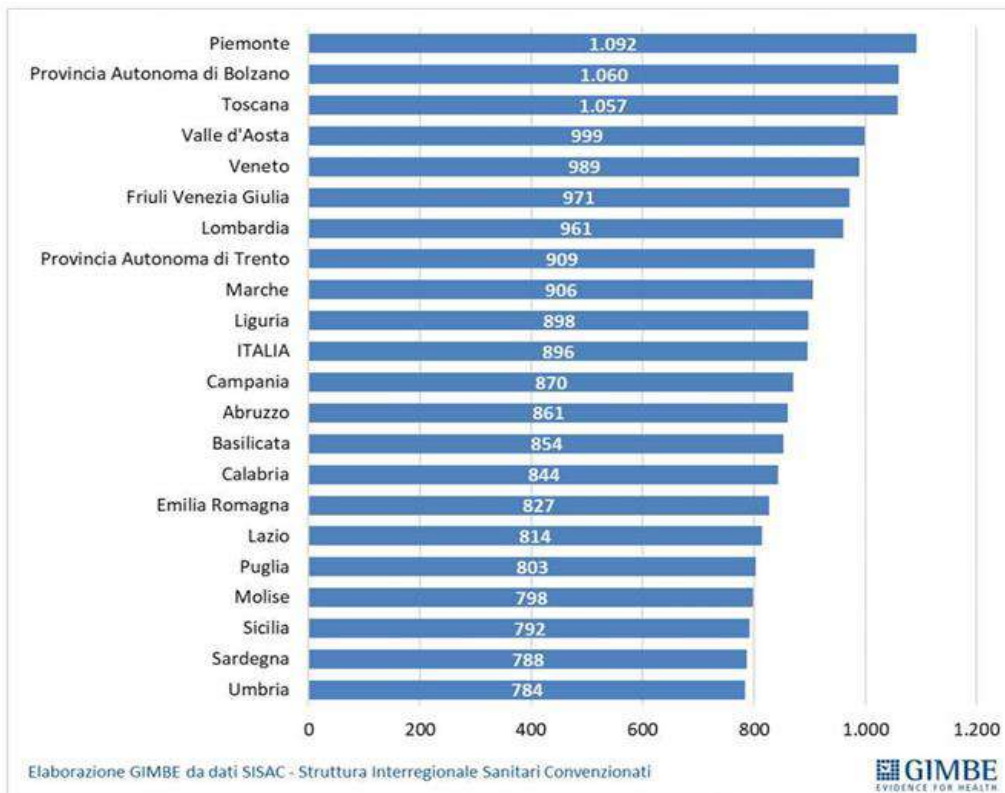


Figura 3. N° medio assistiti per pediatra al 1° gennaio 2022

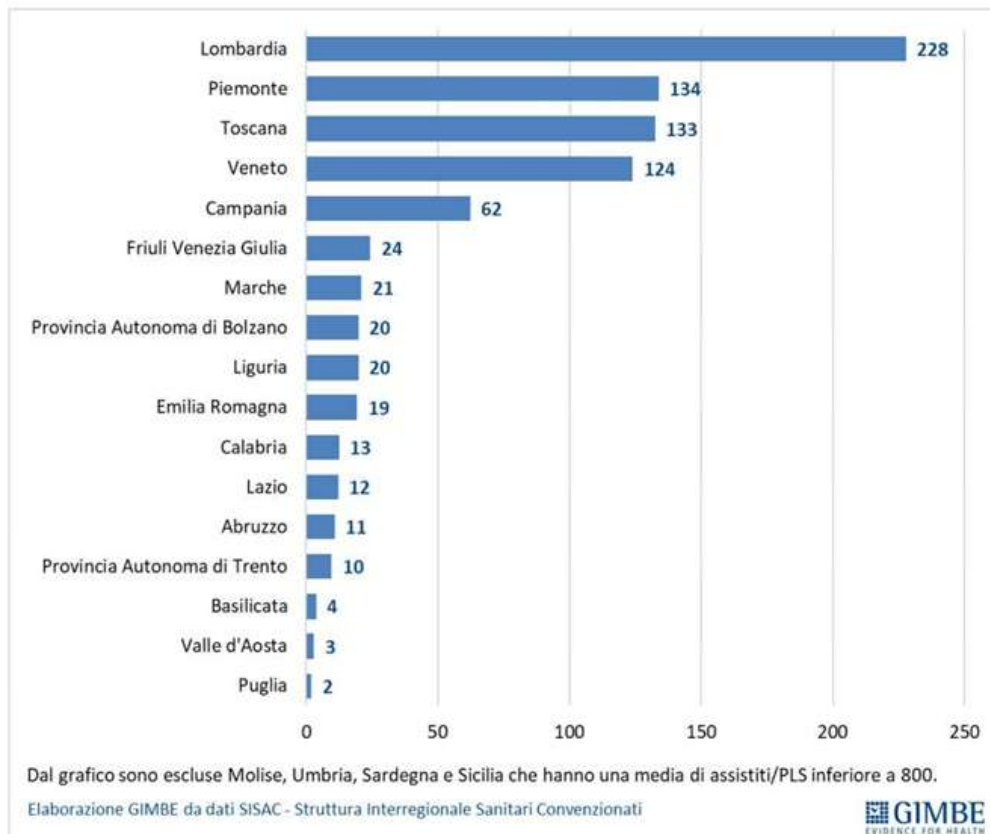


Figura 4. Stima numero di PLS mancanti al 1° gennaio 2022

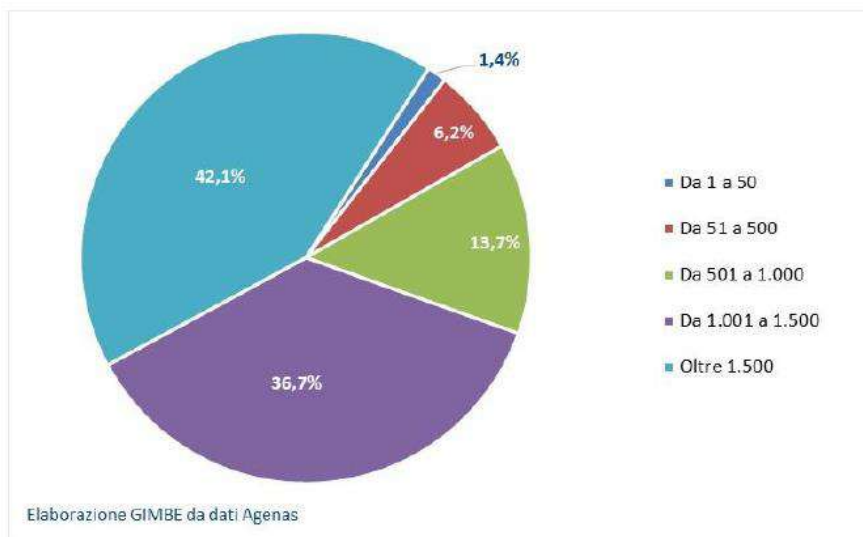


Figura 1. Numero di assistiti per MMG (% sul totale)

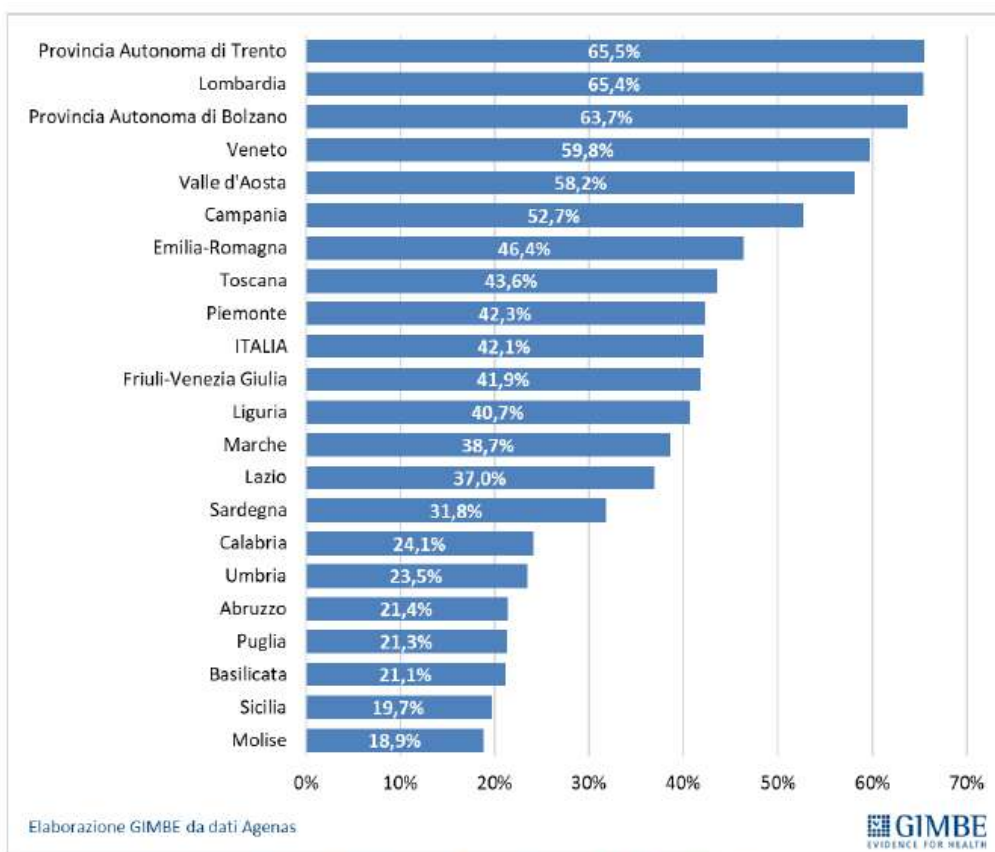


Figura 2. MMG con oltre 1.500 assistiti (% sul totale)

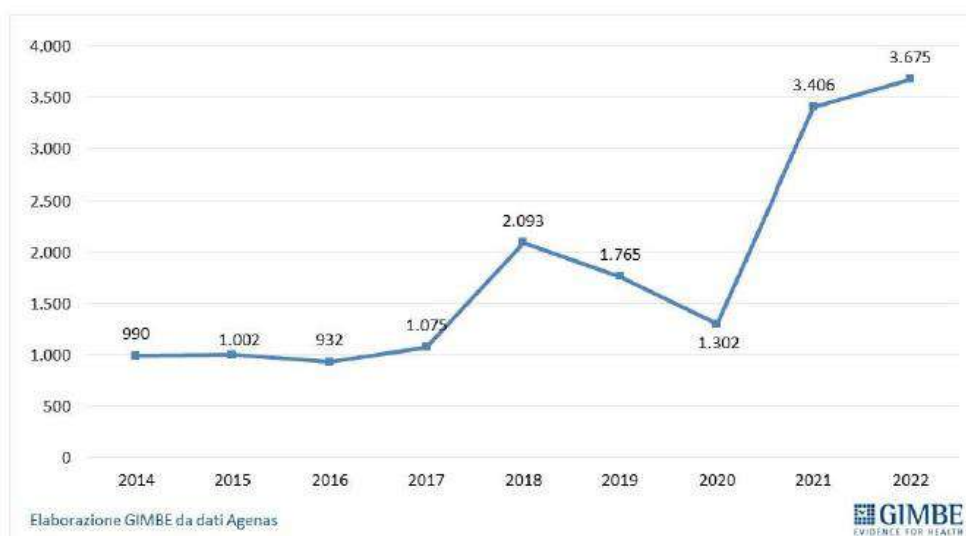


Figura 3. Numero di borse di studio Ministeriali per il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale

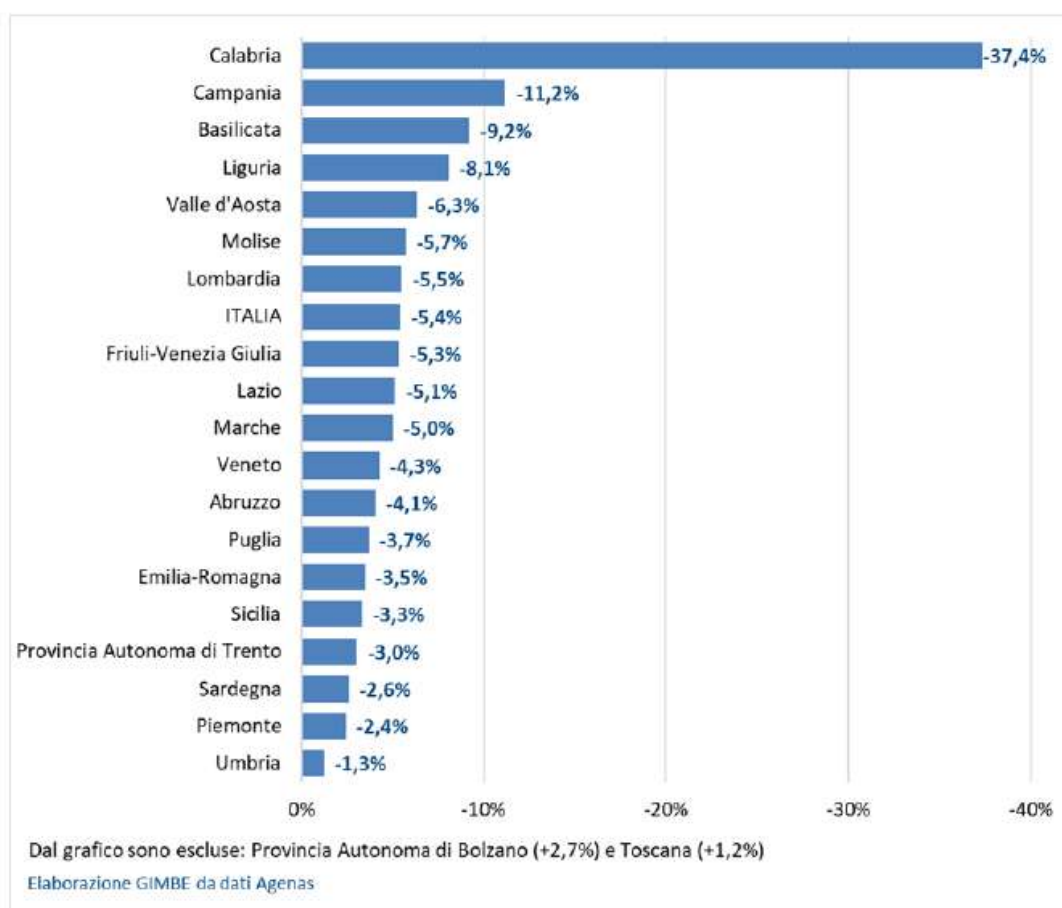


Figura 4. Riduzione % del numero di MMG nel 2021 rispetto al 2019

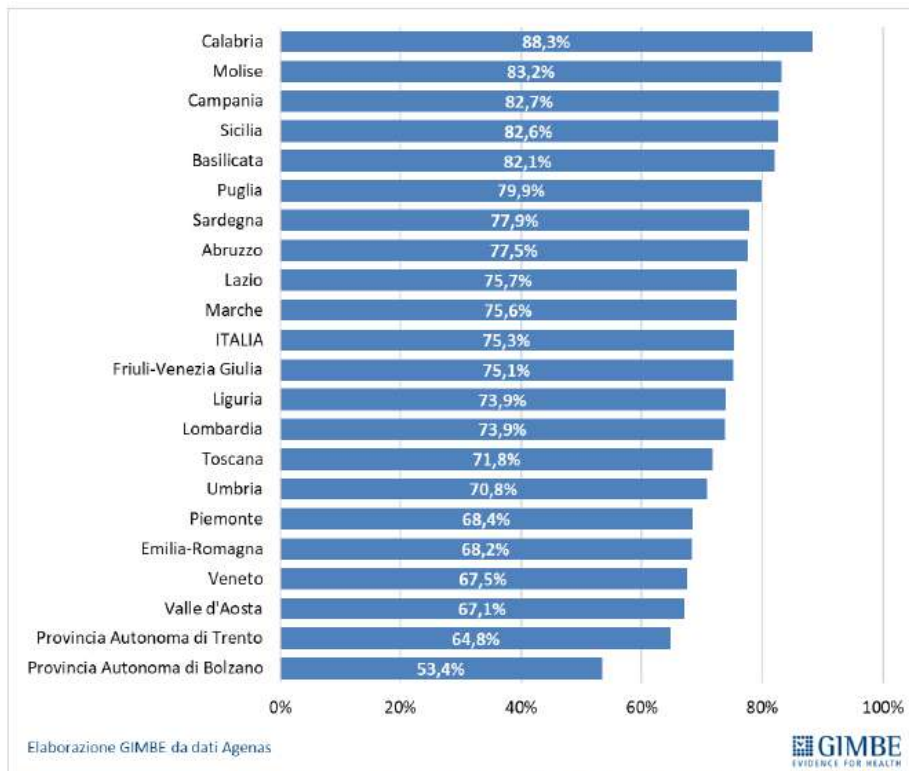


Figura 5. MMG con oltre 27 anni di laurea (% sul totale)

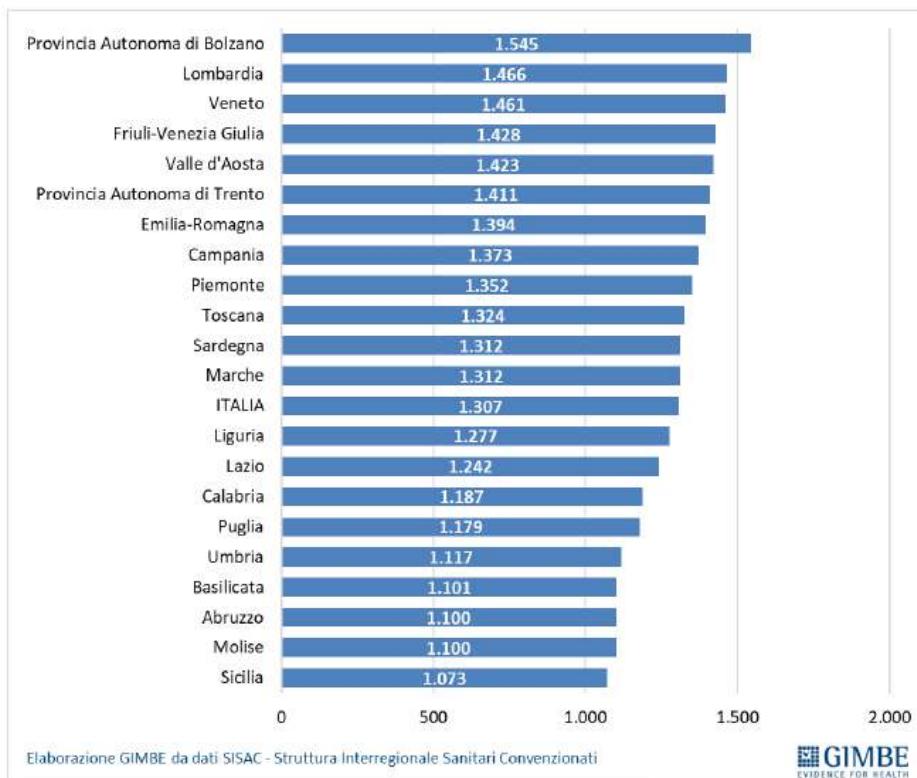


Figura 6. Numero medio di assistiti per MMG al 1° gennaio 2022

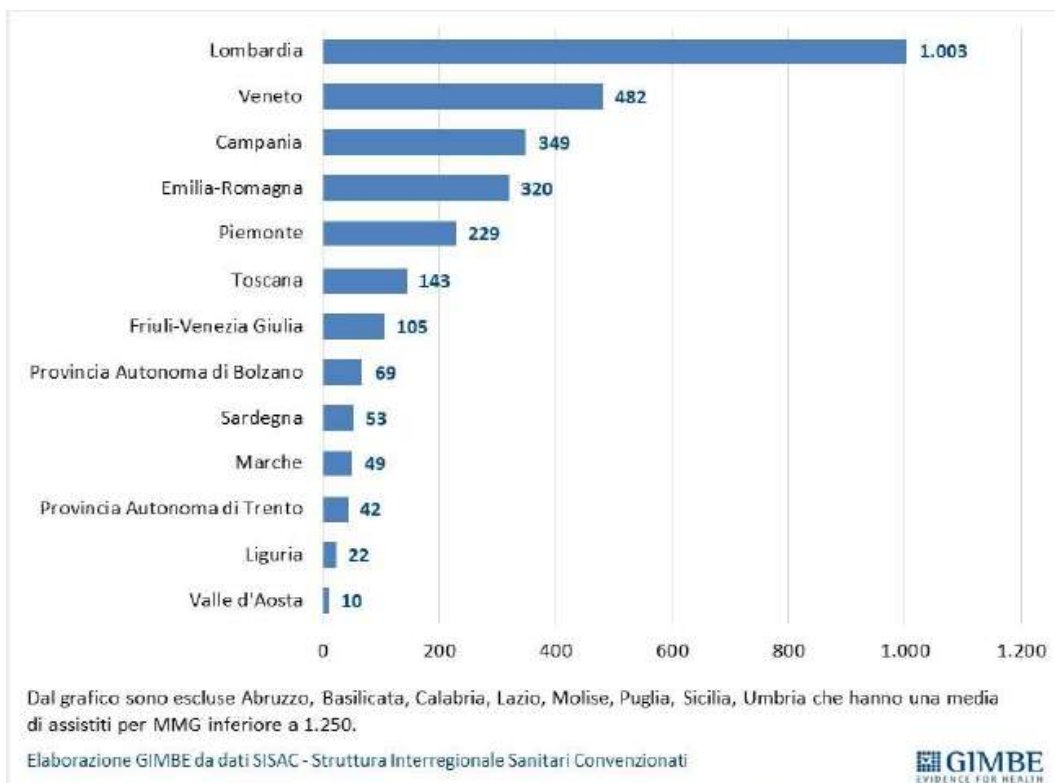


Figura 7. Stima GIMBE del numero di MMG mancanti al 1° gennaio 2022

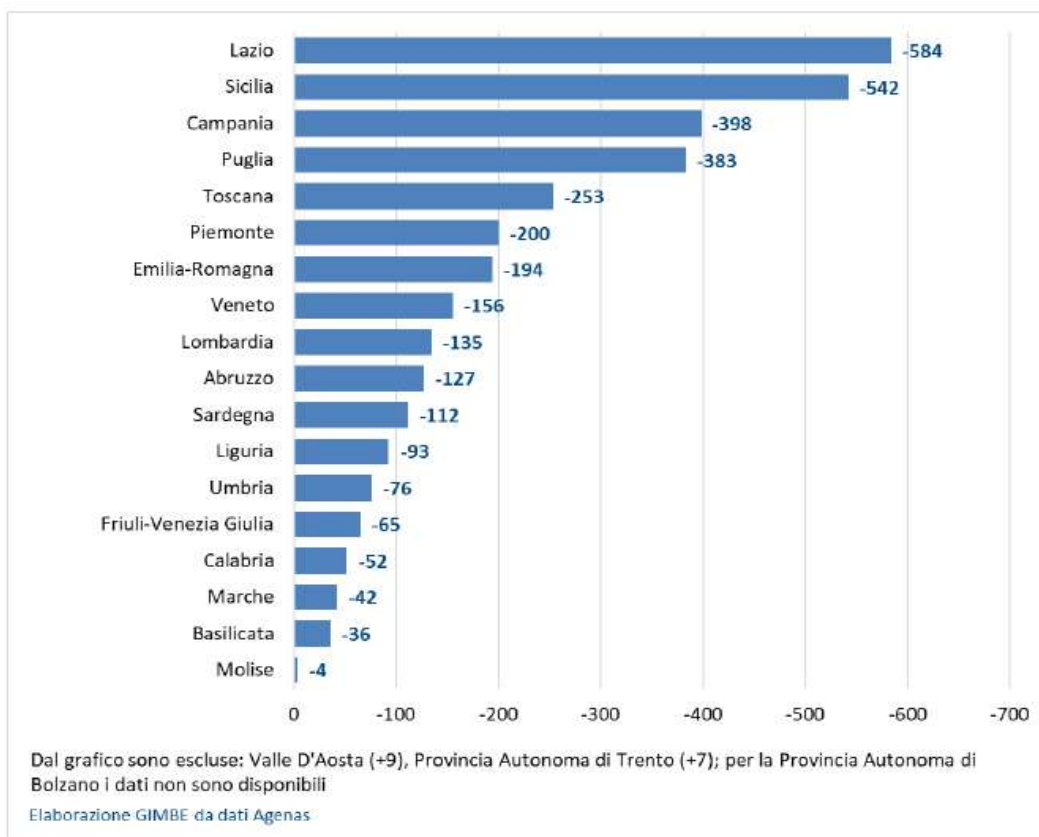


Figura 8. Stima riduzione numero MMG nel 2025 vs 2021



Determinanti sociali e determinanti commerciali della salute. www.thelancet.com

L'OMS in un [facts sheet](#) fornisce la definizione dei **determinanti sociali** e dei **determinanti commerciali** di salute. I **determinanti sociali** della salute sono le condizioni in cui le persone nascono, crescono, lavorano, vivono e invecchiano, i sistemi messi in atto per affrontare la malattia e l'insieme più ampio di forze che plasmano le condizioni della vita quotidiana. Queste ultime includono politiche e sistemi economici, programmi di sviluppo, norme sociali, politiche sociali e sistemi politici. Affrontare i determinanti sociali non solo aiuta a prevenire le malattie, ma promuove anche una vita sana e l'equità sociale.

I **determinanti commerciali** della salute costituiscono determinanti sociali chiave e si riferiscono alle condizioni, alle azioni e alle omissioni degli attori commerciali, che incidono sulla salute. Essi emergono nel contesto della fornitura di beni o servizi a pagamento, includono le attività commerciali, nonché l'ambiente in cui si svolge il commercio e possono avere effetti benefici o dannosi sul benessere.

Determinanti commerciali e impatto sulla salute, i punti chiave del documento OMS

- I determinanti commerciali della salute sono le **attività del settore privato** che influenzano la salute delle persone, direttamente o indirettamente, positivamente o negativamente.
- Il settore privato influenza gli **ambienti sociali, fisici e culturali** attraverso azioni commerciali e impegni sociali; ad esempio: catene di approvvigionamento, condizioni di lavoro, progettazione e confezionamento di prodotti, finanziamenti per la ricerca, lobbying, formazione delle preferenze e altro.
- I determinanti commerciali hanno un **impatto** su un'ampia gamma di **fattori di rischio**, tra cui il fumo, l'inquinamento atmosferico, l'uso di alcol, l'obesità e l'inattività fisica e sugli esiti di salute, come malattie non trasmissibili, malattie trasmissibili ed epidemie, incidenti stradali e da armi, violenza e condizioni di salute mentale.
- I determinanti commerciali di salute colpiscono tutti, ma i **giovani** sono particolarmente a rischio e i prodotti non salutari peggiorano le disuguaglianze economiche, sociali e razziali preesistenti. Alcuni paesi e regioni, come i piccoli stati insulari in via di sviluppo e i paesi a basso e medio reddito, subiscono anche una forte pressione da parte di attori transnazionali.

Esistono efficaci azioni di sanità pubblica per rispondere a questi determinanti, che sono fondamentali per ricostruire meglio dopo il COVID-19.

I primi studi sui determinanti commerciali

In un [articolo pubblicato da Salute Internazionale](#), Benedetto Saraceno fornisce i riferimenti a **due studi** che possono essere considerati "tappe" nel percorso di definizione dei determinanti commerciali.

Nel **2016**, in un [articolo apparso su Lancet Global Health](#), Ilona Kickbush per la prima volta definiva un differente tipo di determinanti della salute: "Definiamo determinanti commerciali della salute quelle prospettive e quelle strategie utilizzate dal **settore privato** per promuovere prodotti e scelte che sono **nocivi** per la salute".

[McKee e Stuckler](#) nel **2018** identificavano ulteriori canali di azione, diversi da quelli enunciati dalla Kickbush. Secondo questi ricercatori ulteriori canali sono:

- Influenzare e ridefinire la narrazione dominante
- Stabilire le regole che la società utilizza per regolare il commercio
- Trasformare la conoscenza in prodotto commerciale
- Minacciare i diritti politici, sociali e economici.

Nel suo studio Saraceno afferma che se i **determinanti sociali** della salute fanno capire i meccanismi attraverso cui le **disuguaglianze** plasmano e costruiscono e decostruiscono la salute delle persone, i **determinanti commerciali** mostrano come il **profitto** di pochi costituisca una minaccia per la salute di molti.

Determinanti commerciali della salute, la serie di studi su The Lancet

Una serie di studi sui determinanti commerciali della salute, usciti su The Lancet, rappresenta un significativo passo avanti nella comprensione dei modi complessi e sfaccettati in cui gli **attori commerciali** influenzano la salute e l'equità sanitaria in tutto il mondo e una infografica mostra gli elementi alla base delle asimmetrie di potere globali.

La serie è composta da tre studi, un editoriale, un commento e le presentazioni di due degli autori (Gilmore e Moodie).

I tre studi della serie **Commercial determinants of health**

Definire e concettualizzare i determinanti commerciali della salute

Sebbene le entità commerciali possano contribuire positivamente alla salute e allo sviluppo della società, vi sono prove crescenti che i prodotti e le pratiche di alcuni **imprenditori commerciali**, in particolare le più grandi società transnazionali, sono **responsabili** di tassi crescenti di **malattie** evitabili, danni al pianeta e **disuguaglianze** sociali e sanitarie. Questi problemi sono sempre più spesso indicati come **determinanti commerciali della salute**.

L'emergenza climatica, le epidemie di malattie croniche e il fatto che soltanto quattro **settori industriali** (ossia tabacco, alimenti ultra-trasformati, combustibili fossili e alcol) determinino almeno un terzo dei decessi globali illustrano la portata e l'enorme costo economico del problema.

Il primo articolo della serie sui determinanti commerciali della salute spiega come lo spostamento verso il **fondamentalismo del mercato** e le **corporazioni transnazionali** sempre più potenti, abbia creato un sistema patologico in cui gli attori commerciali sono sempre più in grado di causare danni ed esternalizzare i costi nel farlo.

Di conseguenza, con l'aumentare dei **danni alla salute** umana e globale, aumentano la ricchezza e il **potere del settore commerciale**, mentre le forze compensative che devono far fronte a questi costi (in particolare gli individui, i governi e le organizzazioni della società civile) diventano parallelamente più povere e prive di potere oppure legate agli interessi commerciali. Da questo squilibrio di potere si genera inerzia politica e sebbene siano disponibili molte soluzioni politiche, non vengono implementate.

I danni alla salute stanno aumentando, lasciando i sistemi sanitari sempre più incapaci di far fronte. I governi possono e devono agire per migliorare, piuttosto che continuare a minacciare, il benessere delle generazioni future, lo sviluppo e la crescita economica.

L'impatto delle potenze commerciali sulla salute pubblica: oltre le merci nocive e le società transnazionali

La maggior parte delle indagini di salute pubblica sui determinanti commerciali della salute fino ad oggi si è concentrata su un **segmento ristretto di attori commerciali**. Questi attori sono generalmente le corporazioni transnazionali che producono merci nocive come tabacco, alcol e alimenti ultra-trasformati. Spesso inoltre tali determinanti vengono accostati a concetti ampi quali settore privato, industria o impresa che raggruppano entità diverse la cui unica caratteristica condivisa è l'impegno nel commercio.

L'assenza di un quadro chiaro che permetta di **differenziare le diverse entità commerciali** per capire come potrebbero promuovere o danneggiare la salute, ostacola la governance degli interessi commerciali nella sanità pubblica. È necessario quindi sviluppare una comprensione che vada oltre questo focus ristretto, considerare una gamma più completa di entità commerciali e delle loro caratteristiche.

In questo articolo, che è il secondo della serie sui determinanti commerciali della salute di The Lancet, i ricercatori sviluppano un modello che consente **distinzioni significative** tra i diversi attori commerciali attraverso affari, portafogli, risorse, organizzazione e trasparenza, per comprendere se, come e in che misura essi potrebbero influenzare gli esiti di salute. Vengono inoltre indicate le possibili applicazioni nel processo decisionale su coinvolgimento, gestione e mitigazione dei conflitti di interesse, investimenti e disinvestimenti e monitoraggio dei determinanti commerciali.

In conclusione, una migliore differenziazione degli attori commerciali rafforza la capacità di professionisti, accademici, regolatori e politici di prendere decisioni, comprendere meglio e reagire ai determinanti commerciali.

Determinanti commerciali della salute: direzioni future

Questo [terzo articolo](#) della serie pubblicata da The Lancet, è centrato sul **ruolo futuro del settore commerciale nella salute globale** e nell'equità sanitaria.

La discussione non riguarda il rovesciamento del capitalismo né un abbraccio a tutto campo le partnership aziendali. Nessuna **singola soluzione** può sradicare i danni dai determinanti commerciali della salute: i modelli di business, le pratiche e i prodotti degli attori del mercato che danneggiano l'equità nella salute e il benessere degli individui. Ma le evidenze dimostrano che **l'insieme** di modelli economici, regolamentazioni dei governi, meccanismi di conformità delle politiche commerciali, tipi di business, modelli che incorporano obiettivi sanitari, sociali e ambientali e la **mobilitazione della società civile** possono offrire una possibilità di cambiamento sistemico e trasformativo, ridurre i danni determinati da alcune potenze commerciali e favorire il benessere umano e globale. Opinione degli autori dell'articolo è che la **domanda basilare di salute pubblica** non è se il mondo abbia le risorse o la volontà di intraprendere tali azioni, ma se l'umanità possa sopravvivere in caso la società non riesca a compiere questo sforzo.

<https://www.nbst.it/1625-determinanti-sociali-e-determinanti-commerciali-della-salute.html>

THE LANCET *Regional Health*
Western Pacific

Abbracciare la complessità: nuovi orizzonti nella ricerca sulla fragilità. The Lancet Regional Health

Chenkai Wu

Pubblicato: 11 maggio 2023

DOI: <https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100791>

La fragilità è una sindrome clinica complessa, correlata all'invecchiamento, con ridotte riserve ai fattori di stress, che colpisce circa il 10% degli anziani residenti in comunità in tutto il mondo.

Gli individui fragili hanno una capacità compromessa di mantenere l'omeostasi del sistema a causa di disregolazioni in più sistemi fisiologici, portando a una maggiore vulnerabilità agli esiti avversi.

La fragilità è concettualizzata come un'entità clinica distinta dalla disabilità; tuttavia, la ricerca in quest'area è stata lenta per molteplici ragioni, come la comprensione incompleta della storia naturale e l'eziologia della fragilità. Una svolta nella ricerca sulla fragilità si è verificata nel 2001 quando sono stati proposti due strumenti di uso frequente: il fenotipo di fragilità e l'indice di fragilità.

Da allora, c'è stata una proliferazione della ricerca empirica sulla fragilità, concentrandosi sullo sviluppo di nuovi strumenti, quantificando il peso della fragilità, determinando l'associazione della fragilità con esiti avversi per la salute e identificando i fattori di rischio. Questi risultati significativi negli ultimi 20 anni hanno spianato la strada per un futuro programma di ricerca, richiedendo un approccio più collaborativo, interdisciplinare ed equo per far progredire la ricerca sulla fragilità.

Tuttavia, ci sono tre argomenti che meritano un'ulteriore discussione. La prima riguarda l'annoso dibattito su quale strumento di misurazione sia più adatto per la fragilità. Numerose misurazioni della fragilità sono state proposte per diversi scopi (p. es., screening e prognosi), in contesti diversi (p. es., centri sanitari di comunità e pronto soccorso) e tra diverse popolazioni (p. es., abitanti della comunità e pazienti in terapia intensiva). Non è stato raggiunto alcun consenso su una misurazione standard della fragilità. Esiste una sostanziale eterogeneità nei quadri teorici che guidano lo sviluppo delle misurazioni della fragilità e l'accordo tra questi strumenti varia ampiamente.

Prima di stabilire una misurazione standard riconosciuta per la fragilità, la ricerca futura dovrebbe andare oltre la discussione sulla migliore misurazione per sottolineare l'importanza di scegliere lo strumento di valutazione appropriato

per un determinato scopo, contesto e popolazione. Una misura semplice, rapida e poco costosa potrebbe essere adatta per lo screening basato sulla popolazione per la fragilità tra gli anziani nei centri sanitari della comunità. Un approccio sofisticato e valido che richieda misure funzionali obiettive potrebbe essere adatto per identificare con precisione e precisione la fragilità tra i partecipanti allo studio.

In secondo luogo, il rapido invecchiamento della popolazione in tutto il mondo, in particolare nei paesi a basso e medio reddito (LMIC), richiede un'azione immediata per espandere la ricerca sulla fragilità nelle regioni meno sviluppate. Si prevede che circa due terzi della popolazione mondiale di età superiore ai 60 anni vivrà nei LMIC.

Sebbene molti LMIC non abbiano ancora una popolazione anziana considerevole, l'invecchiamento della popolazione è dietro l'angolo. La fragilità è una sindrome legata all'invecchiamento; pertanto, l'invecchiamento della popolazione porterà ad un aumento della popolazione fragile. Come primo passo, i paesi con una mentalità orientata al futuro devono quantificare il peso complessivo della fragilità ed esplorare le disparità sociodemografiche e geografiche, promuovere l'assistenza centrata sulla persona e consentire un uso più efficace delle risorse disponibili. La ricerca che descrive il profilo nazionale della fragilità spesso accende l'interesse, dà slancio alla ricerca sulla fragilità e aumenta la consapevolezza dell'importanza della fragilità. Il primo studio che fornisce un profilo nazionale della fragilità in Cina, un paese con il maggior numero di anziani, è stato pubblicato nel 2017.

Da allora, il numero di pubblicazioni sulla fragilità in Cina è cresciuto esponenzialmente. È emozionante vedere un numero crescente di studi basati sulla popolazione sull'invecchiamento nei LMIC, come il Longitudinal Study of Aging and Health nelle Filippine e in Vietnam.

Questi preziosi set di dati consentiranno la ricerca sulla fragilità nei LMIC per promuovere un invecchiamento sano. Oltre alle aree economicamente meno sviluppate, è urgente comprendere il profilo epidemiologico della fragilità tra le altre popolazioni vulnerabili, poco studiate e difficili da raggiungere, come le persone istituzionalizzate, i senzatetto e che fanno uso di sostanze.

In terzo luogo, si dovrebbe prestare maggiore attenzione al miglioramento della qualità della vita tra i fragili. Nonostante molti sforzi, l'inversione dello stato di fragilità rimane difficile, principalmente a causa della sua complicata eziologia e dell'eterogeneità osservata tra la popolazione fragile.

Gli interventi si sono concentrati principalmente sul miglioramento delle funzioni e sull'alleviamento dei sintomi piuttosto che mirare alla biologia che causa la fragilità e trattare la sindrome di per sé. Sebbene non esista una pillola magica per curare la fragilità, diventare fragili non è la fine. Gli individui fragili sono un gruppo diversificato dal punto di vista socioeconomico, comportamentale e clinico. Non è chiaro se i fattori di rischio modificabili ben consolidati tra la popolazione anziana in generale rimangano predittivi tra i fragili. Identificare le caratteristiche socioeconomiche, dello stile di vita e della salute che potrebbero mitigare i rischi per la salute indotti dalla fragilità e promuovere la resilienza è fondamentale per guidare la gestione della fragilità centrata sul paziente.

In sintesi, le tre direzioni di ricerca di cui sopra potrebbero integrare la ricerca esistente sulla fragilità, portando in ultima analisi a migliori implicazioni della valutazione della fragilità nella salute pubblica e nella pratica clinica attraverso una lente di diversità, equità e inclusione, e aumentando la salute e il benessere degli anziani che vivono con fragilità.

[https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065\(23\)00109-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanwpc/article/PIIS2666-6065(23)00109-8/fulltext)

Ricerca-azione sulle disuguaglianze. SALUTE INTERNAZIONALE

30 Maggio 2023

Chiara Bodini, Martina Consoloni, Delia Da Mosto, Leonardo Mammana e Francesca Zanni

Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale, Università di Bologna, Centro di Salute Internazionale e Interculturale, Associazione di Promozione Sociale

I risultati della ricerca hanno mostrato come a Bologna, in un contesto pur caratterizzato da una capillare presenza di servizi, il tema delle disuguaglianze in salute emerge come rilevante e prioritario da affrontare in un'ottica di equità.

Il Centro Studi e Ricerche in Salute Internazionale e Interculturale (CSI) dell'Università di Bologna è stato impegnato in un progetto per contrastare le disuguaglianze in salute nel territorio comunale di Bologna. Nel gennaio 2023 è stato presentato il report delle attività di ricerca.^[1]



Il progetto, intitolato “L’equità nel diritto alla salute: il contrasto alle disuguaglianze nella città di Bologna”, è nato nel 2019 grazie a una collaborazione tra Università, Azienda USL, Comune e Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola-Malpighi di Bologna, formalizzata in seno al Tavolo di Promozione della Salute tramite una convenzione e relativo co-finanziamento tra i quattro enti. Una prima fase progettuale era stata svolta nel biennio 2017-19 grazie a una collaborazione non formalizzata tra il Dipartimento di Sanità Pubblica dell’Azienda USL e l’associazione di promozione sociale Centro di Salute Internazionale e Interculturale (CSI-APS). Il progetto ha adottato un approccio di ricerca-azione a carattere interdisciplinare e multimetodologico e si è articolato in tre fasi, temporalmente sovrapposte e tra loro interdipendenti.

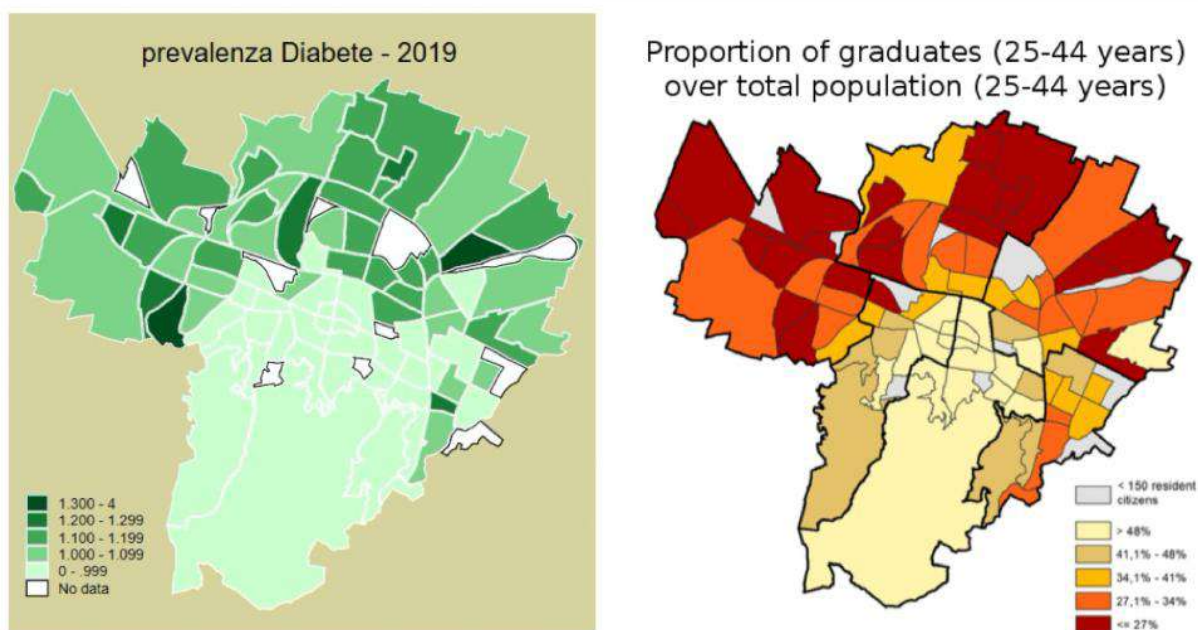
La prima fase

La prima fase, è consistita in uno studio ecologico sulla distribuzione di indicatori di esiti in salute (mortalità da tutte le cause, prevalenza di diabete, incidenza di malattie cardiovascolari, incidenza di tutti i tumori) e di accesso ai servizi (ricoveri, accesso al Pronto Soccorso, poliprescrizione di farmaci e di visite specialistiche, aderenza ai programmi di screening per il tumore del colon retto e della mammella) nelle diverse aree statistiche della città di Bologna, messi in correlazione con indicatori demografici, sociali ed economici prodotti dal Comune di Bologna (livello di istruzione, risorse materiali, supporto e reti sociali).

I risultati, riportati su mappe della città¹, hanno mostrato come anche nel contesto bolognese, caratterizzato da una capillare presenza di servizi, il tema delle disuguaglianze in salute emerge come rilevante e prioritario da affrontare in un'ottica di equità. In particolare, le mappe evidenziano che:

- Esistono differenze significative nei principali indicatori di salute e di accesso ai servizi fra le aree a Nord (e nelle periferie Est e Ovest) e le aree al Centro e a Sud della città. Ad esempio la prevalenza di diabete è maggiore nelle aree a Nord (e nelle periferie Est e Ovest), dove è più bassa la percentuale di laureati nella popolazione 25-44 anni (Figura 1)
- Esistono correlazioni significative tra indicatori socio-economici e indicatori di salute e di accesso ai servizi;
- Le aree più svantaggiate coincidono con quelle in cui insistono comparti di edilizia residenziale pubblica;
- Le aree che presentano gli indicatori peggiori sono anche quelle in cui il ricorso ai servizi sanitari risulta maggiore ma spesso inefficace.^[2]

Figura 1 – Un esempio delle mappe che riportano la distribuzione geografica di indicatori socio-demografici (% persone laureate 25-44 anni sul totale della popolazione con età 25-44 anni) e di salute (prevalenza del diabete, RR bayesiano) nel Comune di Bologna.



La seconda fase

Per meglio comprendere le dinamiche che contribuiscono a minare la capacità di raggiungere una piena equità in salute, è stata avviata una seconda fase di ricerca di carattere qualitativo, volta a indagare le modalità attraverso cui le disuguaglianze, evidenziate dalla fase di ricerca quantitativa, si riproducono a livello territoriale. Le principali domande che hanno guidato la ricerca nei territori sono state:

- Quali determinanti sociali intervengono a livello locale sulla salute e in che modo?
- Come si configura il lavoro dei servizi e di altre realtà locali sul territorio?
- Sono presenti dispositivi di partecipazione e coinvolgimento degli/le abitanti? Quali e come funzionano?
- Come è intervenuta la pandemia di Covid-19 nei territori e che impatto ha avuto sui bisogni delle persone e sul lavoro dei servizi?

La ricerca qualitativa è stata condotta con operatori/trici dei servizi e realtà del territorio in sei aree cittadine identificate di concerto con i sei Quartieri (un'area per Quartiere) e ha portato a identificare, analizzare e

descrivere in dettaglio i determinanti sociali coinvolti a livello territoriale nella genesi delle disuguaglianze in salute

Tra i determinanti identificati trasversalmente alle aree prese in considerazione, **molti sono correlati con il contesto abitativo** (segregazione, precarietà abitativa, mancanza di spazi di aggregazione a libero accesso, incuria e senso di insicurezza, relativa carenza di trasporto pubblico, stigmatizzazione) **e sociale** (isolamento e solitudine, conflittualità, razzismo), **con la condizione economica e lavorativa** (povertà, disoccupazione, precarietà lavorativa), **con aspetti legati agli ambiti dell'istruzione** (povertà educativa) e **dell'alimentazione** (gentrificazione, trasformazione dei contesti e delle abitudini alimentari).

I determinanti identificati riguardavano anche alcune parti del sistema dei servizi sanitari e sociali.

In particolare, negli ambiti della prossimità, dell'integrazione e della partecipazione (elementi chiave dell'approccio di promozione della salute), sono emersi elementi di criticità relativi: alla distanza (fisica e relazionale) dei servizi sociali e sanitari; a una frammentazione inter e intra servizio; a un approccio di attesa anziché proattivo; all'instaurarsi di meccanismi di dipendenza dai servizi (welfare trap); a una diffusa burocratizzazione che ostacola l'accesso ai servizi e percorsi efficaci di presa in carico. Grazie all'approccio di ricerca-azione, nelle aree coinvolte l'analisi è stata costantemente condivisa con i principali attori dei servizi e si sono avviate dinamiche virtuose nelle direzioni, soprattutto, di una maggiore integrazione tra servizi e una più articolata conoscenza dei territori.^{[3], [4]}

La terza fase

La terza fase progettuale ha visto la sperimentazione di azioni di promozione dell'equità in salute ispirate ai risultati dello studio e co-progettate con i servizi territoriali e con chi ha ruoli decisionali a livello di politiche pubbliche. Nel corso del 2022, tali azioni si sono svolte in tre delle sei aree coinvolte nella seconda fase del progetto:

- **A Villaggio della Barca** (Quartiere Borgo Panigale-Reno), si è dato supporto a un tavolo intersettoriale nato per accogliere il progetto e che è diventato parte strutturale della locale articolazione dei servizi territoriali.
- **A Via Mondo e Via del Lavoro** (Quartiere S.Donato-S.Vitale), si è dato supporto all'Ufficio Reti e Lavoro di Comunità^[5] nella declinazione di un progetto sull'alimentazione sana in un'ottica di promozione della salute, attraverso l'implementazione di figure di mediazione sociale e contribuendo a un ripensamento delle modalità di intendere la partecipazione della società civile.
- **A Pescarola** (Quartiere Navile), si è dato supporto all'istituzione del progetto "Salute di Prossimità Microarea Pescarola", che prevede la presenza di un'equipe composta da un'infermiera di comunità e famiglia dell'AUSL e da due assistenti sociali del Comune, con il mandato di agire in modo proattivo su tutta la popolazione residente e non solo su quella parte di cittadinanza che presenta specifiche problematiche socio-sanitarie.

•

Risultati complessivi

Tra i principali risultati del progetto, strumentali a un riorientamento dei servizi territoriali sociali e sanitari in un senso di promozione della salute e dell'equità, vi sono:

- Un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze in salute su scala cittadina, con indicatori selezionati da verificare nel tempo, utile anche per una valutazione di impatto delle politiche di contrasto.
- Un'analisi condivisa dei principali snodi del sistema dei servizi, e delle loro potenzialità in termini di promozione della salute e dell'equità, che possa ispirare la programmazione, per costruire servizi territoriali all'insegna di integrazione, prossimità e partecipazione.
- Un metodo di lavoro improntato alla ricerca-azione, utile per ri-orientare i servizi sulla base dei bisogni e delle risorse dei contesti locali e per coinvolgere su un piano di integrazione gli ambiti coinvolti, dei servizi come delle comunità.
- Sperimentazioni avviate in diverse aree cittadine, con focus sui tre assi dell'integrazione, della prossimità e della partecipazione e sui determinanti della salute, e un metodo di lavoro che, forte

anche delle indicazioni del PNRR e del DM 77/2022, vede nella promozione della salute il perno concettuale e organizzativo per il ripensamento e la riorganizzazione dei servizi territoriali.

<https://www.saluteinternazionale.info/2023/05/ricerca-sulle-disuguaglianze-di-salute/>

la Repubblica

Tridico: "Serve un welfare europeo con più tasse sui profitti globali". La Repubblica

a cura di Flavio Bini

L'intervista al presidente Inps: "Serve un reddito minimo a livello europeo, finanziato dagli stati o dal bilancio federale"

Di fronte alle sfide della tecnologia, serve un nuovo modello di welfare, su scala europea, che si alimenti non più soltanto del contributo dei lavoratori ma delle tante ricchezze che nel mondo oggi restano al riparo dal Fisco, andando soprattutto a colpire le aziende che hanno molto fatturato e poche teste e non viceversa. È questa una delle ricette indicate dal presidente Inps Pasquale Tridico, nel colloquio con il direttore di Repubblica Maurizio Molinari all'evento organizzato a Milano da Affari & Finanza dedicato a welfare e wellbeing.

Presidente, nulla è più importante del welfare nella stagione delle disuguaglianze. Lei è un protagonista della protezione dei più deboli. Qual è la ricetta più ambiziosa che abbiamo davanti?

"Per troppo tempo abbiamo creduto che fosse necessario stare attenti a introdurre troppe politiche di welfare perché queste avrebbero in qualche modo ostacolato la crescita. Negli ultimi trent'anni, fino alla crisi pandemica, abbiamo visto invece che i Paesi che più hanno investito in welfare non solo hanno ridotto le disuguaglianze, ma sono stati anche quelli che hanno abbracciato la crescita. Quindi in realtà non è più vero che welfare e sviluppo sono in antitesi, anzi si può fare welfare riducendo le disuguaglianze".

Come si finanzia il nuovo welfare?

"C'è una parte di ricchezza che sfugge. Oggi vediamo un fenomeno nuovo che è la globalizzazione più robotizzazione, che permette non solo di avere delocalizzazioni come avveniva in passato, ma anche di utilizzare rendimenti dell'intelligenza artificiale applicandoli nelle aziende. Tutto questo oggi non viene tassato. Se noi continuiamo ad avere un calo demografico, una quota lavoro che scende sul Pil e continuiamo a tassare il lavoro per finanziare il nostro welfare, arriveremo a un punto di non sostenibilità. Dobbiamo cercare altre fonti, dalla tecnologia ai rendimenti finanziari, passando per il tentativo fatto in ambito G20 sulla minimum tax globale che cerchi di catturare ricchezze che sono mobili da un paese all'altro". Quindi significa andare a cercare le risorse per il welfare, per gli stati in collaborazione con le aziende, anche fuori dal territorio nazionale?

"Almeno nel continente europeo. Le faccio un esempio: noi continuiamo ad avere il lavoratore come il punto di riferimento di qualsiasi tassazione. Un'azienda di pulizia ad alto contenuto di lavoro e poca tecnologia oggi paga proporzionalmente più tasse di altre imprese molto capital intensive che si basano sulla digitalizzazione e hanno pochi lavoratori, e quindi poche "teste". Occorrerebbe tassare "per fatturato" e non "per testa". Continuare a tassare per testa non solo non ti garantisce una sostenibilità ma è anche ingiusto, perché la maggior parte della ricchezza proviene dalle aziende ad alto contenuto tecnologico".

Comunque lei parla di un welfare europeo. Si tratterebbe di un passaggio drammatico dal punto di vista economico. "Stiamo parlando necessariamente di una ricetta europea. Queste soluzioni non si possono implementare in un solo Paese. Ovviamente questo richiederebbe maggiori cessioni di sovranità in un settore, quello sociale, dove tra l'altro negli ultimi anni l'Europa ha fatto dei passi avanti".

Quindi un welfare europeo, con una formula innovativa per trovare le risorse necessarie. Poi però c'è la questione di come declinare la protezione per gli individui. Oggi in realtà le richieste sono più per un miglioramento della qualità

della vita e che non su avere dei soldi veri e propri. E quindi come declinare questo nuovo welfare? Come proteggere i singoli?

"Innanzitutto attraverso un reddito minimo, anche questo a livello europeo poi declinato sulla base dei diversi redditi dei Paesi. Un sostegno per ogni cittadino sotto una certa soglia di reddito, non un reddito universale. Di fatto uno strumento come il reddito di cittadinanza. Se fosse finanziato dagli Stati europei, o meglio da un bilancio federale, avrebbe il vantaggio di ridurre quella asimmetria che oggi esiste nell'Unione economica e monetaria. Quindi il punto di partenza è il reddito minimo europeo. Il secondo punto è il welfare universale per tutti i lavoratori. Vuol dire che al di là della forma di lavoro, di contratto e di vincolo che i lavoratori hanno nei confronti dell'azienda, i diritti devono essere uguali per tutti. Poi c'è il terzo pilastro, quello del welfare privato".

Qual è la situazione oggi in Italia?

"Qui ci sono ampi margini di miglioramento. Sul welfare aziendale molto è stato fatto. Però c'è un vizio di fondo che poi si è tramutato anche in un abuso. Molto spesso riusciamo a sostituire welfare con salario monetario. E questo ovviamente è un danno per il lavoratore, perché il welfare aziendale non si porta dietro oneri sociali e contribuzione e allo stesso tempo l'azienda ha una riduzione di costo perché la maggior parte del welfare aziendale è defiscalizzato. Dovremmo legare il welfare aziendale a effettivi aumenti di produttività. Quando ci sono questi aumenti allora possono essere cedute forme di welfare aziendale, altrimenti non sono giustificati e sono soltanto una riduzione di costo per le aziende".

Quanto conta l'immigrazione per rendere sostenibile queste nuove formule di welfare?

"È molto importante, lo dicono i numeri. Gli immigrati in Italia che lavorano contribuiscono al sistema pensionistico per circa 11 miliardi di euro all'anno ricevendo in termini di assistenza e pensioni poco più di 4 miliardi. Inoltre la maggior parte di questi immigrati non ha convenzioni con il nostro Paese e quindi lascia le pensioni qui. Oggi beneficiamo nettamente del contributo degli immigrati e in prospettiva ne beneficeremo sempre di più. Finché non avremo riportato il tasso di fecondità a 1,7/1,8 come quello francese, consentendoci di aumentare la sostenibilità del sistema, avremmo sicuramente bisogno di lavoratori stranieri".

Una delle sfide del welfare sicuramente è la terza età. Quali sono le formule possibili di un welfare destinato ad affrontare anche l'emergenza di una terza età sempre più numerosa?

"Sulla combinazione tra lavoro e invecchiamento attivo dovremmo prendere spunto dal Giappone, dove gli schemi di pensionamento sono molto flessibili, permettendo combinazioni molto forti di lavoro e pensione. È un invecchiamento attivo vero e proprio, quello che noi ancora non siamo riusciti a raggiungere. Noi ancora pensiamo a formule come le quote, e non c'è niente di più sbagliato. Perché una quota, che sia 100, 102 o 41, è rigida per definizione".

Alla luce del problema della bassa natalità, lo Stato ha oggi le risorse per garantire un welfare adeguato?

"Questo è il grande tema. Noi abbiamo creato il nostro welfare nel Novecento, con una espansione demografica molto significativa e una crescita economica molto forte e siamo arrivati al punto di equilibrio di sostenibilità. Oggi con una demografia che diminuisce, ma soprattutto con una quota salari che diminuisce sul Pil, questo non è più possibile. Negli ultimi quarant'anni 150 miliardi di euro si sono spostati dalla quota lavoro sul Pil a qualcosa che rimane indefinito. Ciò che si è sottratto al lavoro è andato nella finanza, nelle rendite".

<https://www.repubblica.it/dossier/economia/affari-e-finanza-live-welfare/2023/05/29/news/intervista-tridico-welfare-402427320/?ref=RHLF-BG-I402449600-P12-S1-T1>

il manifesto 29 aprile 2023

La sicurezza, la cura e la salute mentale. SpiWeb. Società Psicoanalitica Italiana

Sarantis Thanopulos

La morte di Barbara Capovani, psichiatra, per mano di un paziente autore di ripetuti atti di violenza, ha riacceso le polemiche sulla sicurezza e le critiche nei confronti della riforma Basaglia, che, per inciso, con l'assassinio non c'entra nulla.

L'ossessione della sicurezza ha cambiato la qualità e il senso della nostra vita. L'esistenza votata alla sicurezza si deprime. Diventa paranoica per tenersi viva sul piano dell'eccitazione e dell'allerta, visto che non può esserlo su quello del desiderio, delle emozioni e dei sentimenti.

La ricerca della sicurezza ci ha ipnotizzati, nonostante l'evidenza che, oltre a rendere miserabile il nostro vivere, produce contrariamente a quello che ci prefiggiamo, molti più problemi di quanti risolve. Creiamo nuove, ingegnose modalità di adattamento a pericoli reali, potenziali o immaginari. Tuttavia, poiché l'adattarsi alla realtà piuttosto che conoscerla, esplorando le sue diverse possibilità e dimensioni, non ce la rende più vicina e accogliente, ma al contrario lontana e minacciosa, il risultato finale è l'acuirsi del nostro senso di precarietà e di incertezza.

La domanda di sicurezza non produce sicurezza, ma ulteriore domanda di sicurezza.

È una delle grandi mistificazioni della nostra epoca, perché prende il posto della prevenzione e della manutenzione. Che non sono equivalenti della "messa in sicurezza". Il sentirsi al sicuro non lo creiamo con un assetto difensivo nei confronti del mondo, ma abitandolo con un senso di libertà che deriva da una intima, attenta relazione con esso, fondata sulla cura. Prendere cura di noi e degli altri, degli ambienti in cui viviamo, degli oggetti che usiamo o costruiamo, è una cosa complessa e di per sé appagante.

Si prevengono i danni delle alluvioni costruendo argini sulle rive del fiume o si evita il logorio del legno impregnandolo di olio che lo protegge dalla pioggia. Si riparano le scarpe risuolandole. Si potano gli alberi per aumentare la qualità del loro prodotto. Si scelgono con attenzione le parole di una dichiarazione d'amore o di una poesia perché esprimano nel miglior modo i sentimenti che li animano.

Si sperimentano diverse possibilità espressive sul taccuino di un pittore o di un architetto o sulla tastiera di un pianoforte. Si prende la giusta misura della distanza per godere di un panorama o per fare un salto, o del tempo per coordinarsi nel ballo con il proprio partner. Si valutano, con l'aiuto della prudenza e della moderazione, le conseguenze dei propri gesti e ci si affida alla potenza intuitiva dell'immaginazione per indovinare passaggi che la più potente capacità di misurazione e osservazione non potrebbe inquadrare.

Perché queste modalità di costruire la nostra relazione con ciò che ci fa sentire vivi e dà significato alla nostra esistenza, la cui composizione variabile fa la cura, dovrebbero essere assenti dal campo della salute mentale e dalla prospettiva con cui lo guardano le istituzioni nel loro insieme?

Cosa si può aspettare se il campo della sofferenza umana più destabilizzante, quella che più ci interroga sul senso della vita, è lasciata all'incuria?

La sofferenza psichica non è più comprimibile in modo massivo all'interno di recinzioni murarie, non solo perché ciò sarebbe una violenza insopportabile per la società democratica, ma anche perché il suo spazio si è esteso così tanto che invade diffusamente l'intera società e si interseca con il crescente disagio della collettività e della civiltà. L'area dell'intersezione è il luogo dove maggiormente si estrinseca la violenza anonima, la più distruttiva (dalla guerra in Ucraina, all'assassinio di Pisa).

Bisogna riformare radicalmente il sistema della salute mentale, fondandolo sulla riforma Basaglia e sull'investimento forte della psicoterapia e del lavoro nella comunità. Usare i farmaci per controllare, silenziare il malessere, è istigazione alla violenza.

<https://www.spiweb.it/cultura-e-societa/stampa/rassegna-stampa-2/rassegna-stampa-italiana/la-sicurezza-la-cura-e-la-salute-mentale-il-manifesto-29-04-2023-di-s-thanopulos/>

terzogio**ri**male

La salute mentale e la legge 180. terzo giornale

2 Maggio 2023

Ugo Zamburru

Provo disagio nell'intervenire a proposito del tragico evento che riguarda Barbara Capovani, la psichiatra pisana aggredita e uccisa lo scorso 21 aprile. In un'ottica di estremo rispetto per la sofferenza dei suoi cari, cercherò di sviluppare alcune riflessioni. In punta di piedi, però, senza voler trasformare questo evento in un'arena in cui lanciare le ideologie l'una contro l'altra armata. I miei trentasei anni di servizio pubblico come psichiatra, e le mie esperienze di vita, mi inducono ad affrontare il tema dai punti di vista dei vari attori: il modello di salute mentale, gli operatori che lo mettono in atto, gli utenti, le loro famiglie, la comunità territoriale, il modello socioeconomico dominante.

Partiamo dal primo punto, ovvero dal modello clinico che dovrebbe guidare il nostro lavoro. Nel 1995 viene posta con forza, dall'Istituto di medicina sociale di Harvard, la questione dei **determinanti della salute mentale**: povertà, crisi economiche, crisi valoriale, cambi climatici, guerre, pandemie – sono alcuni dei fattori concause di patologie mentali. Ecco, quindi, che se non lavoriamo per ridurre l'impatto dei determinanti sociali rischiamo di creare le condizioni per produrre persone sofferenti che delegheremo ai servizi di salute mentale. Un banalissimo esempio: più volte è stata citata la giusta preoccupazione, espressa anche dalla Società italiana di psichiatria, di vedere trecentomila nuovi utenti in seguito alla pandemia. Numeri esorbitanti sia per le persone che soffrono, sia per gli operatori già allo stremo, carichi di lavoro e con risorse in perenne diminuzione. Ma andrebbe fatta una considerazione: se durante la pandemia tutti avessero avuto una situazione economica rassicurante, case dignitose con spazi sufficienti, relazioni soddisfacenti, sicuramente ci sarebbero stati episodi di esordio di patologie psichiche, ma non certo di questa entità. E quindi con possibilità di essere assistiti meglio. Eppure si legge sul sito del ministero che negli ultimi anni i fondi per interventi riabilitativi sono stati quasi dimezzati!

In secondo luogo, consideriamo quanto riportato dall'ex direttore del servizio pisano, che giustamente sottolinea come esistano anche individui con personalità antisociali che sarebbe più opportuno trattare come tali, perché si sa che in questi casi è quasi impossibile ottenere risultati con un "trattamento" farmacologico o psicoterapico, o psicosociale. Queste persone (per fortuna una estrema minoranza) possono essere controllabili se inserite in contesti molto contenitivi (i vecchi libri di psichiatria citavano come nella legione straniera alcuni psicopatici avessero trovato ruolo e contenimento). Ma se Pasquale Barra, feroce sicario della camorra, non avesse avuto la sponda della criminalità organizzata, lo avremmo inviato ai servizi di salute mentale? Eppure una diagnosi di disturbo antisociale sarebbe risultata più che credibile.

Nello specifico, non intendo fare considerazioni perché non conosco la situazione; mi pare, però, che esistessero segnali di una deriva persecutoria, e questo è il punto, al di là dello specifico caso. In proposito, ricorderei un aneddoto su Franco Basaglia: quando a Gorizia avevano cominciato a mandare a casa pazienti rinchiusi da anni, uno di loro, in maniera preterintenzionale, uccise la moglie.

Attaccato duramente dai giornalisti replicò a uno di loro: “Proprio sul suo giornale oggi si parla di un marito geloso che ha ucciso la moglie. Allora cosa facciamo, rinchiodiamo tutti i mariti gelosi?”.

Al riguardo, nel 2005, una sentenza della Cassazione equiparava i disturbi antisociali a quelli psichiatrici, per cui non punibili.

E la stessa Organizzazione mondiale della sanità dichiarò che, percentualmente, i casi di violenza da parte di persone con sofferenza psichica sono molto inferiori a quelli commessi dai cosiddetti normali.

La protezione passa dal cogliere alcuni segnali per poter intervenire – pensiamo ai femminicidi.

Sicuramente non possiamo umiliare i servizi di salute mentale usandoli come bidone della spazzatura per ogni problema, dal cassaintegrato depresso agli adolescenti con disturbi del comportamento alimentare, al migrante chiuso nel Cpr, o in attesa interminabile di sapere se la sua pratica verrà accolta.

Gli adolescenti di oggi, drogati dal mito della performance e dal dover sempre essere all'altezza, vivono una situazione che non può che trasformarsi in un sentirsi soli e sovraesposti. Pensiamo all'occupazione del liceo Manzoni, a Milano, contro la **società della prestazione**.

Ora passiamo alla triade operatori, utenti e familiari. Solo un'alleanza tra i tre attori può creare quel clima di fiducia, rispetto e reciprocità, necessario a trovare una via di uscita dalla sofferenza. Penso all'**open dialogue**, una modalità di approccio alla salute mentale che troppo poco spazio trova nei nostri dipartimenti. O ai gruppi multifamiliari allargati. Penso alla grande intuizione di Basaglia: vedere la persona che la malattia ci nasconde, chiudere i manicomi non come fine esclusivo, ma anche come mezzo per valutare la capacità di un territorio di ospitare dentro di sé il diverso. Penso al metodo assembleare, alle soluzioni condivise e al lavoro su determinanti sociali e costruzione della comunità competente, ovvero a una cura attraverso la reciprocità e il senso di appartenenza. Non uguaglianza, ma equità: nel senso che ciascuno abbia le opportunità per esprimersi secondo quello che è. Le risposte emotive – comprensibili ma spesso controproducenti – sono quelle di una sorta di patologia del controllo, come se si potesse prevedere tutto.

Non ho soluzioni pratiche da proporre, se non quella di coinvolgere le famiglie, gli utenti, gli operatori, le associazioni, il territorio per costruire la **comunità della cura**: di sé, dell'altro, della natura. Un luogo accogliente ove non si può pensare di eliminare i problemi, comprese le situazioni come quelle di Pisa. Ognuno svolgendo il suo ruolo. Se criticiamo la legge 180, ciò ha senso per fare modifiche condivise con gli utenti, centrate sulla buona prassi (**recovery** e **open dialogue** in prima fila, ma non solo). Se pensiamo di lavorare sul controllo dei comportamenti fino a negare la territorializzazione del disagio, il clima di reciprocità e di fiducia sarà soppiantato da risposte guidate dalla paura, dalla rabbia, dall'aggressività. E questo non può essere certo l'**humus** della cura.

<https://www.terzogiornale.it/2023/05/02/la-salute-mentale-e-la-legge-180/>

Vittorio Lingiardi

La massima autorità sanitaria degli Stati Uniti, Vivek Murthy: "Già colpita metà degli adulti americani". Ma individuare la cura non è semplice

Vivek Murthy ha dichiarato che negli Stati Uniti, ma forse nel mondo, è in corso "un'epidemia di solitudine". Non un virus, questa volta, ma una condizione psichica e sociale. Murthy è un medico statunitense di origine indiana. Non uno qualsiasi, è Surgeon general of the United States, cioè il "Chirurgo generale", nominato dal Presidente e confermato dal Senato.

La sua carica dura circa quattro anni e per lui è la seconda volta, nel 2014 e nel 2021. È il capo operativo del Public Health Service Commissioned Corps e quindi il principale portavoce in materia di sanità pubblica del governo federale degli Stati Uniti. Ha anche coordinato il comitato Covid-19 di Biden, il quale, lo scorso ottobre, lo ha nominato rappresentante Usa nell'esecutivo dell'Organizzazione mondiale della sanità.

Perché parliamo di lui? Perché ha appena lanciato un allarme inconsueto.

Ha dichiarato, all'interno di una "Strategia nazionale per promuovere la connessione sociale", che il Paese è colpito da "un'epidemia di solitudine e isolamento". Il tema gli è caro: è del 2020 un suo volume molto apprezzato intitolato (traduco): *Insieme: il potere curativo delle connessioni umane in un mondo fatto di solitudine*.

L'ambizioso *cri de coeur* di Murthy vuole rientrare in un impegno più ampio dell'amministrazione Biden nei confronti dell'emergenza salute mentale. L'espressione "epidemia di solitudine" mi colpisce. Tocca il cuore, ma al tempo stesso suona quasi vuota. Chi è l'artefice della solitudine sociale? Che rapporto c'è tra solitudine e povertà? E tra solitudine ed emarginazione?

In una relazione di circa ottanta pagine Murthy racconta cose che ben sappiamo: circa la metà degli americani adulti vive nella condizione psichica che lui denuncia. Nell'ultima metà del secolo i nuclei familiari single sono raddoppiati. E la pandemia di Covid-19 ha peggiorato la situazione.

L'aspetto più interessante della relazione di Murthy, non è quello psicologico, arcinoto, quanto quello medico (anch'esso noto): le ricerche dimostrano che solitudine e isolamento innescano molteplici problemi al confine corpo-mente. Insonnia, alterazioni immunitarie, patologie cardiache, alimentari, algiche e ovviamente ansia, depressione, dipendenze da alcol e sostanze.

Tanto che alcuni esperti stimano che il rischio di morte prematura può aumentare del 30%. "La solitudine", ha detto Murthy, "è come la fame o la sete. Una sensazione che il corpo ci invia quando qualcosa di cui abbiamo bisogno per la sopravvivenza viene a mancare. Ecco il motivo per cui ho lanciato l'allarme". Un appello che può avere presa mediatica, ma che rimane vago se non viene raccolto pragmaticamente dalla politica.

Murthy sa che la solitudine che lo preoccupa è un sintomo del sistema che la produce. Riconoscere un sintomo è sempre un'ottima cosa, ma intervenire su un'epidemia di tale portata prevede azioni radicali e visioni politiche, economiche e sociali.

A "dir poco" uno stanziamento di fondi gigantesco, capace di rivoluzionare i principi dell'assistenza sanitaria. Murthy illustra sei pilastri su cui basare la sua proposta di "cura". Vanno studiati e attuati. Psichiatri, psicologi, psicoterapeuti toccano ogni giorno con mano quanto l'isolamento, l'alienazione, il vuoto culturale e l'indebolimento del sistema individuo-comunità, esitano sempre più spesso in condizioni psicopatologiche e di sofferenza mentale, dai ritiri depressivi alle esplosioni antisociali.

Appena letta la notizia dell'appello di Murthy, ho pensato, pessimisticamente, che l'allarme è più che giustificato, ma la casa ormai in fiamme. In più, "solitudine" è un termine ombrello, indica condizioni emotive e esistenziali variegata e complesse.

Partirei dal differenziare la solitudine dall'isolamento, che è invisibilità sociale, disoccupazione, emarginazione, perdita di legame, vuoto di cultura. Per sfidare l'epidemia di solitudine, alla sensibilità di un appello devono seguire soldi e azioni. Azioni dettate da una visione del mondo.

https://www.repubblica.it/cronaca/2023/05/03/news/solitudine_in_italia_epidemia-398496315/?ref=RHLF-BG-I398507529-P7-S1-T1



Fecondazione assistita, maternità surrogata, famiglie omogenitoriali: ma cosa c'è di male? Ma cosa c'è di strano! Scienzainrete

Eva Benelli, Maurizio Bonati

Pubblicato il 28/04/2023

L'assenza di una relazione biologica tra genitori e bambini e bambine nati attraverso una procedura di fecondazione assistita o di maternità surrogata non interferisce con il benessere psicologico dei giovani e delle madri, o con la qualità delle relazioni familiari. Lo conferma uno studio dell'università di Cambridge che ha messo per la prima volta a confronto in maniera sistematica e sul lungo periodo gli effetti sul benessere dei giovani dell'appartenere a diversi modelli di famiglia.

La stampa danese annuncia l'arrivo imminente del primo bimbo reale che verrà al mondo grazie alla gestazione per altri. Il nascituro consentirà di mantenere l'asse ereditario in linea diretta per il titolo di un principato, da chiarire quello del diritto successorio.

In Danimarca infatti vige la legge salica, che era in vigore anche in casa Savoia, secondo cui il titolo passa solo agli eredi maschi. Per la prima volta la successione di una casata verrà quindi risolta ricorrendo alla gestazione per altri.

Tuttavia ci sono anche difficoltà legali da dirimere con la Germania, a cui l'antico casato appartiene e nazione di residenza del principe Gustav zu Sayn-Wittgenstein-Berleburg e della moglie Carina Axelsson Mentre, entrambi 54enni. Infatti in Danimarca la gestazione per altri è accettata in forma altruistica, mentre in Germania la pratica è vietata dalla legge.

Insomma, mentre in Italia la discussione continua a girare intorno all'idea giuridicamente assai improbabile, ma più semplice, del reato universale, altrove ci si confronta ormai con la realtà delle nuove famiglie (perfino di casata reale) e con un'idea di genitorialità ampia a cui far corrispondere un riconoscimento anche legislativo.

La gestazione per altri è una forma di procreazione assistita controversa che, nella sua dimensione di mercato, può favorire lo sfruttamento inaccettabile delle persone più deboli che vi sono coinvolte, in particolare nelle realtà dove prevalgono le disuguaglianze.

Lo [abbiamo scritto](#) già in tempi non sospetti, auspicando un confronto della società civile (nel nostro come negli altri Paesi) sui termini reali della questione, nella sua complessità e riconoscendo la forma altruistica, solidale e gratuita. Senza far ricadere gli effetti di quello che si configura come uno scontro ideologico sui nascituri: [colpire i bambini per punire i genitori](#).

È quanto avvenuto, per esempio, con [bambine e bambini](#) figli di genitori omosessuali, a cui l'attuale maggioranza di governo sta invece mettendo in discussione il diritto di vedersi riconosciuti entrambi i genitori.

Famiglie arcobaleno e famiglie tradizionali: il benessere è pari

Un contributo importante dai dati di realtà è arrivato intorno alla metà di aprile quando la rivista [Developmental Psychology](#) ha pubblicato la settima fase di uno [studio longitudinale](#) che ha preso in

considerazione il benessere dei bambini e delle bambine nati attraverso una procedura di fecondazione assistita o maternità surrogata.

Particolare attenzione è stata posta all'eventuale manifestarsi di disturbi psicologici o difficoltà di relazione con la madre una volta diventati adulti.

L'indagine, svolta dai ricercatori dell'Università di Cambridge con il contributo di un Wellcome Trust Collaborative Award, ha seguito 65 famiglie britanniche con bambini nati da riproduzione assistita: 22 da maternità surrogata, 17 da donazione di ovuli e 26 da donazione di sperma, dall'infanzia fino alla prima età adulta. Nel corso di una ventina d'anni i ricercatori hanno confrontato queste famiglie con 52 famiglie del Regno Unito formate con concepimento non assistito nello stesso periodo.

Ebbene: i risultati confermano che l'assenza di una relazione biologica tra figli e genitori non interferisce con il benessere psicologico delle madri o dei giovani adulti o nella qualità delle relazioni familiari. Risultati che sono coerenti con le precedenti valutazioni effettuate all'età di uno, due, tre, sette, dieci e 14 anni.

«Nonostante le preoccupazioni di molte persone, le famiglie con bambini nati attraverso queste tecniche stanno crescendo bene», ha commentato Susan Golombok, professoressa emerita ed ex direttrice del Center for Family Research dell'ateneo inglese, continuando: «Se abbiamo notato qualche differenza positiva, è nel gruppo delle famiglie che avevano rivelato subito ai bimbi il modo in cui sono venuti al mondo».

L'indagine, infatti, non solo ha esaminato gli effetti a lungo termine di diversi tipi di procreazione assistita sulla genitorialità e l'adattamento dei figli, ma ha indagato in modo prospettico l'effetto psicologico dell'età in cui ai bambini è stato raccontato che erano stati concepiti mediante donazione di ovuli, donazione di sperma o gravidanza per altri.

La maggior parte dei genitori che avevano rivelato il ricorso alla scienza per concepire il loro bambino, lo ha fatto attorno all'età di quattro anni. I giovani adulti che hanno appreso delle loro origini biologiche prima dei sette anni avevano meno relazioni negative con le loro madri e le loro madri hanno mostrato livelli più bassi di ansia e depressione.

Ciò suggerisce che essere aperti con i bambini sulle loro origini, soprattutto quando sono piccoli, porta con sé ricadute positive in termini di fiducia e benessere.

Riflettendo sui propri sentimenti riguardo alle loro origini biologiche, i giovani adulti intervistati nel corso dello studio sono risultati sereni. Per esempio, un ragazzo nato attraverso la maternità surrogata: «Non mi turba davvero, le persone nascono in modi tutti diversi e se sono nato così, va bene, lo capisco».

Un altro giovane adulto nato attraverso la donazione di sperma ha detto: «Mio padre è mio padre, mia madre è mia madre, non ho mai veramente pensato che possa esserci qualcosa di diverso, quindi non mi interessa davvero». Alcuni giovani hanno affermato che il modo in cui sono stati concepiti li ha fatti sentire speciali: «Penso che sia stato fantastico, penso che l'intera cosa sia assolutamente incredibile. Non ho niente di negativo da dire al riguardo» è il commento di un terzo.

«Oggi ci sono così tante famiglie create grazie alla fecondazione assistita che sembra abbastanza normale», ha aggiunto Golombok. «Ma vent'anni fa, quando abbiamo iniziato questo studio, gli atteggiamenti erano molto diversi. Si pensava che avere un legame genetico fosse molto importante e che senza di esso le relazioni non avrebbero funzionato bene.

Ciò che questa ricerca vuole dimostrare con i dati scientifici è che avere figli in modi diversi o nuovi non interferisce con il funzionamento delle famiglie. Volere davvero dei figli sembra avere la meglio su tutto: questo è ciò che conta davvero».

Nonostante i limiti nella dimensione del campione studiato, della perdita dei partecipanti nel corso del tempo e nella generalizzazione dei risultati, questo studio esamina per la prima volta alcuni potenziali effetti a distanza di differenti tipi di riproduzione assistita.

Contrariamente alle preoccupazioni che sono state sollevate per quanto riguarda le potenziali conseguenze negative di una qualche forma di riproduzione assistita per il benessere psicologico dei bambini, i risultati di questo studio longitudinale indicano che le relazioni familiari sono positive e c'è un adattamento del bambino dall'infanzia alla vita adulta.

I risultati suggeriscono inoltre che le famiglie possono trarre vantaggio cominciando presto a parlare ai propri figli delle circostanze della loro nascita, in modo adeguato all'età, idealmente prima di iniziare la scuola.

I pediatri per le famiglie omogenitoriali

Se lo studio dell'università di Cambridge ha messo per la prima volta a confronto in maniera sistematica e sul lungo periodo gli effetti sul benessere dei giovani dell'appartenere a diversi modelli di famiglia, che uno sviluppo sano, equilibrato e armonioso dei bambini si basi sulla qualità delle relazioni affettive genitore-figlio e sulla presenza di legami sicuri e stabili con adulti responsabili e amorevoli è comunque esperienza pratica delle figure di cura e salute come i pediatri.

Ecco perché quelli riuniti nell'Associazione culturale pediatri (Acp) il 12 aprile scorso hanno inviato una lettera alla ministra per la Famiglia, la natalità e le pari opportunità Eugenia Roccella per chiedere una legge che possa garantire ai bambini, fin dalla nascita, il riconoscimento del genitore intenzionale (sociale), oltre a quello biologico.

Una richiesta di segno completamente opposto all'attuale orientamento della ministra e del governo. E infatti, mentre scriviamo, non si sa che sia giunta alcuna risposta, né un cenno di ricezione. Le stesse posizioni sono state espresse ai primi di febbraio anche nella lettera congiunta dei presidenti degli Ordini degli Psicologi delle Regioni Lazio, Campania, Sicilia, Marche, Abruzzo, Veneto ed Emilia Romagna, anche quella rimasta senza risposta.

La presa di posizione di Acp è [disponibile](#) sul sito dell'Associazione, che dichiara: «Il nostro intento è dare un contributo alla prospettiva di proteggere i diritti delle bambine e dei bambini che sono nati e nasceranno nelle famiglie omogenitoriali».

Nei figli di genitori omosessuali non si presentano differenze rispetto ai bambini di genitori eterosessuali nella percezione del senso di sicurezza. «Ciò che può influire negativamente su questi bambini è invece quel processo di discriminazione sociale e rifiuto che si esprime sotto forma di commenti negativi, bullismo, violenza fisica e mancanza di tutela legale.

Ovvero, non è il rapporto tra figlio e genitore a creare difficoltà, ma quello dovuto all'omofobia dell'ambiente esterno nei confronti dei genitori», si legge ancora sul documento.

Sebbene non affrontato esplicitamente nel documento Acp, le stesse considerazioni e gli stessi auspici valgono anche per la garanzia dei diritti dei nati con tecniche di gestazione per altri altruistica, solidale e gratuita, che peraltro a tutt'oggi riguardano nella maggioranza dei casi coppie eterologhe.

L'Italia come Polonia e Ungheria?

L'atteggiamento preconcetto e cieco sia ai risultati della ricerca sia alla pratica medica consolidata nei confronti delle persone omosessuali e transgender sta producendo uno stallo drammatico per quanto riguarda i diritti e il benessere di alcune delle componenti più giovani della nostra società, esponendole al rischio di discriminazione e di disuguaglianza, in un vuoto legislativo che non sembra esserci intenzione di colmare se non in senso peggiorativo.

Non stupisce, quindi, che il nostro Paese si sia esposto a una severa censura da parte del Parlamento europeo. Lo scorso 20 aprile, infatti, la [risoluzione](#) "Depenalizzazione universale dell'omosessualità, alla luce dei recenti avvenimenti in Uganda" nell'analizzare lo stato della depenalizzazione nel mondo, cita espressamente l'Italia. Il Parlamento europeo, si legge «...è preoccupato per gli attuali discorsi e movimenti globali anti-diritti, anti-genere e anti-LGBTIQ, che sono alimentati da alcuni leader politici e religiosi in tutto il mondo, anche all'interno dell'UE; ritiene che tali movimenti ostacolino in modo significativo gli sforzi volti a conseguire una depenalizzazione universale dell'omosessualità e dell'identità transgender, in quanto legittimano il discorso secondo cui le persone LGBTIQ sono un'ideologia piuttosto che esseri umani; condanna fermamente la diffusione di tali discorsi da parte di alcuni leader politici influenti e di alcuni governi all'interno dell'Unione, in particolare in Ungheria, Polonia e Italia».

Insomma, affrontare i temi complessi dell'identità di genere e della varietà dell'idea (e della pratica) delle famiglie attuali con il machete del pregiudizio e soprattutto ignorando le evidenze dei risultati della ricerca non cancellerà i bisogni delle persone, ma certamente ne farà soffrire molte, soprattutto quelle più giovani e fragili.

E consegnerà il nostro Paese nel limbo di chi chiude gli occhi per non vedere quel che succede. «Ci sono più famiglie tra cielo e terra di quante ce ne siano nella tua filosofia», scriveva Alessandro De Angelis, su **la Stampa** del 24 aprile. Vogliamo davvero lasciarle fuori dalla porta?

<https://www.scienzainrete.it/articolo/fecondazione-assistita-maternit%C3%A0-surrogata-famiglie-omogenitoriali-ma-cosa-c-di-male-ma>

DIGITALIZZAZIONE TELEMEDICINA

Cronicità. Con l'integrazione dei servizi di assistenza a livello istituzionale e professionale migliora la qualità e si risparmia fino al 4% della spesa sanitaria globale. Il rapporto Ocse. quotidiano **sanita.it**

Cesare Fassari

La frammentazione dell'assistenza, si legge nel rapporto, è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi. Le persone con esigenze sanitarie complesse, come i pazienti con una condizione cronica, richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari. Senza un'adeguata integrazione delle cure, sottolineano i curatori del rapporto, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni insoddisfatti utilizzando servizi eccessivi in modo s coordinato. Tra i casi "scuola" anche un'esperienza italiana di telemedicina integrata.

13 MAG -

Integrazione: è questa la parola magica per migliorare efficienza e qualità delle cure per i malati cronici. Ne è convinta l'Ocse che in un nuovo rapporto, intitolato non a caso "[Integrating Care to Prevent and Manage Chronic Diseases. Best Practices in Public Health](#)", esamina 13 case study in differenti Paesi (uno di questi è italiano) caratterizzati da una forte integrazione istituzionale e assistenziale nel campo dell'assistenza ai malati cronici in diverse situazioni e contesti.

Secondo questo rapporto l'integrazione, oltre che migliorare le performance clinico-assistenziali fa anche risparmiare con una riduzione della spesa sanitaria globale che può arrivare fino al 4% annuo mentre al contrario modelli di assistenza alle cronicità frammentati possono far lievitare la spesa fino a 4.000 euro per paziente.

Ma come si fa a integrare servizi e prestazioni?

Ci sono varie strade e i 13 case study riportati dal rapporto lo dimostrano. Si passa da modelli che sono riusciti a integrare a livello nazionale o regionale questi servizi ma anche modelli di integrazione molto più piccoli in ambito di comunità locali.

Ma la caratteristica comune: quella di unire gli sforzi, lavoro di equipe e soprattutto di mettere in sinergia i diversi apparati istituzionali coinvolti.

La frammentazione dell'assistenza, si legge nel rapporto, è un problema chiave per le persone con bisogni sanitari complessi. Le persone con esigenze sanitarie complesse, come i pazienti con una condizione cronica, richiedono cure da diversi fornitori in più contesti sanitari.

Senza un'adeguata integrazione delle cure, sottolineano i curatori del rapporto, le persone possono tentare di soddisfare i propri bisogni insoddisfatti utilizzando servizi eccessivi in modo s coordinato.

E, ciò non solo peggiora la loro esperienza, ma è anche pericoloso e costoso, con stime che mostrano come un'assistenza frammentata possa aumentare i costi di oltre 4.000 euro per paziente.

I paesi stanno sperimentando modelli integrati di assistenza in risposta al numero crescente di persone che vivono con bisogni sanitari complessi e rischiano di ricevere cure frammentate. Tali modelli di assistenza, spiega il rapporto, forniscono un'assistenza continua, coordinata e di alta qualità per tutta la vita di una persona. Si tratta di modelli che

mirano a prevenire e gestire le condizioni croniche, migliorando così la salute della popolazione, migliorando le esperienze dei pazienti, riducendo i costi pro capite dell'assistenza sanitaria, creando un migliore equilibrio tra lavoro e vita privata per gli operatori sanitari e promuovendo l'equità sanitaria.

Come abbiamo visto il rapporto esamina 13 modelli di assistenza integrata implementati nei paesi dell'OCSE e dell'UE a 27 utilizzando un quadro convalidato di valutazione delle prestazioni. I case study raccontati dall'Ocse, coprono un'ampia gamma di modelli di assistenza integrata che vanno da piccoli progetti pilota operanti a livello cittadino a programmi nazionali che coprono intere popolazioni.

Alcuni casi operano a un livello specifico di assistenza, come l'assistenza primaria, mentre altri coprono l'intero spettro dei servizi sanitari.

I risultati e le raccomandazioni dell'Ocse spaziano quindi dalle dimensioni chiave dell'assistenza integrata, alla governance, al finanziamento, alla forza lavoro, agli strumenti digitali e ai sistemi informativi sanitari fino alla loro trasferibilità.

La governance

Molti dei case study hanno perseguito l'integrazione dell'assistenza a un livello specifico di assistenza, come l'assistenza primaria, e spesso per una malattia specifica. Solo un piccolo numero di casi opera nell'intero spettro dei servizi sanitari per intere popolazioni.

Il numero limitato di modelli di assistenza integrata che coprono intere popolazioni e tutti i servizi sanitari è in gran parte dovuto a strutture di governance frammentate nei settori dell'assistenza sanitaria e sociale.

I risultati dello studio dei casi evidenziano l'importanza di rafforzare le strutture di governance abbattendo i silos tra i sistemi amministrativi nell'assistenza sanitaria e sociale con il supporto delle principali parti interessate. Ad esempio, a Badalona, in Spagna, i servizi sanitari e di assistenza sociale sono stati fusi in un'unica organizzazione di assistenza integrata (ICO), di proprietà del consiglio comunale. Il modello di governance dell'ICO coinvolge tutte le parti interessate, in particolare i leader politici, il che garantisce il supporto organizzativo e l'impegno nei confronti dell'ICO. Il modello di governance ha anche creato una cultura coesa che supporta l'assistenza integrata.

Sulla base del lavoro di modellazione dell'OCSE, le strutture di governance che supportano l'integrazione dell'assistenza si dimostrano un buon investimento con stime che mostrano la possibilità di ridurre la spesa sanitaria annuale fino al 4% (come percentuale della spesa sanitaria totale).

Finanziamento e modelli di pagamento

I modelli di pagamento tradizionali, come quelli a tariffa per il servizio, secondo il rapporto Ocse, non incoraggiano il coordinamento dell'assistenza e possono contribuire ad aumentare la spesa. In diversi contesti sono stati implementati modelli di pagamento innovativi che incentivano i fornitori a fornire assistenza coordinata.

Questi nuovi modelli includono il costo del case manager; o forme di pagamenti a budget prefissati calcolati sulla tipologia di assistenza o modelli di pagamento in forma di quota mensile forfettaria che copre un insieme di prestazioni.

Forza lavoro

I pazienti con bisogni sanitari complessi necessitano di cure multidisciplinari, tuttavia, diversi ostacoli si frappongono a tale integrazione professionale prevalendo ancora in molti casi la logica a silos.

Per superare questo ostacolo l'Ocse raccomanda di sviluppare programmi di formazione dedicati per insegnare agli operatori sanitari nuove competenze hard e soft (ad es. collaborazione e costruzione di relazioni) e la promozione di nuovi ruoli professionali che supportino l'integrazione dell'assistenza.

Ad esempio, come parte della strategia della Polonia per migliorare il proprio settore sanitario primario (Primary Healthcare PLUS), il paese ha introdotto coordinatori dell'assistenza incaricati di migliorare il coordinamento tra gli operatori sanitari e tra gli operatori e il paziente.

Strumenti digitali e sistemi informativi sanitari

Gli strumenti digitali svolgono un ruolo chiave nel supportare l'integrazione dell'assistenza, come evidenziato da alcuni casi selezionati nel rapporto tra cui i servizi di telemedicina per i pazienti con malattie croniche sviluppati in Italia (vedi il case study specifico), Repubblica Ceca e Danimarca.

Nonostante il vantaggio di implementare strumenti digitali, essi, rileva il rapporto Ocse, non sono ancora ampiamente utilizzati soprattutto a causa dei bassi livelli di alfabetizzazione sanitaria digitale tra pazienti e professionisti. Per promuovere l'uso degli strumenti digitali l'Ocse segnala quindi la necessità di programmi specifici per promuovere le attività di inclusione digitale rivolte alle popolazioni vulnerabili, coinvolgendo gli operatori sanitari nella progettazione

di strumenti digitali, intraprendendo solide valutazioni degli strumenti digitali per creare fiducia e implementando le competenze sanitarie digitali.

Guardando poi a un livello di intervento più ampio l'OCSE immagina la creazione di una strategia digitale globale, rafforzando la governance dei dati sanitari e costruendo nuove capacità istituzionali e operative.



Il case study italiano

[TeleHomeCare](#), sviluppato a Ceglie Messapica, in provincia di Brindisi, è un intervento digitale ideato per supportare l'assistenza domiciliare attraverso il telemonitoraggio e il teleconsulto dei pazienti affetti da una o più delle seguenti patologie croniche: scompenso cardiaco, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e diabete. L'intervento coinvolge il paziente, i caregiver dei pazienti, i medici di base, gli specialisti e gli infermieri che operano sul territorio.

Il dispositivo installato a casa del paziente – denominato Hospital-at-Home (H@H) – consente al paziente di monitorare i parametri fisiologici, condividere le misurazioni con gli operatori della sala di controllo e gli operatori sanitari.

Tutti i parametri clinici dei pazienti domiciliari sono centralizzati nell'ospedale, che rispetta tutte le leggi sulla privacy. Il dispositivo consente ai medici di effettuare consultazioni a distanza con i pazienti tramite video.

Valutazione delle migliori pratiche dell'OCSE su TeleHomeCare

Criteri	Valutazione
Efficacia 	L'efficacia di TeleHomeCare non è stata valutata. La letteratura mostra che il telemonitoraggio può ridurre i ricoveri e la mortalità durante il monitoraggio dello scompenso cardiaco e della BPCO; migliorare la qualità della vita della salute mentale durante il monitoraggio della BPCO; e migliorare i risultati fisiologici durante il monitoraggio del diabete e della BPCO.
Efficienza 	TeleHomeCare costa 1 450 EUR per paziente all'anno, mentre consente di risparmiare 640 EUR nell'uso dei servizi sanitari.
Equità	I pazienti che si registrano a TeleHomeCare devono frequentare un corso di formazione per acquisire sufficiente autonomia e utilizzare il dispositivo in sicurezza. La formazione cerca di superare i limiti culturali e la scarsa attitudine all'uso dei dispositivi medici e delle tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT).
Base di prova	Una serie di revisioni sistematiche e meta-analisi costituite da studi randomizzati è stata utilizzata per costruire la base di conoscenze sull'efficacia della telemedicina. Per il costo di TeleHomeCare a Ceglie Messapica è stata utilizzata una valutazione effettuata dall'azienda regionale di sanità pubblica.
Ampiezza della copertura	TeleHomeCare è stato testato nella città di Ceglie Messapica, vicino a Brindisi, in Italia. Non è stato ancora esteso ad altre regioni.

la Repubblica

Intervista a Geoffrey Hinton, padre dell'IA: “È una minaccia esistenziale all'umanità, la politica deve regolare questi modelli”. La Repubblica

Beniamino Pagliaro

Il pioniere della tecnologia che ha lasciato Google da pochi giorni interviene al campus del Mit a Cambridge. "Ho cambiato idea sul rapporto tra cervello umano e macchine: sono in grado di sapere migliaia di volte ciò che conosciamo noi"

BOSTON - Lo sviluppo dei modelli di intelligenza artificiale e la capacità di ragionare e prendere decisioni pone una "minaccia esistenziale all'umanità", per cui l'informatico Geoffrey Hinton, [tra i pionieri della tecnologia](#), rivolge un appello a [Stati Uniti e Cina](#), chiedendo alle potenze globali di intervenire per regolare questi modelli ed evitare che prendano il sopravvento. Hinton, che ha lasciato Google a inizio settimana, spiega per la prima volta in modo chiaro le sue convinzioni, raggiunte dopo decenni di lavoro, di fronte a una nuova consapevolezza.

L'informatico non parla a una platea di retrogradi luddisti bensì in uno dei luoghi chiave dello sviluppo tecnologico occidentale, il campus del Mit a Cambridge. Per due giorni scienziati e ingegneri hanno dialogato con big tech, da Microsoft ad Amazon e Google, e con le startup più importanti della scena dell'AI, come [OpenAi](#) e Stability. Per due giorni sul palco si sono alternate visioni diverse, unite paradossalmente proprio dall'idea che fermare la ricerca, fermare lo sviluppo non possa funzionare. Anzi, quasi tutti sono convinti che proprio una regolazione caso per caso sia una risposta.

"Stiamo tutti fermi per sei mesi, e poi che succede? Pechino starà ferma per sei mesi?", ha chiesto l'imprenditore Tom Siebel. Gli esperti elencano i rischi dell'abuso di questi strumenti sostanzialmente in quattro aree: i cyber-attacchi che possono diventare sempre più sofisticati, le truffe sempre più credibili, la disinformazione, e la sorveglianza di massa da parte di regimi non democratici o persino da parte di democrazie deboli. Ma l'intervento di Hinton, al termine dei lavori, suona un allarme decisamente più preoccupato.

Professor Hinton, perché ha deciso di lasciare Google e ha cambiato idea sull'intelligenza artificiale?

"C'è un numero di ragioni, la prima è che ho 75 anni: è ora di andare in pensione. Ma soprattutto ho cambiato idea sul rapporto tra il cervello umano e i modelli di intelligenza artificiale. Pensavo che questi modelli lavorassero come il cervello. Invece questi grandi modelli sono in grado di sapere migliaia di volte quello che sanno gli umani. Se poi si prendono vari di questi modelli a lavorare su set di dati diversi, quello che impara uno può essere subito comunicato all'altro. Le persone non possono fare così, perché i nostri cervelli sono tutti diversi tra loro".

Perché è spaventoso?

"Perché possono imparare molto di più: immaginate per esempio due dottori: uno vede mille pazienti, un altro vede un milione di pazienti. Questi strumenti, incluso ChatGpt, sono in grado di fare dei ragionamenti. Possono essere in grado di manipolare le persone, avendo imparato tutta la conoscenza del mondo".

È possibile dare loro regole?

"Questi modelli sono in grado di scrivere da soli dei programmi. Anche se fissassimo delle regole, questi sistemi potrebbero impararle e superarle. Queste intelligenze artificiali non hanno degli obiettivi di evoluzione prestabiliti, ma prima o poi li potranno creare, se perdiamo il controllo".

Qual è la situazione peggiore che può immaginare?

"Penso che sia credibile che l'intelligenza umana sia una fase passeggera, sostituita dall'intelligenza digitale. C'è un serio rischio esistenziale".

Ci sono appelli che chiedono di interrompere lo sviluppo. È giusto?

"Prendo sul serio questo rischio, dunque sarebbe sensato fermare lo sviluppo, ma è naïve pensarlo: potrebbe essere razionale fermarci, ma non succederà. Google nel 2017 aveva sviluppato dei modelli che non aveva reso pubblici, ma quando OpenAi ha deciso di rilasciare questi modelli, Google non ha potuto stare ferma, in un sistema capitalistico e in un mondo in cui c'è una competizione come quella tra Stati Uniti e Cina. La mia sola speranza è che Stati Uniti e Cina trovino la forza di una cooperazione come abbiamo fatto nell'epoca nucleare".

C'è una via di uscita?

"Penso che la tecnologia possa essere positiva, ma dobbiamo migliorare la politica. Se parliamo di minaccia esistenziale dobbiamo risolverla insieme".

https://www.repubblica.it/esteri/2023/05/03/news/intelligenza_artificiale_bard_google_geoffrey_hinton-398632939/?ref=RHVS-BG-I330891680-P3-S1-T1



Le regole degli Stati Uniti per la “globalizzazione selettiva”. transform!italia

17/05/2023

Alessandro Scassellati

Nell’ambito della competizione con la Cina, l’amministrazione Biden sta cambiando l’approccio statunitense all’economia mondiale. La regolazione neoliberista post-1990 va abbandonata in favore di una “globalizzazione selettiva” regolata sulla base degli interessi della “sicurezza nazionale” e di “una politica estera per la classe media” capace di “integrare più profondamente politica interna e politica estera”. Di recente, due figure centrali dell’amministrazione – Janet Yellen e Jake Sullivan – hanno illustrato le nuove regole che gli Stati Uniti vogliono imporre al resto del mondo, provando a definire il legame tra politica economica internazionale e sicurezza nazionale statunitense. In questo articolo, analizziamo i principali contenuti e implicazioni delle loro proposte.

Dall’iper-globalizzazione alla “globalizzazione selettiva”

È ormai sempre più evidente che il futuro dell’economia mondiale – e probabilmente anche della vita umana sul pianeta – dipende dal modo in cui sarà gestita la competizione sino-americana nei prossimi anni, ossia se si riuscirà ad evitare una drammatica escalation e uno scontro frontale economico, politico e militare tra Stati Uniti e Cina. In molti vedono il rapporto tra Stati Uniti e Cina attraverso la cornice di un conflitto tra grandi potenze: una competizione bilaterale a somma zero in cui uno deve cadere affinché l’altro possa crescere. Ma, per molti altri, il mondo è abbastanza grande per entrambi e Cina e Stati Uniti possono e devono trovare un modo per vivere insieme e condividere la prosperità globale, evitando che la competizione diventi qualcosa di simile a un conflitto aperto e “caldo”.

In questo quadro, è importante notare che negli ultimi due anni l’approccio dell’amministrazione Biden all’economia mondiale è profondamente mutato. Ora ritiene che il modello di globalizzazione neoliberista post-1990 (la cosiddetta iper-globalizzazione) – per decenni esaltato dai governanti statunitensi come il bene più alto di tutta l’umanità – debba essere abbandonato perché è diventato disfunzionale per gli interessi economici e politici degli Stati Uniti.

La globalizzazione neoliberista post-1990 ha dato la priorità al libero scambio e al libero mercato, portando alla libera circolazione dei capitali, al crollo delle barriere tariffarie e alla crescita del commercio internazionale di beni e servizi nell’economia globale. Ma ora l’amministrazione Biden è giunta alla conclusione che l’enfasi sui flussi derivanti dal libero mercato rispetto a questioni come la sicurezza nazionale, il cambiamento climatico, la sicurezza economica della classe media e la crescita delle disuguaglianze sociali interne, abbia minato le basi socio-economiche della prosperità e delle democrazie occidentali (su questi temi si veda il mio libro [Suprematismo bianco. Alle radici di economia, cultura e ideologia della società occidentale](#), DeriveApprodi, Roma 2023). Pertanto, una sempre maggiore interdipendenza globale senza condizioni non è più considerata auspicabile. Il globalismo neoliberale viene sostituito dal nazionalismo economico e dalla geopolitica.

Il nuovo modello di “globalizzazione selettiva” promosso dagli Stati Uniti si basa su una frammentazione dell’economia-mondo in blocchi geopolitici e geoeconomici in via di «disaccoppiamento» – un blocco euro-atlantico con i suoi satelliti in Asia orientale e Oceania e un blocco euro-asiatico in formazione – che esprimono diversi modelli di sviluppo capitalistico e di rapporti strutturali tra sistema tecnologico e finanziario e sistema sociale e politico, e sono in forte competizione tra loro per la supremazia economica (integrazione e controllo di risorse strategiche, supply chains e mercati), politico-militare (sfere di influenza) e culturale (egemonia ideologica e soft power).

La nuova narrativa dell'amministrazione Biden (come già era avvenuto con quella di Trump, fautrice di una politica America First!) si posiziona sul [nazionalismo economico](#) o su una variante di quello che una volta a sinistra si definiva come "socialimperialismo", ed è condivisa in modo bipartisan sia da Democratici sia da Repubblicani, per cui è ormai possibile parlare di un [nuovo Washington Consensus](#) in formazione. In questo modo, gli Stati Uniti abbandonano consapevolmente e unilateralmente i precedenti precetti (fino a ieri tanto invocati e celebrati, al punto da scatenare guerre per imporli) del cosiddetto "ordine internazionale basato sulle regole" ("regole" che per i cinesi non sono quelle della Carta delle Nazioni Unite, che prevedono l'uguaglianza degli Stati e il rispetto della sovranità, dell'indipendenza, dell'integrità territoriale e della non interferenza negli affari interni di altri Stati, ma "regole occidentali" che tracciano linee ideologiche e "regole di una piccola cricca" che mettono gli Stati Uniti al primo posto insieme con i loro alleati del G7), per definirne di nuovi (sempre in modo unilaterale), più rispondenti ad una strategia di rilancio della posizione egemonica statunitense nei confronti sia dei propri alleati occidentali sia della Cina, individuata come il principale avversario, e dei paesi del Sud del mondo (sulle proposte cinesi per un nuovo ordine mondiale multipolare e multilaterale post-occidentale, si veda il nostro articolo [qui](#), sul non allineamento dei paesi del Sud del mondo alle posizioni degli Stati Uniti, si veda il nostro articolo [qui](#)).

Un cambiamento di approccio all'economia mondiale che era già percepibile da anni non solo nel deterioramento dei rapporti commerciali con la Cina (Trump aveva iniziato ad imporre dazi di importazione sulle merci cinesi nel 2018), ma anche con i partner dell'Unione Europea (con le controversie sui sussidi di Boeing e Airbus o i dazi sull'acciaio europeo). Una vicenda rivelatrice del nuovo orientamento revisionista statunitense è quella relativa al funzionamento dell'Organizzazione Mondiale del Commercio (OMC), un organismo multilaterale della globalizzazione neoliberista post-1990 fortemente voluto dalle amministrazioni USA, ma ormai paralizzato da anni per l'opposizione statunitense alla nomina di nuovi giudici dell'Appellate Body, l'organo giudicante che ha il compito di emettere sentenze sulle controversie commerciali tra Stati dovute a protezionismo, sussidi pubblici alle imprese e altri comportamenti di mercato scorretti rispetto agli accordi commerciali sottoscritti. Le amministrazioni Trump e Biden hanno volutamente boicottato il funzionamento dell'OMC, ossia dell'organizzazione che dovrebbe garantire il buon funzionamento delle regole del libero mercato nell'ambito dell'economia mondiale, in modo da evitare di essere colti in fallo per l'uso ripetutamente esagerato del concetto di sicurezza nazionale, per l'abuso del controllo di esportazioni/importazioni e l'adozione di misure discriminatorie nei confronti di società straniere (soprattutto cinesi) che hanno violato e violano i principi dell'economia di mercato e della concorrenza leale¹.

La narrazione dell'amministrazione Biden è ora cambiata. Per garantire gli "interessi della classe media" – ossia di quella classe che lo storico newdealista americano Arthur Schlesinger Jr. aveva definito nel 1949 il «centro vitale» del sistema politico democratico di massa e che nella cultura politica statunitense include anche un ampio segmento delle classi lavoratrici – bisogna puntare su un protezionismo selettivo e su politiche industriali – come l'*Inflation Reduction Act* e il *CHIPS and Science Act* – che devono avere l'obiettivo di favorire il re-shoring di attività produttive industriali da parte di global corporations statunitensi e gli investimenti diretti esteri di imprese di paesi considerati alleati. Si premiano con soldi pubblici gli imprenditori che riportano le proprie catene del valore nel paese, mentre di fatto viene punita l'efficienza dell'esternalizzazione dei costi, e sul fronte ambientale questi programmi sembrano essere concepiti quasi esclusivamente come sussidi per rendere più "verdi" le istituzioni e le merci esistenti, piuttosto che riconvertire l'economia sulla base della sostenibilità². Più in generale, si cerca di adottare una propria versione delle politiche economiche pubbliche "sviluppiste" utilizzate dalla tanto deprecata Repubblica Popolare Cinese per promuovere e pianificare il proprio sviluppo economico industriale e sostenere la crescita dei propri "campioni nazionali"³. Molto dipenderà da professionalità, competenze e poteri nel campo della pianificazione presenti nelle amministrazioni pubbliche a livello federale, statale e locale, molte delle quali ne sono state svuotate negli ultimi decenni, con il rischio concreto che le tecno-burocrazie esistenti siano molto deboli e quindi vengano semplicemente "catturate" dalle corporations più forti e più connesse con la politica.

Il nuovo modello di "globalizzazione selettiva" promosso dagli Stati Uniti auspica anche una riorganizzazione delle catene globali di approvvigionamento e valore in una logica di near-shoring e friend-shoring in paesi considerati fedeli alleati o comunque controllabili (come Canada, Messico, Giappone, Sud Corea, Taiwan e Unione Europea, ma anche India, Angola, Indonesia e Brasile). L'amministrazione Biden ritiene che pratiche economiche sleali della Cina abbiano intaccato la resilienza delle proprie catene di approvvigionamento critiche. Per questo, oltre al re-shoring, gli Stati Uniti stanno anche perseguendo una strategia di "friend-shoring" che mira a mitigare le vulnerabilità che possono portare a interruzioni delle forniture attraverso la creazione di ridondanze nelle loro supply chains critiche con i partner commerciali su cui possono contare.

Al centro del nuovo modello c'è il rilancio dell'egemonia sia economica sia politica degli Stati Uniti (definita come interesse della sicurezza nazionale) e per questo un focus fondamentale delle politiche industriali prevede l'espansione del military-industrial complex, che viene sostenuto finanziariamente (attraverso il budget militare e il sostegno a nuovi programmi di ricerca e sviluppo in tecnologie considerate critiche con un ruolo chiave della Defense Advanced Research Projects Agency) e protetto, prevedendo dazi e controlli sull'export (soprattutto verso la Cina) di nuove tecnologie considerate strategiche, ossia di tutte quelle potenzialmente "dual use", che possono avere un uso sia civile sia militare. Una evoluzione molto preoccupante dato che gli Stati Uniti e i loro alleati sono ora impegnati non solo nella fornitura di armi all'Ucraina in guerra, ma anche nella più grande espansione del riarmo militare, misurata in termini di puro potere distruttivo e portata globale, che il mondo abbia mai visto.

Nelle ultime settimane, mentre l'amministrazione Biden sta cercando di trovare un difficile compromesso con i Repubblicani che controllano la Camera dei Rappresentanti [sull'innalzamento del tetto del debito pubblico](#) (che ha superato la soglia dei 31,4 trilioni di dollari) ed evitare una dichiarazione di default già all'inizio di giugno che destabilizzerebbe gravemente il sistema finanziario globale, distruggendo il credito politico-istituzionale-finanziario degli Stati Uniti e assestando un duro colpo alla loro posizione di leadership nell'economia globale⁴, sono stati fatti degli sforzi apprezzabili per articolare una narrazione coerente sulle regole della "globalizzazione selettiva" da parte di due figure chiave dell'amministrazione statunitense. Janet Yellen, la Segretaria del Tesoro, e Jake Sullivan, il Consigliere per la Sicurezza Nazionale hanno cercato di illustrare queste nuove regole, definendo il legame tra politica economica internazionale e sicurezza nazionale degli Stati Uniti nel contesto del rapporto complesso e competitivo tra USA e Cina. Di seguito, proviamo ad analizzare i principali contenuti delle loro proposte e le loro possibili implicazioni.

Le regole delle relazioni economiche tra Stati Uniti e Cina secondo Janet Yellen

Il 20 aprile Janet Yellen [ha tenuto un discorso di alto profilo](#) alla John Hopkins University di Washington in cui ha provato a definire modalità e limiti delle relazioni economiche tra Stati Uniti e Cina, al fine di evitare di innescare una escalation. "La crescita economica della Cina non deve essere incompatibile con la leadership economica degli Stati Uniti. Gli Stati Uniti rimangono l'economia più dinamica e prospera del mondo. Non abbiamo motivo di temere una sana competizione economica con alcun paese".

Secondo Yellen, negli ultimi anni, la Cina ha deciso "di allontanarsi dalle riforme del mercato verso un approccio più guidato dallo Stato" e questo ha colpito negativamente i suoi vicini e paesi in tutto il mondo⁵. Questa decisione è avvenuta mentre "la Cina sta assumendo un atteggiamento più conflittuale nei confronti degli Stati Uniti e dei nostri alleati e partner, non solo nell'Indo-Pacifico, ma anche in Europa e in altre regioni". Secondo Yellen, oggi "siamo in un momento critico" e il progresso su questioni critiche – la guerra in Europa, la ripresa post-pandemica, la questione del debito dei paesi poveri, l'ondata inflazionistica, il riscaldamento globale – richiede un impegno costruttivo tra le due maggiori economie del mondo, "eppure la nostra relazione è chiaramente in un momento di tensione".

"Gli Stati Uniti procedono con fiducia nella loro forza economica a lungo termine. Rimaniamo l'economia più grande e dinamica del mondo. Rimaniamo inoltre fermi nella nostra convinzione di difendere i nostri valori e la sicurezza nazionale. In tale contesto, cerchiamo un rapporto economico costruttivo ed equo con la Cina. Entrambi i paesi devono essere in grado di discutere francamente questioni difficili. E dovremmo lavorare insieme, quando possibile, per il bene dei nostri paesi e del mondo".

Secondo Yellen, l'approccio economico alla Cina degli Stati Uniti deve avere tre obiettivi principali:

1. garantire gli interessi di sicurezza nazionale statunitensi e quelli dei loro alleati e partner e proteggere i diritti umani. "Queste sono aree in cui non scenderemo a compromessi". Per questo "comunicheremo chiaramente alla RPC le nostre preoccupazioni circa il suo comportamento" e "non esiteremo a difendere i nostri interessi vitali". Anche se le azioni statunitensi possono avere un impatto economico, "sono motivate esclusivamente dalle nostre preoccupazioni riguardo alla nostra sicurezza e ai nostri valori". Ad esempio, "la salvaguardia di determinate tecnologie dall'apparato militare e di sicurezza della RPC è di vitale interesse nazionale". Per raggiungere questo obiettivo saranno utilizzati in modo "mirato", "chiaramente definito" e "limitato" diversi strumenti: i controlli sulle esportazioni; la messa in una lista nera delle entità che forniscono supporto all'Esercito popolare di liberazione; le sanzioni contro le minacce legate alla sicurezza informatica e alla "fusione civile-militare" della Cina tesa a modernizzare le forze armate e trasformare il PLA in un esercito di livello mondiale (Yellen ha fatto anche un esplicito

- riferimento ad eventuali forniture militari cinesi alla Russia); la proibizione di investimenti esteri negli Stati Uniti per i rischi per la sicurezza nazionale; un programma per limitare alcuni investimenti in uscita dagli Stati Uniti in specifiche tecnologie sensibili con significative implicazioni per la sicurezza nazionale. In ogni caso, l'obiettivo statunitense "non è utilizzare questi strumenti per ottenere un vantaggio economico competitivo", quanto proteggere "la sicurezza nazionale nella sfera economica", oltre che i diritti umani, per cui ha assicurato che rimarranno "ristretti e mirati";
2. gli Stati Uniti cercano "un sano rapporto economico con la Cina", che promuova crescita economica e modernizzazione tecnologica in entrambi i paesi. "Una Cina in crescita che rispetta le regole internazionali fa bene agli Stati Uniti e al mondo". "Gli Stati Uniti si faranno valere quando sono in gioco i loro interessi vitali", ma non cercheranno di "separare" (decouple) la loro economia da quella cinese. "Una completa separazione delle nostre economie sarebbe disastrosa per entrambi i paesi" e "destabilizzante per il resto del mondo". "Gli Stati Uniti non cercano una competizione in cui il vincitore prende tutto". Entrambi i paesi possono beneficiare di una sana interdipendenza e concorrenza nella sfera economica. Ma una sana concorrenza economica, di cui entrambe le parti traggono vantaggio, "è sostenibile solo se tale concorrenza è leale", ossia se la Cina consente "ai mercati di svolgere un "ruolo decisivo" nell'allocazione delle risorse". Una Cina in crescita che rispetta le regole può essere vantaggiosa per gli Stati Uniti perché "può significare una crescente domanda di prodotti e servizi e industrie statunitensi più dinamiche". Per questo gli Stati Uniti continueranno a collaborare con i loro alleati "per rispondere alle pratiche economiche sleali della Cina". E continueranno a fare investimenti critici a casa (con un'agenda economica che Yellen definisce "moderna politica economica dal lato dell'offerta") per espandere la capacità produttiva dell'economia americana, mentre si impegnano con il mondo "per far avanzare la nostra visione di un ordine economico globale aperto, equo e basato su regole";
 3. gli Stati Uniti cercano la cooperazione sulle sfide urgenti globali. Dall'incontro dello scorso anno tra i presidenti Biden e Xi, entrambi i paesi hanno concordato di migliorare la comunicazione sulla macroeconomia e la cooperazione su questioni come il clima e l'eccesso di debito, "ma occorre fare di più" per affrontare questi problemi insieme. "La questione del debito globale non è una questione bilaterale tra Cina e Stati Uniti. Si tratta di esercitare una leadership globale responsabile. Lo status della Cina come il più grande creditore bilaterale ufficiale del mondo le impone la stessa serie ineluttabile di responsabilità di altri creditori bilaterali ufficiali quando il debito non può essere completamente rimborsato". Per quanto riguarda il cambiamento climatico, Yellen ha sottolineato che la storia mostra cosa possono fare insieme i due paesi: "i momenti di cooperazione climatica tra Stati Uniti e Cina hanno reso possibili passi avanti globali, compreso l'accordo di Parigi".

I cinque pilastri della "globalizzazione selettiva" secondo Jake Sullivan

Il 27 aprile, il Consigliere per la sicurezza nazionale [Jake Sullivan ha delineato in un discorso alla Brookings Institution](#) i cinque pilastri della nuova ambiziosa agenda economica internazionale dell'amministrazione Biden, che ha definito "una politica estera per la classe media" capace di "integrare più profondamente politica interna e politica estera"⁶.

Secondo Sullivan, agli Stati Uniti occorre quello che potremmo definire come un nuovo "globalismo selettivo", una globalizzazione adattata alle sfide del XXI secolo e capace di delineare un diverso paradigma nella politica estera ed economica di Washington. «Il progetto del 2020 e 2030 è diverso rispetto a quello del 1990» ha affermato Sullivan, e il momento è giunto per «costruire un ordine economico globale più equo e duraturo, a beneficio nostro e dei cittadini di tutto il mondo»⁷. I 5 pilastri di questo "globalismo selettivo" sono i seguenti:

1. una "strategia industriale americana moderna" che mira a catalizzare attraverso il ritorno a politiche industriali pubbliche gli investimenti privati in settori ritenuti critici per la prosperità e la sicurezza degli Stati Uniti. I riferimenti sono la legge bipartisan sulle infrastrutture, l'*Inflation Reduction Act* e il *CHIPS and Science Act* che, oltre a sussidi per le imprese, prevedono misure protezionistiche e impegni per favorire la sindacalizzazione dei lavoratori, la creazione di servizi di welfare aziendale e alti salari (questa è la parte "socialimperialista"), anche se i sindacalisti in Arizona, dove è prevista la costruzione di impianti di fabbricazione di semiconduttori abilitati dai crediti d'imposta previsti dal *CHIPS Act*, affermano di essere stati respinti e di aver ricevuto critiche da parte dei gestori degli impianti fin dall'inizio. La deregolamentazione, i tagli alle tasse, la privatizzazione rispetto all'azione pubblica, la propensione a trattare il lavoro come costo e non come risorsa, e la liberalizzazione del commercio fine a sé stessa vanno

- abbandonati o drasticamente ripensati al fine di recuperare la sovranità economica perduta a causa di un'integrazione globale che ha reso gli USA dipendenti da beni prodotti altrove ovvero da catene di produzione transnazionali, facilmente destabilizzabili e che aumentano il potere di condizionalità di altri, la Cina su tutti. Secondo Sullivan, gli effetti delle politiche neoliberiste seguite negli ultimi decenni hanno dimostrato che fosse falso il presupposto "che i mercati allocano sempre il capitale in modo produttivo ed efficiente, indipendentemente da ciò che facevano i nostri concorrenti, indipendentemente da quanto crescessero le nostre sfide condivise e da quanti guardrail abbattessimo. [...] in nome di un'efficienza di mercato ipersemplificata, intere catene di approvvigionamento di beni strategici, insieme alle industrie e ai posti di lavoro che li producevano, si sono spostati all'estero";
2. gli Stati Uniti vogliono rafforzare la loro base industriale, ma non puntano all'autarchia; l'obiettivo è assicurare "la resilienza e la sicurezza nelle nostre catene di approvvigionamento". Per questo vogliono puntare sulla collaborazione con altre democrazie sviluppate e paesi in via di sviluppo in modo da garantire che gli alleati degli Stati Uniti adottino politiche simili per migliorare "capacità, resilienza e inclusività" e "per garantire che le catene di approvvigionamento del futuro siano resilienti, sicure e riflettano i nostri valori, anche in materia di lavoro". Vogliono lanciare un programma di partenariato per diversificare le catene di approvvigionamento già da quest'anno e così ridurre la dipendenza dalla Cina, oltre che dalla Russia. "Vogliamo che si uniscano a noi. In effetti, abbiamo bisogno che si uniscano a noi". "In definitiva, il nostro obiettivo è una base tecno-industriale forte, resiliente e all'avanguardia in cui gli Stati Uniti e i loro partner affini [come Unione Europea, Canada, Giappone, Corea del Sud, India, Taiwan, ma anche Indonesia, Brasile, Angola], con sede nelle economie emergenti, possano investire e su cui fare affidamento insieme". Questo, secondo Sullivan, "significa fornire spazio ai partner di tutto il mondo per ripristinare i patti tra i governi e i loro elettori e lavoratori";
 3. gli Stati Uniti si allontaneranno dai tradizionali accordi commerciali incentrati sull'accesso al mercato (abbassamento delle tariffe doganali) e abbracceranno "nuove partnership economiche internazionali" che affrontano sfide globali come il cambiamento climatico, la sicurezza digitale, la creazione di posti di lavoro e il contrasto alla corsa al ribasso della tassazione delle società "che fa male alla classe media e ai lavoratori". Solo di recente gli Stati Uniti hanno cominciato a creare l'Indo-Pacific Economic Framework, l'Africa Initiative, l'Americas Partnership for Economic Prosperity e la Partnership for Global Infrastructure and Investment (PGII), tutte però con risorse economiche dedicate piuttosto modeste rispetto alle ambiziose dichiarazioni. Provano a creare "nuove partnership economiche internazionali" alternative a quelle messe in piedi negli ultimi decenni dalla Cina: BRICS e BRICS+, Shanghai Cooperation Organization (SCO), Regional Comprehensive Economic Partnership (RCEP) e, soprattutto, Belt and Road Initiative (BRI) che nell'ultimo decennio ha elargito circa 1 trilione di dollari in prestiti e altri fondi per progetti di sviluppo in 150 paesi in tutto il Sud del mondo, rendendo la Cina il più grande creditore ufficiale;
 4. gli Stati Uniti promettono che cercheranno di "mobilitare trilioni di dollari di investimenti nelle economie emergenti con soluzioni che quei paesi stanno modellando da soli, ma con capitali abilitati da un diverso tipo di diplomazia statunitense". L'obiettivo è anche quello di fornire aiuti ai paesi che si trovano a dover affrontare difficoltà debitorie. Sullivan sostiene che per portare avanti questi obiettivi gli Stati Uniti sono impegnati nel promuovere una riforma dei modelli operativi della Banca Mondiale (a capo della quale gli USA hanno appena nominato l'indo-americano Ajay Banga) e delle banche per lo sviluppo regionale;
 5. la "protezione delle nostre tecnologie fondamentali", a cominciare da semiconduttori e, intelligenza artificiale per "mantenere il maggior vantaggio possibile" e difendere "la sicurezza nazionale", con blocchi dell'export e degli investimenti produttivi da parte di aziende americane all'estero e di aziende straniere in America. Queste misure "protettive", secondo Sullivan, "si concentrano su una ristretta fetta di tecnologia e su un piccolo numero di paesi intenti a sfidarci militarmente". Sullivan ha paragonato questa politica a "un piccolo cortile e un'alta recinzione", sostenendo che le misure dell'amministrazione prevedono "restrizioni accuratamente personalizzate" motivate da preoccupazioni di sicurezza nazionale e mirate solo a "una fetta ristretta" di tecnologie avanzate. Sullivan ha anche parlato di diversificazione e di riduzione del rischio (derisking, termine utilizzato anche da Ursula von der Leyen per cercare di "ricalibrare" la politica dell'Unione Europea verso la Cina⁸) e non di decoupling in relazione alla necessità di ridurre la dipendenza statunitense dalle supply chains cinesi e bloccare il trasferimento tecnologico per non consentirne l'adeguamento ai nuovi requisiti dell'accumulazione.

È soprattutto quest'ultimo pilastro, che lascerebbe agli Stati Uniti una totale discrezionalità unilaterale nel decidere quale sia la "fetta ristretta" di tecnologia (tutta quella dual use?, per cui la "fetta" non sarebbe poi così tanto ristretta) e quali paesi siano "intenti a sfidarci militarmente" su cui imporre restrizioni e controlli sull'export e su investimenti interni ed esterni (per cui, in pratica, il confine tra derisking e decoupling potrebbe diventare assai labile, al punto che l'ex premier britannico, Liz Truss, [ha auspicato](#) la costituzione di una "NATO economica" per sfidare la Cina), che potrebbe rallentare lo sviluppo tecnologico della Cina – che infatti parla di un "blocco tecnologico", dal momento che gli USA hanno tagliato alcuni dei loro legami tecnologici con la Cina imponendo divieti di esportazione di microchip alle aziende cinesi con il pretesto della sicurezza nazionale – e quindi avere il maggiore impatto negativo sul futuro dell'economia globale.

Sebbene ciascuno di questi pilastri presenti delle sfide, alcuni sono particolarmente controversi, perché altri paesi – a cominciare da quelli dell'Unione Europea – considerano alcune politiche, come il blocco delle esportazioni/importazioni e degli investimenti in Cina come delle minacce ai loro settori industriali o come i requisiti "Buy American" imposti dall'amministrazione Biden come protezionistiche, ossia in violazione delle regole del commercio internazionale (su questo si veda il nostro articolo [qui](#)).

Il 10 e 11 maggio, Sullivan ha tenuto colloqui con Wang Yi, direttore dell'Ufficio della Commissione Affari Esteri del Comitato Centrale del Partito Comunista Cinese, a Vienna. I due hanno tenuto più round di discussioni per più di 10 ore su questioni importanti, tra cui le relazioni Cina-USA, la questione di Taiwan⁹, la situazione in Asia-Pacifico e la crisi ucraina. I colloqui sono stati franchi, approfonditi, sostanziali e costruttivi. È interessante notare che il tono e la formulazione del briefing della Casa Bianca sono stati simili a quelli della parte cinese, indicando che la valutazione ufficiale del significato dei colloqui da parte di entrambe le parti è relativamente vicina, dando ulteriore forza ai segnali positivi dei colloqui. Anche [secondo la stampa nazionalista cinese](#), l'incontro ha aperto una finestra per rimuovere gli ostacoli e allentare le tensioni tra i due paesi in mezzo a una situazione di stallo diplomatico dopo l'incidente del pallone meteorologico e l'incontro del presidente della Camera Kevin McCarthy con la presidente regionale di Taiwan Tsai Ing-wen a Los Angeles ad aprile che avevano creato un clima da nuova Guerra Fredda.

"Globalizzazione selettiva" vs. "globalizzazione intelligente"

La relazione complessiva Cina-USA non può essere semplicemente definita dalla "concorrenza" come non è preordinata e non è destinata ad essere per forza conflittuale se le scelte di chi governa queste due grandi potenze terranno presente che si può competere e si può cooperare, e che anche quando si compete si può riconoscere che si ha un interesse condiviso per la pace e la prosperità globale. La nostra speranza è che nei prossimi anni prevalgano dialogo costruttivo e relazioni politiche ed economiche responsabili tra Stati Uniti e Cina. È nell'interesse dei popoli di questi due grandi paesi, ma anche dei popoli di tutto il mondo.

Le nuove regole proposte da Yellen e Sullivan per un modello di "globalizzazione selettiva" hanno l'obiettivo di definire il legame tra politica economica internazionale e sicurezza nazionale degli Stati Uniti (che per entrambi deve contemplare anche il buon funzionamento del sistema democratico) nel contesto del complesso competitivo rapporto tra USA e Cina. Yellen e Sullivan riprendono molte delle considerazioni espresse dall'economista Dani Rodrik nel suo libro *La globalizzazione intelligente* (Laterza, Roma-Bari 2015). Rodrik ha sostenuto che oggi l'umanità è alle prese con un «trilemma della globalizzazione», secondo il quale la democrazia, la sovranità nazionale (la sicurezza nazionale che Sullivan vuole proteggere) e l'integrazione economica globale sono reciprocamente incompatibili tra loro: si possono combinare due di questi tre elementi, ma non è possibile disporre di tutti e tre contemporaneamente e per intero. Se si vuole una maggiore globalizzazione, si deve rinunciare alla democrazia o alla sovranità nazionale. Se si vuole difendere ed estendere la democrazia, si deve scegliere fra lo Stato-nazione e l'integrazione economica internazionale. Se si vuole conservare la sovranità dello Stato-nazione si deve scegliere fra potenziare la democrazia e potenziare la globalizzazione.

Fino alla fine degli anni '60, il compromesso di Bretton Woods permetteva di conciliare la politica democratica e lo Stato nazionale pur in un regime di progressiva internazionalizzazione dei mercati, poiché essi erano soggetti a regolamentazione e la loro apertura non inficiava in modo determinante le leve del potere sovrano e democraticamente eletto dei governi nazionali. Oggi, nell'era della globalizzazione neoliberista dispiegata, secondo Rodrik, pensare di poter avere contemporaneamente tutte e tre le cose ci lascia in una instabile terra di nessuno. La globalizzazione neoliberista, infatti, è per sua stessa natura «disruptive», e in quanto tale crea vincitori e vinti. Ogni tipo di società, ma in particolare quelle di tipo democratico, può tollerare questo processo di «distruzione creativa» solo se in grado di garantire benefici condivisi. La democrazia e la determinazione nazionale,

pertanto, devono prevalere sull'iper-globalizzazione. Le democrazie hanno il diritto di proteggere i loro sistemi sociali, e quando questo diritto entra in conflitto con le esigenze dell'economia globale, è quest'ultima che deve cedere, per diventare «intelligente», meno estrema, e avanzare verso un sistema politico che si articoli in una forma di governance globale. Restituire potere alle democrazie nazionali garantirebbe basi più solide per l'economia mondiale, e qui starebbe il paradosso estremo della globalizzazione.

Secondo Rodrik, occorre sviluppare uno strato sottile di regole internazionali che consentano l'esercizio di una governance globale e, allo stesso tempo, lascino ampio spazio di manovra ai governi nazionali. Questa sarebbe una globalizzazione migliore, più «intelligente», un sistema che può risolvere i mali della globalizzazione senza intaccarne i grandi benefici economici. Il problema con cui il mondo attuale deve confrontarsi e produrre una risposta adeguata, dunque, consiste nel trovare un modo in cui la tendenza verso la creazione di una economia globale possa essere riconciliata con una stabilità e coesione nelle società nazionali, oltre che con la preservazione della natura.

I chiarimenti offerti da Yellen e Sullivan indicano che l'amministrazione Biden comprende i rischi di imporre restrizioni al commercio e agli investimenti eccessivamente ampie in nome della sicurezza nazionale. Tali misure danneggerebbero l'economia globale e probabilmente si ritorcerebbero contro provocando la rappresaglia della Cina.

Un ordine globale stabile dovrebbe essere basato su norme e pratiche che riconoscono il diritto di ogni paese a proteggere i propri interessi nazionali. Richiede anche che vengano condivise delle regole per garantire che la difesa di questi interessi sia ben calibrata e non danneggi altri paesi. Raggiungere questo obiettivo può essere impegnativo, ma non impossibile. Quando i governi perseguono obiettivi di sicurezza nazionale attraverso politiche unilaterali che influiscono negativamente su altri paesi, i responsabili politici dovrebbero articolare chiaramente i propri obiettivi, mantenere linee di comunicazione aperte e proporre rimedi strettamente mirati destinati a mitigare gli effetti negativi di tali politiche. Le politiche non dovrebbero essere perseguite con il preciso scopo di punire l'altra parte o indebolirla a lungo termine, e il mancato raggiungimento di un compromesso accettabile in un'area non dovrebbe diventare un pretesto per ritorsioni in un dominio non correlato. Tali limiti autoimposti potrebbero aiutare a prevenire l'escalation e persino suscitare un'accettazione riluttante dall'altra parte (su questi temi [hanno riflettuto](#) con un "approccio realista" Dani Rodrik e Stephen M. Walt).

Le recenti dichiarazioni di Yellen e Sullivan suggeriscono che le politiche economiche estere dell'amministrazione Biden cercheranno di allinearsi a questi principi. Ma alcune domande importanti rimangono senza risposta. Ad esempio, i controlli sulle esportazioni di microchip avanzati erano e sono ben calibrati o si sono spinti troppo oltre nel sabotare la capacità tecnologica cinese senza creare un sufficiente beneficio per la sicurezza nazionale degli Stati Uniti? E, dato che le restrizioni si stanno estendendo ad altri settori critici, come l'intelligenza artificiale, il 5G e la fusione nucleare, possiamo ancora descriverle come rivolte solo a una "fetta ristretta" di tecnologia¹⁰? Riusciranno Yellen e Sullivan a mantenere la barra sull'allineamento ai principi da loro enunciati nel corso della lunga campagna per le elezioni presidenziali del 2024, ossia nel momento in cui presumibilmente si intensificherà la competizione tra Democratici e Repubblicani per dimostrare agli elettori americani chi è più "duro" nei confronti della Cina¹¹?

Soprattutto, non è chiaro se le cosiddette preoccupazioni di sicurezza nazionale citate da Yellen e Sullivan siano autentiche o semplicemente un pretesto per un'azione unilaterale contro la Cina. Gli Stati Uniti sono pronti ad accettare un ordine mondiale multipolare in cui la Cina abbia il potere di plasmare il processo decisionale regionale e globale? O l'amministrazione è ancora impegnata a mantenere il primato degli Stati Uniti, come suggerisce [la strategia per la sicurezza nazionale di Biden](#) resa pubblica nell'ottobre 2022?

Le azioni parlano più delle parole e riveleranno presto le risposte a queste domande. Ma le narrazioni di Yellen e Sullivan forniscono una qualche rassicurazione a coloro che credono che gli Stati Uniti possano affrontare le loro legittime preoccupazioni di sicurezza nazionale senza minare l'economia globale.

<https://transform-italia.it/le-regole-degli-stati-uniti-per-la-globalizzazione-selettiva/>

Intesa condivisa del G7 sul miglioramento del coordinamento finanziario-sanitario e sul finanziamento del PPR. Finance Track

La pandemia di COVID-19 ha avuto impatti senza precedenti sulla salute pubblica, economici e sociali sulla comunità internazionale e ha provocato una gamma e una dimensione senza precedenti di azioni politiche a livello globale. Sono stati richiesti sforzi collettivi, a livello nazionale, regionale e globale, per contenere e mitigare tali impatti.

Le sole misure di risposta della sanità pubblica si sono rivelate insufficienti, richiedendo ulteriori interventi di politica socio-economica come la separazione delle attività economiche per contenere la diffusione del virus. Di fronte a costi socio-economici devastanti, sono state esplorate tutte le possibili fonti di finanziamento, pubbliche e private.

Queste risposte e finanziamenti senza precedenti hanno messo in luce la necessità di un maggiore coordinamento finanziario-sanitario e la necessità di rafforzare ulteriormente l'architettura sanitaria globale (GHA). La salute pubblica e le risposte economiche sono state complicate dalla mancanza di meccanismi di coordinamento per identificare le azioni necessarie e allocare le risorse sulla base di valutazioni del divario nell'intera matrice delle possibili misure di risposta.

Laddove sono state identificate esigenze di finanziamento, i meccanismi multilaterali esistenti e i fondi comuni non sono stati sufficienti o abbastanza rapidi da attivare.

Il riconoscimento della necessità di rafforzare il GHA, compreso il miglioramento della pandemia PPR (prevenzione, preparazione e risposta), ha portato alla creazione dell'Access to COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A), la task force congiunta finanza-sanità del G20 (G20 JFHTF) e il Fondo pandemico (PF).

Questi sono stati grandi risultati, ma rimangono ulteriori sfide per affrontare la necessità di un maggiore coordinamento, anche tra finanza e salute, e finanziamenti adeguati per rafforzare il GHA. Sulla base delle lezioni apprese e degli sforzi collettivi finora compiuti, il G7, in collaborazione con il G20 e altre parti interessate, dovrebbe continuare ad affrontare le restanti sfide sia nella governance che nel finanziamento del GHA. La comunità globale dovrebbe essere meglio preparata per le future pandemie e altre emergenze sanitarie, anche attraverso il passaggio alla copertura sanitaria universale (UHC) e la promozione di un approccio One Health.

Con questo riconoscimento, noi, ministri delle finanze e ministri della sanità del G7, presentiamo la nostra intesa condivisa per rafforzare ulteriormente la governance GHA attraverso un maggiore coordinamento finanziario-sanitario e finanziamenti PPR. 1. Governance GHA: rafforzare ulteriormente il coordinamento finanza-sanità Per prepararsi meglio alle future emergenze sanitarie, è necessario un approccio multisettoriale e integrato.

Data la loro natura multisettoriale, prevenire, preparare e rispondere efficacemente ai rischi di pandemia e mitigarne gli impatti sanitari, economici e sociali richiedono sia la salute che competenza finanziaria. Per migliorare l'efficienza e la funzionalità del GHA, gli esperti finanziari e sanitari, a livello nazionale, regionale e internazionale, devono collaborare per identificare potenziali vulnerabilità, valutare eventuali carenze funzionali e finanziarie e mappare i meccanismi esistenti e i finanziamenti associati per affrontarli.

Ciò consentirebbe azioni coordinate, compresa la riallocazione delle risorse finanziarie ove necessario. Il coordinamento tra le varie parti interessate nel GHA deve essere rafforzato con ulteriore sostegno politico. Un PPR di successo richiede valutazioni continue delle lacune, che consentirebbero, tra l'altro, un monitoraggio aggiornato dei rischi e delle vulnerabilità e aiuterebbero a navigare in un coordinamento e un'allocazione delle risorse efficaci.

Il G20 JFHTF, con un'ampia base di membri e risultati tangibili come la prima valutazione del divario e il supporto per la successiva istituzione del PF, è la piattaforma più adatta per migliorare il coordinamento tra le varie parti interessate nel GHA. Chiediamo un ulteriore rafforzamento del JFHTF del G20 per migliorare il coordinamento finanziario-sanitario verso un GHA più resiliente. Ciò dovrebbe essere sostenuto rafforzando ulteriormente il suo Segretariato che lavora in collaborazione con l'Organizzazione mondiale della sanità

(OMS), la Banca mondiale (BM), il Fondo monetario internazionale (FMI) e altre organizzazioni internazionali (IO).

2. Finanziamento PPR: il Pandemic Fund e complementare Surge Financing

Dobbiamo continuare i nostri sforzi per colmare le lacune di finanziamento PPR, sulla base delle successive valutazioni del divario da parte del G20 JFHTF.

Come pietra miliare fondamentale, accogliamo con favore il lancio del PF, attendiamo con impazienza la corretta esecuzione del suo primo invito a presentare proposte e incoraggiamo la partecipazione attiva e i contributi al PF da parte di una più ampia base di donatori.

Nonostante questi progressi, il finanziamento della "risposta" alla pandemia rimane poco affrontato e richiede un'attenzione particolare. Come abbiamo visto con COVID-19, le pandemie creano una domanda ampia e immediata di finanziamenti rapidi per soddisfare le esigenze sanitarie, inclusi i servizi di base, le attrezzature e il ciclo di produzione delle contromisure mediche dalla loro ricerca e sviluppo alla consegna dell'ultimo miglio.

D'altro canto, misure di risposta più ampie, come la mitigazione dell'impatto sulle società e sulle economie, normalmente finanziate a livello nazionale, e interventi più strutturati relativi al rafforzamento dei sistemi sanitari non rientrano nell'ambito di questo esercizio. Il finanziamento della risposta proveniente da varie fonti, comprese le risorse interne ed esterne, dovrebbe essere mobilitato in modo efficace e rapido per contenere l'impatto delle pandemie nella fase iniziale.

Riconoscendo il panorama a più livelli del finanziamento di risposta, ogni livello dovrebbe essere rafforzato. Come primo livello, la mobilitazione delle risorse interne dovrebbe servire come base iniziale per qualsiasi misura di risposta, ove possibile. In qualità di secondo livello, i meccanismi multilaterali esistenti e gli strumenti di finanziamento per la risposta alla pandemia, come le obbligazioni catastrofali, lo sportello di risposta alle crisi dell'IDA, la riserva di crisi dell'IBRD e il fondo di emergenza dell'OMS, nonché altri finanziamenti multilaterali e privati, dovrebbero essere adeguatamente finanziati e utilizzati in modo più efficiente in modo innovativo e coordinato.¹

Nonostante gli sforzi di cui sopra per far fronte alle esigenze di finanziamento, la pandemia di COVID-19 ha rivelato alcuni limiti delle funzioni esistenti, tra cui: mettere da parte risorse in tempi normali ha un costo opportunità significativo; il finanziamento del rischio di calamità o di emergenza basato sul mercato si è rivelato insufficiente; e la creazione di un nuovo meccanismo o di chiamate di raccolta fondi dopo che si è verificato un focolaio richiede tempo, con finanziamenti forniti troppo tardi e/o troppo limitati per qualsiasi azione significativa a causa della mancanza di azioni pre-concordate.

Ciò indica la necessità di esplorare un terzo livello innovativo, o un nuovo quadro di finanziamento "surge" dedicato che ci consenta di integrare i meccanismi esistenti attraverso un migliore coordinamento e di distribuire i fondi necessari in modo rapido ed efficiente in risposta alle epidemie senza accumulare denaro inattivo. Sulla base dei risultati dell'esercizio di mappatura da parte dell'OMS e della BM, i donatori disponibili possono pre-impegnarsi per un futuro esborso, in linea con le loro disposizioni e procedure di bilancio nazionali, in caso di emergenza sanitaria al raggiungimento di trigger prestabiliti per essere confermati da donatori ed esperti sanitari.

Chiediamo alla comunità internazionale di ottimizzare e rafforzare ogni livello di finanziamento della risposta, compresa l'esplorazione di un innovativo quadro di finanziamento dell'aumento che potrebbe essere attivato in caso di epidemia.

A tal fine, miriamo a lavorare con il G20 JFHTF e i nostri partner internazionali in modo che l'OMS e la BM collaborino ulteriormente e conducano congiuntamente un esercizio di mappatura completo, coerente e coordinato su come le fonti di finanziamento esistenti, in particolare i flussi di finanziamento non sfruttati, può essere utilizzato per rispondere alle pandemie, come coordinare meglio i meccanismi esistenti, dove permangono possibili lacune finanziarie e funzionali e come possiamo lavorare insieme per ridurre le lacune individuate, in tempo per la riunione congiunta dei ministri delle finanze e della sanità del G20 di questa estate.

Sulla base del loro lavoro, continueremo a contribuire a ulteriori discussioni al G20 sul miglioramento del finanziamento dell'aumento.

<https://www.mhlw.go.jp/content/10500000/001098605.pdf>

Il rapporto tra economia e sanità. quotidiano **sanita.it**

Antonio Panti

29 MAG -

Gentile Direttore,

ti chiedo ospitalità per parlare ancora di un tema che mi sta a cuore, il rapporto tra economia e sanità che, se non lo si affronta sulla base del confronto tra l'aumento inarrestabile dei costi per la tutela della salute e il modello economico dominante, rappresenta un ostacolo che non ci consente di "riformare" il sistema in modo che sia compatibile con i bisogni della gente, i progressi della tecnologia, l'invecchiamento della popolazione e il regime economico nel quale siamo immersi.

In un mio recente articolo su QS facevo notare la contraddizione tra l'OMS, che considera la sanità One Health come un goal immediato, e la realtà delle cose. I validissimi colleghi del Dipartimento Prevenzione dell'Assessorato alla Salute dell'Emilia come possono affrontare le conseguenze sanitarie del disastro alluvionale se non nel modo più classico, in assenza di modifiche sostanziali del modello produttivo? Altro che salute in tutte le politiche.

Ricordo le discussioni negli anni settanta con Berlinguer, Delogu, Rosaia, Brogi, Seppilli e tanti altri "padri della riforma" su questioni che sembrano di giornata e già se ne parlava allora; ebbene, sul rapporto tra salute e cura che dovrebbe imprimere una sterzata riformista al servizio sanitario, occorre un confronto molto approfondito, che coinvolga tutta la società e scuota la politica.

Constato che alla domanda "che fare" qualche risposta comincia a manifestarsi in termini non solo di convegni ma di azioni sindacali, alle quali, a mio avviso, manca solo il coinvolgimento unitario di tutte le componenti professionali del servizio sanitario.

Ma un'altra domanda mi assilla: perché nel mondo intellettuale italiano, o almeno in quel che ne resta, non si discute di questi problemi che sono generali? Come si declina il "diritto alla salute" sia dell'individuo che della collettività nel moderno sistema economico, così come questo si va adattando alla crisi del libero mercato, il quale tuttavia sembra tuttora vincente di fronte all'avanzata di tanta parte del mondo che ha idee diverse?

Sia nei cenacoli intellettuali che nelle poche riviste accettabili sia nei più triti talk show questi temi non appaiono neppure alla lontana. Eppure la sanità, come l'istruzione, interessa tutti, è un diritto inalienabile che deve trovare collocazione nel sistema economico globale in quanto diritto e non in quanto merce.

Ricordo un testo distopico dei lontani anni settanta di un autore svedese, Carl Henning Wijkmark, "La morte moderna" Ed. Iperborea, in cui si immagina una discussione tra esperti, tra i quali un filosofo laico, un pastore protestante, un rabbino, un prete cattolico, un medico, richiesta dal Ministro della Giustizia su come convincere gli anziani a suicidarsi perché i costi del welfare erano diventati insopportabili per le finanze dello Stato; il gruppo conclude sulla necessità di pianificare in modo razionale e democratico la morte; un'eutanasia di Stato, garbata e ragionevole, per chi non ha più un'adeguata qualità della vita.

Una discussione paradossale, è ovvio, ma assai attuale. Allora, prima che qualcosa di simile sia seriamente discusso nel G7, possibile che nessuno si chieda, tra i cosiddetti maitres à penser, primo se la tutela della

salute è un diritto, secondo come è compatibile col sistema valoriale che sorregge l'economia e la società, terzo come rendere accettabili i costi della cura, quarto quanta politica ambientale è almeno minimale per garantire la salute?

Sono questioni che non possono essere abbandonati al confronto interno al sistema salute perché toccano le vette della politica intesa come tutela dei beni comuni e la salute lo è.

https://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=114223



La salute globale in tempo di crisi: una diagnosi complessa. ISS

Politiche sanitarie - News

L'analisi degli effetti della recessione economica sui sistemi sanitari nazionali è cosa molto complessa. Esistono infatti fattori di compensazione che, in ambito sanitario, durante i momenti di crisi economica, permettono di limitare gli effetti negativi sulla salute delle persone. Un interessante [articolo](#) pubblicato sul sito dell'Oms analizza la situazione internazionale e mette in luce i possibili scenari aperti dalla crisi economica.

In tempi di crisi, ad esempio, i governi possono imparare a impiegare in modo più efficace i propri bilanci sanitari utilizzando maggiormente i farmaci generici, oppure - com'è accaduto in Messico, Thailandia e Corea - adottando nuove misure di protezione sociale. In fase di recessione è importante che i governi proteggano le fasce di popolazione più povere e svantaggiate. Ma nonostante l'Oms sia impegnata da molti anni ad aiutare i Paesi a sviluppare meccanismi universali di protezione della salute, sono pochi gli Stati dotati di una reale "rete di sicurezza" sanitaria.

Il ruolo dell'Oms

La crisi dei bilanci sanitari interesserà tutti i Paesi e saranno colpiti, in particolare, quelli dei Paesi con meno risorse. Tuttavia, la situazione internazionale non è poi così buia. Ne è convinto Marc Danzon, direttore dell'Oms Europa, che in un'[intervista](#) sui possibili effetti della crisi, osserva che, rispetto al passato, i ministri della Sanità non sono più soli. È stata infatti compresa la necessità di adottare un approccio multi-settoriale per la tutela della salute e, in molti Paesi, la maggior parte delle amministrazioni pubbliche sa di non poter ignorare il settore della salute.

Rispetto alla crisi finanziaria, il primo provvedimento dell'Oms è stato creare una task force specifica, composta da personale interno e consulenti esterni per fare tutto il possibile per convincere i governi dell'importanza di evitare di ridurre il bilancio di salute. Entro la fine gennaio 2009 è prevista la pubblicazione di un documento per supportare i Paesi nella gestione della crisi.

Ma cosa possono fare i ministri della Salute? Danzon ritiene che «dovrebbero associarsi con altri ministri, e usare l'Oms come alleato per inviare il messaggio che la salute deve restare una priorità. I governi sono già di fronte a gravi problemi economici e finanziari; se non tutelano il settore della salute potrebbe verificarsi una crisi sociale».

Danzon aggiunge che «i ministri della sanità dovrebbero continuare a guardare alle riforme per accrescere la qualità e l'efficienza delle prestazioni del sistema sanitario, che può essere considerato il modo migliore per risparmiare. Un approccio che prevede il potenziamento del sistema, piuttosto che un semplice taglio di bilancio, risolleverebbe il morale dei cittadini e l'Oms ha sviluppato molti strumenti per sostenere i ministri della sanità in questo lavoro».

Le implicazioni sulla salute

L'attuale crisi finanziaria, iniziata con il crollo nel 2007 dei mutui subprime in Nord America e in Europa, si è estesa anche ai Paesi a basso e medio reddito. L'Ungheria ha ricevuto un sostegno finanziario di emergenza del Fondo monetario internazionale (Fmi) e altri Paesi sono in trattativa per ricevere analoghi aiuti. Eppure, proprio queste forme di sostegno potrebbero limitare la capacità dei governi di investire nella salute.

E sebbene i Paesi in via di sviluppo non siano ancora in recessione (definita tecnicamente come due trimestri consecutivi di crescita economica negativa), gli economisti si preoccupano di un'eventuale recessione globale, che alcuni temono possa essere grave come la grande depressione del 1930, se non addirittura peggiore. La Banca mondiale al momento prevede per il 2009 una crescita dell'economia globale dell'1%, e una contrazione di circa lo 0,1% per i Paesi sviluppati. L'unica nota positiva in questo scenario è che per gli importatori di merci sono diminuiti i prezzi di petrolio, prodotti e derrate alimentari.

Nonostante le tinte fosche che sembra assumere la situazione, è difficile valutare le implicazioni della crisi per la salute delle persone in tutto il mondo. Per fare un po' di luce sulla crisi attuale, gli economisti stanno analizzando le passate recessioni e il loro effetto sull'assistenza sanitaria. Tre sono i periodi di recessione mondiale negli ultimi 20 anni: 1990-93, 1997-98, 2001-02. Gli ultimi due sono stati trainati da crisi finanziarie e sono, in qualche modo, simili alla crisi attuale.

Aiuti allo sviluppo e spesa sanitaria

Una delle tendenze più chiare individuate dagli economisti, è che durante tutte e tre le recessioni, gli aiuti allo sviluppo (Official development assistance, Oda) sono diminuiti. I Paesi più ricchi, tuttavia, non dovrebbero ridurre gli aiuti allo sviluppo, né tagliare le spese per sanità, istruzione e protezione sociale. Entrambe le opzioni sono state attuate in passato, ma, osserva Margaret Chan, direttore generale dell'Oms, come è già accaduto potrebbero risultare devastanti per la salute, lo sviluppo, la sicurezza e la prosperità globale.

Al di là della diminuzione dell'aiuto pubblico allo sviluppo, un altro fatto che sorprende gli economisti è che la spesa sanitaria tenda a diminuire nei Paesi colpiti dalla recessione. Ma non sempre accade: il fattore chiave è la politica di governo. Alcuni Paesi hanno infatti una spesa sanitaria pubblica tutelata e altri no.

L'aumento della domanda di servizi sanitari pubblici

Anche le spese private, non coperte dal servizio pubblico, tendono a diminuire durante le recessioni: in tempo di crisi le persone hanno meno soldi a disposizione e, pertanto, lasciano il settore privato dell'assistenza sanitaria, tornando a rivolgersi ai servizi pubblici. Questo è esattamente ciò che è accaduto durante la crisi economica del 1997-98 in Corea, quando si è verificato un chiaro spostamento di pazienti dagli ospedali e dalle cliniche private verso i centri sanitari pubblici.

Per l'attuale recessione ci si attendono manovre simili, sebbene i risultati varino molto da Paese a Paese. Nel Regno Unito, infatti, i lavoratori con assicurazione privata che hanno perso il posto di lavoro possono contare su servizi sanitari pubblici, ma nei Paesi in cui il settore della sanità pubblica è già in crisi, un aumento della domanda dei servizi sanitari pubblici potrebbe solo causare ulteriori problemi. Tuttavia i cambiamenti introdotti nei periodi di crisi non sono sempre negativi. Dopo la crisi del 1997, in Thailandia il settore privato è crollato a causa della notevole riduzione della domanda, e un certo numero di medici privati è tornata a rivolgersi alla sanità pubblica.

Mortalità e recessione

Tra le numerose tendenze apparentemente contraddittorie rilevabili nei periodi di recessione, c'è l'estrema variabilità del tasso di mortalità, che aumenta in alcuni Paesi, ma non in altri. In Thailandia la mortalità degli adulti è aumentata nel 1996-99. In Perù, quella infantile è aumentata nel 1989. In Messico, il tasso di mortalità tra i bambini e gli anziani è stato del 5-7% più elevato negli anni di crisi del 1995-1996, che in anni non di crisi.

Ma l'aumento della mortalità non si verifica sempre e varia a seconda della situazione economica del Paese. Negli Stati Uniti d'America e in Europa occidentale, per esempio, è stato dimostrato che durante le recessioni la mortalità scende, grazie al minor uso di alcol e tabacco, e che possono verificarsi anche una riduzione dell'inquinamento, per una minore produzione industriale e degli incidenti stradali, per il minor traffico.

Le scelte dei governi nazionali

La Corea è un interessante esempio di come sia difficile fare delle generalizzazioni sulla recessione economica e sui suoi effetti sulla salute. La crisi economica ha certamente avuto un impatto negativo sul potere d'acquisto dei consumatori coreani, per cui si prevede un impatto negativo anche sulla spesa sanitaria. Tuttavia, il governo di Kim Dae-jung, salito al potere nel 1998, subito dopo aver ricevuto il prestito salvataggio del Fmi, ha immediatamente esteso i programmi di assistenza sanitaria come parte di una politica più ampia che mira ad allargare la rete di sicurezza per i gruppi svantaggiati.

A differenza di molti economisti tradizionali, Viroj Tangcharoensathien, direttore del programma internazionale per le politiche sanitarie della Thailandia, ritiene che uno dei modi migliori per proteggere il sistema di assistenza universale, istituito nel Paese nel 2002, è quello di ridurre lo sviluppo delle infrastrutture, come i trasporti e le ferrovie, e di

continuare a supportare i servizi sanitari del Paese. Come già detto, anche in questo caso, è la politica di governo a fare la differenza.

La lezione del Messico

Anche il Messico ha imparato la lezione dalla crisi del 1995-96, quando sono state molte le persone che per pagarsi l'assistenza sanitaria sono finite sul lastrico. L'aumento dei poveri e i devastanti effetti sulla salute della crisi economica hanno, infatti, condotto alla costituzione nel 1997 del programma anti-povertà "Progresas", ora chiamato "Oportunidades", che dà alle famiglie povere incentivi in contanti per effettuare controlli sanitari regolari e per far vaccinare i bambini.

La crisi in Messico ha portato anche a una riforma della sanità nel 2003, quando è stato istituito il sistema di assicurazione sanitaria universale "Seguro Popular". Oggi circa il 45% dei 103 milioni di messicani ha accesso all'assicurazione sanitaria, ma entro il 2010 tutti potranno beneficiarne. La crisi economica dovrebbe spingere all'ampliamento della copertura sanitaria nazionale. Il pericolo è che i tagli di bilancio rallentino il processo e lascino le famiglie senza protezione proprio quando ne hanno maggiormente bisogno.

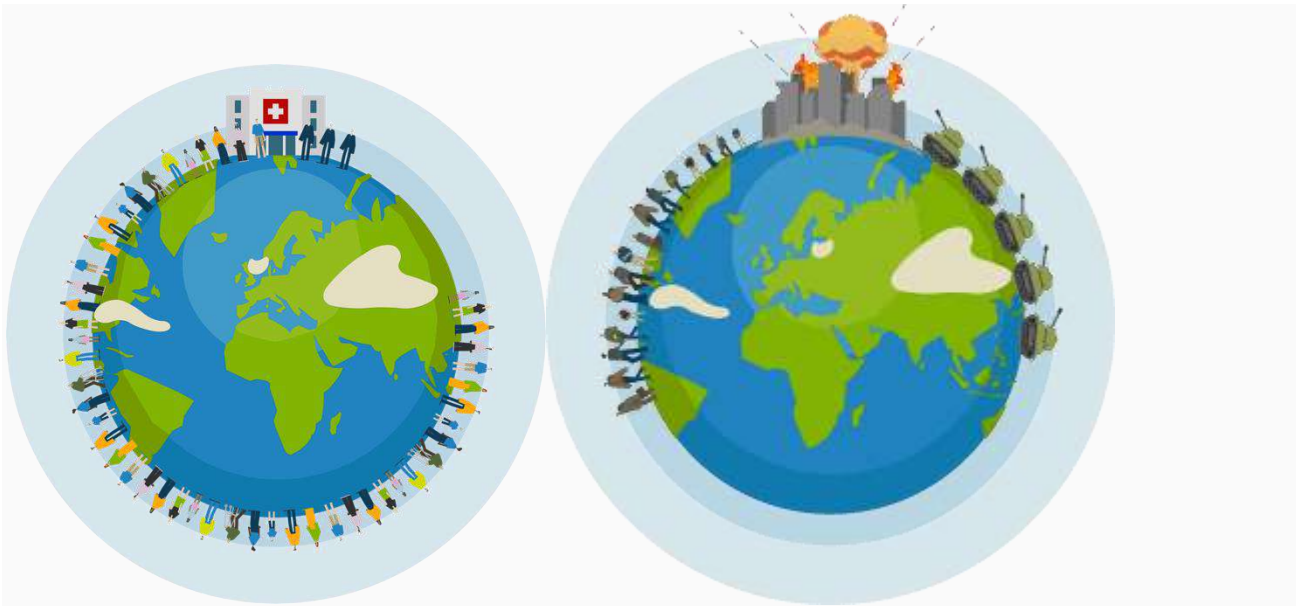
https://www.epicentro.iss.it/politiche_sanitarie/crisi_economica



Un'economia del benessere per l'equità sanitaria. Promuovere una transizione verso società più sane, più inclusive e sostenibili. EuroHealthNet

La crescita economica insostenibile ha un costo: sociale, sanitario e ambientale. Il consumo eccessivo e l'individualismo aggravano le disuguaglianze e minacciano la salute e il benessere del nostro pianeta e delle nostre comunità.

Il crollo climatico, la pandemia di COVID-19, il crescente carico di malattie non trasmissibili e le crescenti disuguaglianze sanitarie: tutto ciò ci mostra che **le società e le economie hanno raggiunto il loro punto di svolta**. Ciò ha un impatto sulla nostra resilienza ad altre crisi, come quelle causate dalla guerra.



Le crisi non sono limitate a un solo paese. Si riversano e trascendono i confini. **As le nostre società si sforzano di ricostruire e riprendersi da molteplici shock al sistema, dobbiamo definire una visione alternativa.**

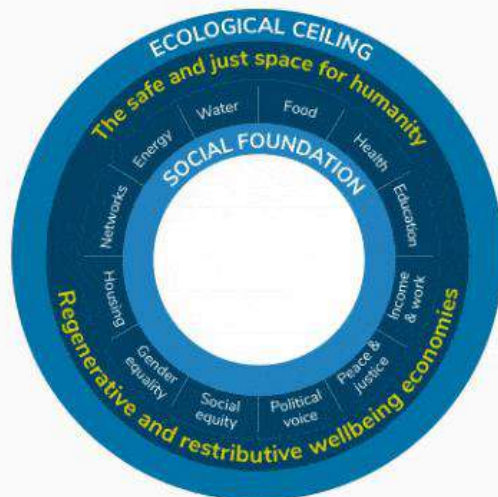
Il concetto di 'Economia del Benessere' può offrire una tale visione e tale approccio. Può aiutare un'ampia gamma di parti interessate a riunirsi in una strategia comune per il cambiamento.

Che cos'è un'economia del benessere?

L'Economia del Benessere è un **modello economico a vantaggio delle persone e del pianeta, che garantisce la dignità e l'equità umana.**

È un'economia che **“soddisfa le esigenze di tutti entro il needitori del pianeta”**, come illustrato nel Donut Economy Model di Kate Raworth.

Un'economia del benessere si sforza di andare oltre i tradizionali indicatori economici, come il PIL, e integrare misure di benessere per valutare i progressi delle nostre società e nazioni.



Nel Donut Economy Model, i bisogni di tutti sono soddisfatti all'interno dei bisogni del pianeta. Allo stato attuale delle cose, il nostro modello economico non riesce a fornire uno spazio sicuro e giusto per l'umanità, portando anche al superamento del clima.

Il legame tra l' Economy di Wellbeing, la percezione Salute ed equità sanitaria

Il modello dell'Economia del Benessere pone l'accento on salute e benessere-in-per tutti i nostri marchi storici-Termini e Condizioni, e riduzione ambientale, legato al lavoro, e fattori di stress economici. Questo approccio **rafforza la resilienza e contribuisce a migliori risultati di salute e prevenire le malattie.**

Le economie che integrano il loro impatto sulle persone e sul pianeta offrono una serie di opportunità per la salute. Loro aiutare a dare priorità all'equità e promuovere diritti sociali e sostenibilità ambientale.

Nel Modello di Economia del Benessere, gli investimenti nei determinanti della salute portano a un maggiore benessere e a una crescita economica sostenibile.

L'Economia del Benessere can be a **bussola guida per governo** priorità di spesa e decisioni regolamentari. Offre un modo per misurare progressi e impatti, contribuendo nel contempo a superare modelli di spesa isolati.

The settimana-Recupero COVID-19 così come l'urgente necessità di un'azione per il clima offrire un unico slancio per sostenibile cambiare. By utilizzando un approccio globale, e riorientare le nostre economie e società verso la salute, la sostenibilità, ed equità, il modello dell'Economia del Benessere può aiutare a realizzare tale cambiamento.

In che modo le politiche, gli strumenti ei programmi dell'UE consentono un'economia del benessere?

C'è slancio per promuovere un'economia del benessere e ci sono strumenti per aiutare. Questi includono

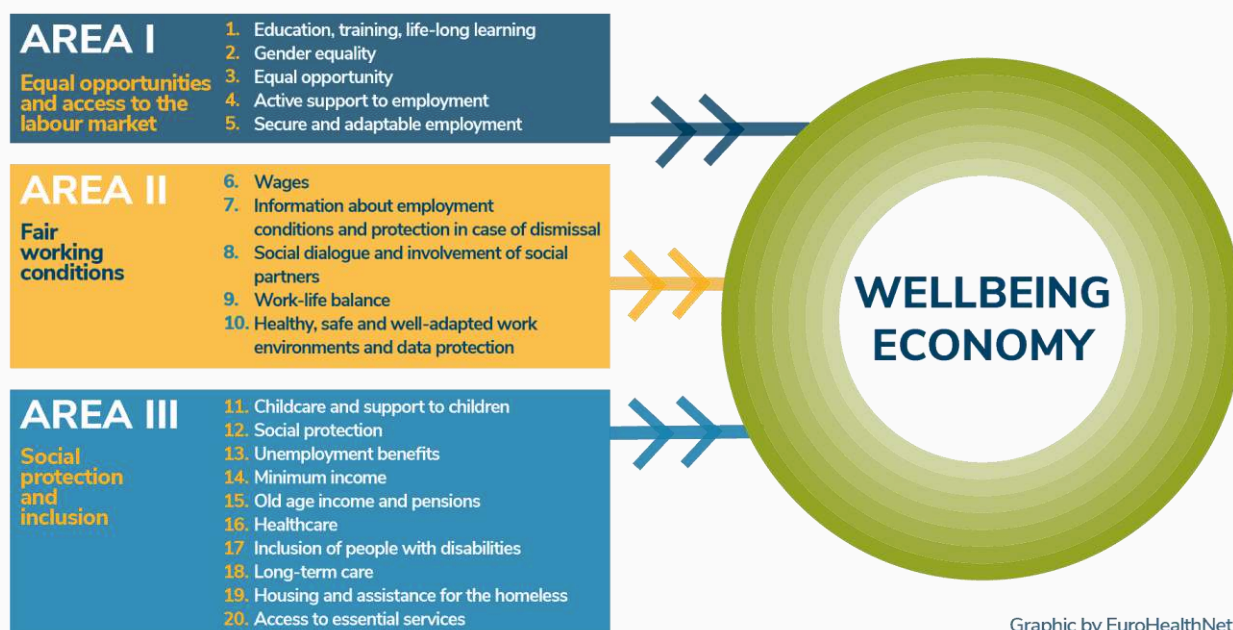
- l' [Green Deal europeo](#)
- l' [Strategia assistenziale europea](#)
- l' [Garanzia UE per l'infanzia](#)
- l' [Pilastro europeo dei diritti sociali](#).

I fondi messi a disposizione tramite il **Strumento dell'UE per la ripresa e la resilienza** possono essere utilizzati anche per migliorare la resilienza e l'inclusività delle nostre società.

Transizione a un nuovo europeo modo di life e costruzione a Unione di Uguaglianza e Diversità che sostiene un'Economia del Benessere non accadrà dall'oggi al domani.

Saranno necessari un'azione, un sostegno e un monitoraggio continui per garantire che le autorità continuino a lavorare per migliorare il benessere e gli obiettivi di sviluppo sostenibile.

THE PRINCIPLES OF THE EUROPEAN PILLAR OF SOCIAL RIGHTS



Il pilastro europeo dei diritti sociali (EPSR) stabilisce principi e diritti per sostenere mercati del lavoro equi e ben funzionanti, nonché protezione sociale e inclusione in tutta Europa. I principi del Pilastro alimentano l'Economia del Benessere.

Approcci internazionali

Anche nel panorama internazionale il cambiamento sta avvenendo.

- Le **OCSE** sotto il [Centro Benessere, Inclusione, Sostenibilità e Pari Opportunità](#) (SAGGIO) svolge un'analisi comparativa internazionale delle prestazioni di benessere del paese e ha supportato i paesi membri nella progettazione e nell'applicazione di quadri di riferimento per il benessere nel loro contesto nazionale negli ultimi dieci anni.
- The [Ufficio Europeo per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo dell'OMS a Venezia](#) ha lanciato un **Gruppo di esperti di economia** sostenere l'attuazione dell'iniziativa Economia del benessere.
- Le **Carta di Ginevra dell'OMS** invita le parti interessate ad agire e wiSupporteranno i decisori nell'adottare l'approccio del benessere.
- Le [Benessere Economia Partnership tra governi](#) (Andiamo) is a **collaborazione dei governi chi condivide competenze e prassi politiche** in l'obiettivo di avanzare a ambizione condivisa di costruire economie di benessere
- Le [Benessere Alleanza economica](#) (WeALL), è una collaborazione di organizzazioni, alleanze, movimenti e individui che lavora per un'economia del benessere per l'uomo e per l'ambiente.

Iniziative come queste sono contributi chiave a l'attuazione del [Agenda 2030 delle Nazioni Unite per lo sviluppo sostenibile](#).

Realizzarlo negli stati europei

In tutto il mondo, regioni e paesi stanno trasformando i principi in azioni.

Finlandia

Un gruppo direttivo sull'Economia del Benessere ha il compito di elaborare un piano d'azione per centralizzare il concetto nei processi di governo. Collabora con l'Advisory Board for Public Health della Finlandia, che ha anche un comitato dedicato assegnato all'Economia del benessere.

Galles

Il Centro di collaborazione dell'OMS sugli investimenti per la salute e il benessere collabora con la sanità pubblica del Galles e l'Ufficio europeo dell'OMS per gli investimenti per la salute e lo sviluppo per adottare joint action per aiutare a mitigare i danni della pandemia di COVID-19 e cogliere le opportunità per costruire un'economia del benessere.

Irlanda

Il governo irlandese sta sviluppando un quadro di benessere per facilitare un processo decisionale più coordinato. Il quadro prenderà in considerazione il progresso ambientale, sociale e relazionale, insieme ai fattori economici, concentrandosi in particolare sui risultati, sulle questioni intergenerazionali e sulle disuguaglianze.

<https://eurohealthnet.eu/it/publication/an-economy-of-wellbeing-for-health-equity/>